



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE BIOÉTICA

Maria do Rosário Hipólito-Reis

ÉTICA E JUSTIÇA
NA COMPARTICIPAÇÃO DE MEDICAMENTOS
NO ÂMBITO DE UM SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

DISSERTAÇÃO DE DOUTORAMENTO EM BIOÉTICA

Instituto de Bioética
Universidade Católica Portuguesa

Porto
2015

Maria do Rosário de Freitas Fernandes Hipólito-Reis

**ÉTICA E JUSTIÇA
NA COMPARTICIPAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO ÂMBITO DE
UM SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE**

DISSERTAÇÃO DE DOUTORAMENTO EM BIOÉTICA

**Elaborado sob a orientação do *Prof. Doutor Walter Osswald*, do
Instituto de Bioética da Universidade Católica, Porto, e da
Profa. Doutora Margarida Caramona, da Faculdade de Farmácia
da Universidade de Coimbra**

2015

Nota: Neste trabalho, opta-se pela ortografia segundo o acordo ortográfico "prévio"

ÉTICA E JUSTIÇA NA COMPARTICIPAÇÃO DE MEDICAMENTOS
no âmbito de um sistema nacional de saúde

PREFÁCIO

1. INTRODUÇÃO

Pressupostos, propósito e projecto

2. HEURÍSTICA

Registo da experiência, investigação experiencial e contribuição pessoal

3. DISCUSSÃO

CONCLUSÕES

Resumo

Abstract

Anexos

Bibliografia

Índice

SIGLAS

ACS	Administração Central de Saúde
ADSE	Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas
AIM	Autorização de Introdução no Mercado
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical Code</i>
CGB	Conselho Geral de Beneficência
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTM	Comissão Técnica de Medicamentos
DAF	Departamento de Assuntos Farmacêuticos
DCI	Denominação Comum Internacional
DDD	Dose Diária Definida
DECO	Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor
DGAE	Direcção-Geral das Actividades Económicas
DGF	Departamento de Gestão Financeira
DGS	Direcção-Geral de Saúde
EMEA	Agência Europeia do Medicamento
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNM	Formulário Nacional de Medicamentos
FP	Farmacopeia Portuguesa
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
INFARMED	Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento
INTP	Instituto Nacional do Trabalho e Previdência
IPS	Instituto Português do Sangue
IVA	Imposto Sobre o Valor Acrescentado
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MS	Ministério da Saúde
MSRM	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
OCDE	Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEC	Pacto de Estabilidade e Crescimento
PIB	Produto Interno Bruto
PMD	Posologia Média Diária
PNV	Plano Nacional de Vacinação
PVA	Preço de Venda ao Armazenista
PVP	Preço de Venda ao Público
RCM	Resumo das Características do Medicamento
SMS	Serviços Médico Sociais
SNS	Sistema Nacional de Saúde

PREFÁCIO

Tendo-se-me tornado evidente, desde há muito, que a qualidade de *ser humano* se revela na *consciência de si*, na integração comunitária em que se é concebido, gerado e criado, e que, em consciência, se descobrem os valores do conhecimento, portanto, de que, por isso, o *ethos* é correlativo da *humanidade*, sempre a *ética* teve para mim um interesse muito especial, como base para a compreensão da *moral*, da existência das diversas *moralidades* e da geração da *paz* entre as pessoas e as comunidades. Por isso, a oportunidade de frequentar um curso de doutoramento em Bioética despertou em mim um grande entusiasmo.

Na frequência das suas aulas, em que recebi ensinamentos valiosos de professores muito ilustres, pude aprofundar os meus conhecimentos e resolver muitas das minhas dúvidas.

Chegada à altura de escolher um tema para a *dissertação de doutoramento*, talvez principalmente por motivos de formação académica anterior, de esclarecimentos que durante este curso pude ter e da experiência profissional actualmente decorrente, achei do maior interesse abordar a ***Ética e a Justiça na participação de medicamentos no âmbito de um sistema nacional de saúde***, e que, assim mesmo, passasse a constituir o seu título.

Sabendo à partida que a área em que este estudo se situa nunca foi nem é de abordagem fácil, mas sabendo também que as dificuldades surgem como desafio, pude, sob a orientação do *Professor Doutor Walter Osswald* e da *Professora Doutora Margarida Caramona*, desenvolver a minha investigação e elaborar o presente trabalho.

De início, farei uma breve *introdução*, na qual apresentarei o assunto em estudo, os pressupostos do discurso e o projecto do mesmo.

Segue-se o que desígnio por *heurística*, em que dou conta da investigação bibliográfica realizada.

A *discussão* dos resultados obtidos constitui o capítulo seguinte.

As *conclusões* expressam, finalmente, os ensinamentos obtidos.

Segue-se-lhes um *resumo*.

Como *anexos* apresento informação julgada pertinente e necessária para fundamentação e esclarecimento do tema em estudo.

A *bibliografia* completa então este trabalho.

De há muito que a *saúde* constitui um dos aspectos que nas comunidades actuais os respectivos governos *assumem* como bandeira.

O mesmo acontece com o ensino.

Os problemas são comuns, interessam a todos os membros das comunidades, são decorrentes da *cultura* das mesmas, e não podem ser resolvidos a não ser na própria globalidade comunitária.

O título desta dissertação inscreve a palavra *nacional* qualificante do *sistema de saúde*, deixando, desde o início, a indicação dessa globalidade. E logo se nos depara uma área vaga, de limites difusos, em que múltiplos problemas inter-relacionados de *ética* e de *justiça* florescem, e nos quais os credos religiosos e as ideologias políticas imprimem matrizes variadíssimos.

As religiões monoteístas permitiram à humanidade o encontro do *indivíduo* integrado na *comunidade*. Com *Cristo* iniciou-se uma nova Era, universalmente adoptada. E, ao mesmo tempo, a mensagem de *amor ao próximo como a si mesmo* passou a ter o carácter imperativo de uma lei, mesmo para quem a transgride e para quem não relaciona esse *amor* com o amor de Deus.

O *Direito* veio pautar as relações humanas. A *escravatura* foi declaradamente abolida e mais tarde os *Direitos Universais Humanos* foram proclamados.

Contudo, no plano da convivência objectiva, dificilmente coincidem as *determinantes* intelectuais, emocionais e políticas, e só o conhecimento pode abrir caminhos de resolução dos problemas humanos. O encontro do *método* é, então, fundamental, como será evidenciado neste trabalho.

Por outro lado, as ideologias e as actividades políticas, servidas pelos meios de comunicação social, têm assumido aspectos muito variados, aparecendo com grandes diferenças, com as épocas e as regiões, não sendo fácil encontrar processos de aceitação de projectos que sirvam as comunidades particulares no conjunto geral das comunidades, onde se jogam os interesses diferenciados pelas incidências daquelas *determinantes* humanas.

As maiores diferenças advêm da importância dada nos diversos casos ao *indivíduo* e à *comunidade*, quando estes aspectos se dissociam sem a consideração das suas intrínsecas relações projectadas no evoluir histórico.

Ao ser humano que obtém benefícios chama-se *beneficiário*, e logo se levantam os problemas da justiça do benefício e da realidade do mesmo.

Presentemente há grandes diferenças entre as diversas comunidades relativamente à proveniência dos proventos do erário público e às necessidades básicas das populações, necessidades que sempre serão diferentes, de modo permanente, pelas condicionantes geográficas, genéticas e, de modo eventual, pelos imprevistos de diversas ordens.

Os problemas da *ética* e da *justiça*, que podem ser universalmente formulados, não podem ser uniformemente resolvidos, e a pior das faltas éticas será certamente o voluntário esquecimento daquelas diferenças.

Nas comunidades que privilegiam o indivíduo, ou seja, o *individualismo*, e nas comunidades que privilegiam a própria comunidade, ou seja o *comunitarismo*, sabendo-se que no primeiro caso será posta em causa a *ideologia* e no segundo a *natureza*, com o risco do esquecimento de que as decisões são tomadas e sofridas por indivíduos integrados na comunidade, que têm os seus problemas próprios, sempre surgem os problemas de justiça na evidência da desigualdade dos contributos e da distribuição dos benefícios com os seus diferentes aspectos.

No âmbito do assunto desta dissertação, aparecerão também as questões resultantes das considerações do risco de vida, da responsabilidade pessoal na deterioração da saúde,

das consequências da consciência individual de que os problemas pessoais são (ou podem ser) resolvidos pela comunidade com eficiência assegurada, e, também, os da possível interferência dos critérios economicistas no próprio acto médico.

O equilíbrio da *ética* e da *justiça* poderá gerar paradoxos, mas aparece-nos como assunto cultural a estudar no aprofundamento daquela *consciência de si* na integração comunitária que referi no início deste prefácio, e que expressa a origem deste trabalho e do seu tema, o interesse que nele encontrei e a complexidade da sua matéria.

Os medicamentos são um contributo de valor inestimável para o bem-estar, aumento da longevidade e redução da morbilidade e da mortalidade humanas, permitindo aumentar a qualidade e a esperança de vida do ser humano na comunidade e no espaço económico em que se insere.

Nos últimos anos tem-se revelado um aumento crescente da despesa com medicamentos, uma acelerada introdução de novas moléculas terapêuticas no mercado farmacêutico, assim como um crescimento rápido dos custos associados à investigação e ao desenvolvimento científico. Adicionalmente, há a verificação de cada vez maior número de cidadãos consumirem mais e mais caros medicamentos, com o legítimo objectivo de melhorar e de prolongar a respectiva duração de vida.

O desafio da sustentabilidade económica e financeira que se coloca ao *Serviço Nacional de Saúde* (SNS), enquanto entidade pagadora de medicamentos, existe, e não é exclusivo de Portugal. Dito *nacional*, o sistema refere-se, obviamente, a uma realidade política, cuja formulação terá, certamente, antecedentes, actualidade e futuro. Importa por isso considerar, também, a particularidade e a universalidade do próprio assunto.

As fontes de informação, tão dispersas e difíceis de conjugar, tornaram árdua a tarefa da compilação e análise de toda a informação disponível, de modo a ser possível conhecer satisfatoriamente a matéria de um modo facilmente acessível.

Com esta dissertação não se pretende formular solução(ões) definitiva(s) para o problema que não sejam realizáveis. É à política que pertencem as decisões das escolhas entre as diversas possibilidades; também se sabe como tais decisões condicionam a transparência das manifestações dos *ethos*. Considero conveniente, no entanto, entre outros

aspectos, tentar perceber a evolução dos cuidados de saúde e de assistência medicamentosa em Portugal, conhecer a origem e o desenvolvimento do SNS português, e explorar os critérios e a aplicação das comparticipações dos medicamentos, estudar a *ética* e a *moral*, o *direito* e a *justiça*, abordando a habitual conjugação dos pares não correspondentes dos dois, ou seja, os conceitos de *ética* e *justiça*, o modo como estes podem e devem ser aplicados num SNS, tendo em conta a privacidade e intimidade, presumivelmente legítimas, do ser humano, doente ou não, assim como o critério de atribuição global das comparticipações de medicamentos à generalidade tão diversificada e complexa dos cidadãos.

Em Portugal, o tema mantém-se actual e premente. Os especialistas na matéria, reconhecidos nacional e internacionalmente, são variadíssimas vezes chamados para reuniões, debates e pedidos de opiniões válidas e criteriosas de modo a poderem ser estabelecidas, com maior rigor e rentabilidade, e menor desperdício, soluções eficientes e eficazes para maior facilidade e melhor política relativamente ao medicamento.

No entanto, as reflexões sobre a globalidade do tema continuam a não ser nem esclarecidas nem esclarecedoras, apresentando lacunas diversas, e a revelar desconhecimento de muitos aspectos, tanto originais como por parte da generalidade dos profissionais de saúde e da maioria dos cidadãos. A necessidade de esclarecimento é geral e urgente. Entre as diversas omissões encontradas contam-se a do modo como são iniciados e desenvolvidos os estudos, aplicadas as comparticipações e explicados os critérios de categorização.

Acresce que, mesmo na procura de novos procedimentos e aplicação de soluções inovadoras, muitas vezes inadequadamente ponderadas e velozmente aplicadas, as abordagens assumidas até aos dias de hoje não têm conseguido o efeito desejado. A procura de atendimento no SNS, muito acima do inicialmente previsto, e o desenvolvimento tecnológico dos cuidados médicos, aumentaram significativamente as despesas com o diagnóstico e o tratamento das doenças. Adicionalmente, as presentes dificuldades de consensos políticos e sociais, associadas às actuais restrições económicas e financeiras, afectam o tão desejado bom e eficiente desempenho do SNS, pondo mesmo em causa a sua sobrevivência.

As influências do desenvolvimento recente das instituições privadas ditas de saúde também não poderão deixar de ser consideradas.

Nos termos actuais de financiamento pelo *Orçamento Geral do Estado* (OGE), por si reflexo do produto interno bruto (PIB) e da contribuição, através de impostos cobrados aos cidadãos, essa sobrevivência é problemática. Não é possível, num plano meramente económico-financeiro, dispôr de um SNS que possa oferecer cuidados de saúde com custos superiores à riqueza que é possível produzir e de que é possível dispôr.

A relação da pessoa, doente ou não, que existe e vive inserida num núcleo familiar e comunitário, com o remédio/medicamento também não é fácil de analisar. A intervenção do Estado/Nação, enquanto elemento disponibilizador e/ou facilitador de acesso ao remédio/medicação, afecta este binómio. O que inicialmente se verificava com a intervenção do Estado/Nação, através de acções realizadas directamente pelas Misericórdias e de apoios humanos e técnicos directamente praticados pelos chamados *médicos do partido* era uma actuação que visava a pessoa doente, tendo o médico, numa perspectiva íntima e de privacidade, a função de mediação entre a pessoa doente e o remédio/medicação. A intervenção do Estado/Nação no acto médico e na disponibilização e comparticipação da assistência médica e medicamentosa incorre no risco de perturbar e quebrar esta privacidade do doente, legítima e necessária, que é eticamente defensável.

A necessidade de, em relação à comparticipação, definir, prévia ou contemporaneamente, a *ética* – neste caso, a filosofia do *ethos* – torna difícil o objectivo pela sua possível variabilidade.

Como já aponte, ao ser humano que obtém um benefício, chama-se *beneficiário*. Mas as consequências desse facto podem acarretar prejuízos graves para o mesmo. Para além da intromissão nos domínios da intimidade, o registo da situação pessoal pode ser objecto do conhecimento de quem interfira nos interesses de quem recebe o benefício. E não deixará de ser considerável que a aceitação desses prejuízos pelo “utente” constitua uma grave ocorrência ética.

Enquanto ocupa o espaço da pessoa (e da família genética, ou adoptiva, sempre por isso alargadamente comunitária), o Estado tende a assumir uma intervenção em que tenta (como empiricamente se verifica) governar (ou seja, dirigir) a comunidade. Por isso, tende

a assumir critérios economicistas e não de pura *humanidade*, designadamente no que respeita à natalidade e à eutanásia.

A intervenção de uma *participação* (dita, inicialmente e por princípio, *comparticipação*) pode pôr em risco o respeito pela pessoa e os seus interesses. Na verdade, por um lado, hoje, a informática permite a possibilidade de *prejuízo* do *beneficiário* pela acessibilidade ao seu processo, particularmente pela disposição legal de rotular os medicamentos pela indicação clínica e não pelas propriedades farmacológicas, e, por outro, a divulgação do conhecimento das doenças pode prejudicar a reputação e empregabilidade.

eticamente, ainda, a *comparticipação* não deve interferir no próprio acto médico, mas deve responsabilizar o beneficiário, o que pode tornar-se difícil.

Os problemas éticos e os critérios de justiça referentes à acessibilidade, gratuita ou co-financiada pelo utente e pelo Estado, a cuidados de saúde são graves e merecem reflexão.

Os cuidados de saúde ou com a doença implicam, para além disso, duas dimensões complementares, nomeadamente, a referente ao tratamento, que envolve as unidades de saúde e cuidados dos profissionais de saúde, e o medicamento.

O Estado pode, através da aplicação de dinheiros públicos em infraestruturas e pagamento a profissionais de saúde, dispôr de unidades de tratamento, totalmente gratuito ou não, e garantir os cuidados primários de saúde individual e comunitária. Porém, o Estado, se não produzir directa ou indirectamente os medicamentos, tem de os comprar a empresas privadas e pagar os respectivos montantes. Será justo num sistema assumidamente individualista garantir o acesso gratuito a parte dos medicamentos ou de todos eles, mesmo em casos mais delicados de risco de vida, quando a aquisição de medicamentos tem custos elevados, associados a grandes encargos financeiros por parte do Estado? Ou seja, será justo gastar com alguns a riqueza produzida por outros? Certamente que, pelo menos pelo seu impacto, certas ideologias deverão ser revistas!

O *prefácio* permite, também, agradecer a quantos me ajudaram na elaboração deste trabalho.

Agradeço ao Professor Doutor Daniel Serrão, *Mestre* de meu Pai, elemento da minha *família espiritual*, com a sincera e eterna amizade, a sua presença na minha vida, que despertou em mim profunda admiração pela extraordinária inteligência e simplicidade de vida exemplar.

À Professora Doutora Margarida Caramona agradeço a sua orientação, a sua disponibilidade permanente e as suas criteriosas sugestões.

Ao Professor Doutor Walter Osswald agradeço a sua calorosa orientação, a atenção, o apoio e os sábios aconselhamentos dados na elaboração desta dissertação.

À D. Palmira Maio agradeço a sua sempre amável disponibilidade e o seu apoio.

Ao Cláudio Oliveira, colega de trabalho, agradeço a sua paciência e disponibilidade em todos os momentos em que me ajudou nos problemas informáticos, nas recuperações do computador, pela sua boa disposição e apoio.

Aos meus Amigos agradeço o entendimento e a aceitação das minhas ausências, a ajuda prestada, a presença tão preciosa.

À minha Família, origem e base do meu ser, com o reconhecimento do amor, agradeço a ajuda, o estímulo e, acima de tudo, o elevado exemplo de vida que me tem dado. À minha irmã Ana, agradeço os momentos em que se disponibilizou para me poupar as forças e o tempo, tendo, sem queixas e com elevado exemplo de entrega, deixado os tantos jantares preparados, as compras realizadas, as tantas ajudas prestadas. E à Ana Isabel agradeço a compreensão da ausência e a partilha dos momentos da mãe. Ao meu Pai e à minha Mãe, agradeço o exemplo de amor, de entrega e exemplo de vida, de inteligência e paciência que sempre viveram e me ofereceram, e o estímulo e ajuda neste trabalho. A todos, pai, mãe, *irmãos*, *irmãs*, sobrinhos, bem hajam por estarem presentes na minha vida.

A Deus, meu caminho e confiança, agradeço a protecção eterna, concretizada e vivida, especialmente nos momentos menos claros e mais difíceis da minha vida.

INTRODUÇÃO

Pressupostos, propósito e projecto

A medicina é uma actividade humana significativa, em que a terapêutica surge constitucionalmente entre o diagnóstico e o prognóstico.

Sendo assim, o assunto que me ocupa só tem sentido quando referido à realidade médica e ao complexo conceptual que a formaliza. Os medicamentos e a medicação ganham sentido na perspectiva da assistência médica, e esta no conjunto do sistema em que se insere. Por isso, torna-se necessária uma sinopse histórica que, embora longa e possivelmente enfadonha para quem se não interessa pela radicação dos acontecimentos, me proponho fazer.

A comparticipação no custo dos medicamentos tem de facto uma história que dá significado às formas que possa assumir.

Sabendo-se que nunca se parte do nada, apresentarei, introdutoriamente, para que fiquem claramente definidas, as bases intelectuais de que se parte, e, com o mesmo carácter geral, o projecto perseguido nesta dissertação.

Pressupostos

O ser humano revê-se no *próximo*, no *semelhante*. É um ser com uma dimensão *individual*, mas também com outra *comunitária*. E tem uma vida interior tanto mais realizada quanto mais desenvolvida for a sua vida comunitária, com a qual se inter-relaciona. A *transmissão cultural* fica precariamente dependente de cada vida (o que se verifica quando o outro falha ou degenera) e da conjunção de ambos, na renovada afirmação da comunidade, cujos dinamismos têm velocidades diferentes.

Verifica-se, claramente, de modo directo e indirecto, que o sofrimento do *outro* é sentido pelo ser humano como sofrimento próprio. Tal é explorado muitas vezes de um modo que nada tem de ético, pela chamada *comunicação social*, quer através dos noticiários dos chamados *media*, quer nos próprios divertimentos que faculta. Só a supra-valorização ideológica da dimensão individual despertada pela filosofia e cultivada pela política tem impedido o reconhecimento desta característica humana.

Tem-se tornado claro, também, que, no desenvolvimento cultural e psicológico, a dimensão comunitária foi, e é, primordialmente, muito mais dominante do que a dimensão individual. Tal é bem visível tanto na tomada das decisões como na utilização dos rituais, embora, naturalmente, os desequilíbrios tendam a ser compensados com reacções muitas vezes paradoxais.

O fundamento da *bioética* é o mesmo: usando a linguagem de Xavier Zubiri ⁽¹⁾ tem origem na consciência do *sofrimento* do ser vivo, na *relição* que a mesma efectua como *participação*, por que o real se apodera do indivíduo e da comunidade, e pela *obrigação* (*ob-ligação*) com que o indivíduo ou a comunidade se *ligam* ao real. Assim se realizam a *individualização* (por comparticipação) e a *comunidade*.

Estas evidências devem ser valorizadas, tanto como as da própria origem dos seres humanos, para se compreender que a tendência para valer ao outro quando em sofrimento é uma tendência constitucional.

Naturalmente se pode compreender, também, que na evolução do ser humano esta vivência tenha sofrido *metamorfoses*.

Na vida nómada do começo, o destino individual estava resignado ao destino do grupo e a existência individual seria irrealizável! As decisões cabiam ao chefe natural do grupo.

A neolitização tem criado o *peregrino* e o *monge* ¹, mas a vida individual não teria tido um desenvolvimento correspondente para ambos; os movimentos tenderão à comunhão, ao encontro de uma companhia, e de uma companhia ainda maior, na união do pão do corpo e a do pão da alma.

O sentido difuso do sagrado, no que se convencionou chamar *animismo*, e a projecção dos problemas da alma nas imagens politeístas, mesmo em Yavé, em que se reconhece um anúncio significativo de *individuação*, terão permitido numa muito longa evolução a projecção dos próprios problemas humanos ⁽²⁾.

¹ Peregrino: o indivíduo andante, que peregrina. Monge: o religioso que vive isolado – só (de *mono*). Um inserido na paisagem, outro na desejada companhia de Deus.

Decisivo é então, na história recente, o aparecimento de Cristo e a sua doutrina que ensina, a cada um, o amor como *dever*, o *de Deus sobre todas as coisas* e o *do próximo como a si mesmo*.

Confirmando a *naturalidade* do cuidar do semelhante no sofrimento, temos já nos escritos de Hesíodo, do século VIII a.C., um contemporâneo de Homero, o primeiro poeta de quem está dito que pela primeira vez se olha a *si mesmo* como um indivíduo, uma realidade distinta do mundo e da comunidade ⁽³⁻⁵⁾.

Neste se pode ver o cuidado que merece a *pobreza* do outro ⁽⁶⁾.

No século V a.C., a *ética* adquire forma definitiva com Hipócrates ⁽⁷⁾, não obstante haver de ser bem compreendido o carácter do trabalho para outrem e por outrem (escravos; mediante salário) ⁽⁷⁾.

Nos Livros Bíblicos do Antigo Testamento pode ver-se que o mesmo aparece como *determinação*.

Será contudo importante fazer uma observação em que se encontra o postulado expresso de que, de um modo geral, os textos bíblicos dão maior relevo à *esmola* do que à *necessidade*, e de que sempre é referido o *desamparo* mais do que a simples *carência* pela frequente evocação dos orfãos e das viúvas, o que significa certamente que a dimensão comunitária se dava por *natural* e o importante era dar-lhe atenção.

A civilização romana apresenta características muito especiais pela dominância da doutrina filosófica adoptada: o *estoicismo* ⁽⁷⁾.

A medicina do mundo romano é grega ⁽⁷⁾.

Durante todo o período *ocidental*, que vai do século V ao século XV, a que erradamente se chamou *Idade Média*, as instituições da Igreja Cristã, segundo a doutrina cristã, desenvolveram actividades de investigação, de ensino e de assistência notáveis, com o lançamento das bases de toda a esplendorosa actividade humana que se desenvolveu no chamado *Renascimento* e que se lhe segue até hoje.

A actividade conventual e catedrática prestaram a assistência evangélica com grande dedicação ⁽⁸⁾. E os hospitais e as enfermarias cuidaram dos necessitados.

Hoje pode parecer muito estranho para a grande maioria dos nossos contemporâneos que os antigos tenham encarado a *pobreza* como uma *divindade*, como um *bem*, que haja uma *mitologia* respectiva, e que durante a chamada Idade Média para a perfeição humana se tenha adoptado o *voto de pobreza* ⁽⁹⁾. Importará, para a sua noção de estranheza, considerar as condições de vida dos três tipos de sucessivas comunidades (a grega, a romana e a europeia), particularmente no modo do exercício da consciência reflexiva e na *impressão* das ideias então corrente, o que não tem sido feito muitas vezes porque os autores se preocupam em encontrar na precisão das condições económicas o segredo das atitudes.

Com o despertar do *humanismo*, a que Leonardo Coimbra chama *antropolátrico* ² ⁽¹⁰⁾, a transferência das inter-relações humanas foi-se transferindo das estâncias religiosas para as estâncias políticas.

A partir da *Revolução Francesa*, o princípio do *direito comunitário* foi-se impondo de modo paradoxal, por considerar a própria comunidade a partir do indivíduo, como resultado de um *contrato*, mais como mera abstracta instância de natureza metafísica do que como realidade já de si *naturalmente* comunitária.

A natureza das propostas tende à formação de *sistemas* – na concepção da *engenharia social* – e o desenvolvimento conseguido do sistema (político), na Europa e tendencialmente em todos os outros Continentes, tende a fechar-se porque tem como consequência a necessidade *concretizada* do aumento progressivo da concentração de todos os poderes na forma do *poder político*, sobrepondo-se deste modo não só na definição da justiça, mas também na ética e da medicina enquanto formas de *direito*.

² Humanismo fruto inequívoco de uma confiança cega na Ciência, reduzindo o Universo a uma integral referência, subordinação e dependência do homem, deixando o homem reduzido a uma vontade-força, a uma exclusiva vontade de domínio exaustivo e conquistador; contente com as vitórias da ciência, o homem esquece-se de perscrutar a alma da própria Ciência e, levado no impulso do assalto, vai à conquista de todas as fortunas, de todos os templos onde se albergam as seculares esperanças do coração humano; e nesta antropolatria humanista, o homem tende, na sua manifestação mais extremista, para um verdadeiro niilismo, que impedirá a salvação dos seres humanos.

O filósofo Álvaro Ribeiro diz, com razão, seguindo Aristóteles, que, em tais condições, supõe-se que *pertence ao Estado a definição da Ética* ⁽¹¹⁾.

Contudo, a abertura do sistema (político) aparece pela evidência de que a *definição* não é a *criação* (continuando a ética, a justiça e a medicina a aparecerem como manifestações da *consciência reflexiva*) e, sobretudo, pela insuficiência do Estado para satisfazer os projectos prometidos.

O conflito aparece, então, pelo apelo às instâncias não estatais, que muitas vezes respondem antes de serem inquiridas, para ocorrer às necessidades da comunidade, e pela evidência ética da observação das definições estatais, fazendo com que a *injustiça* se possa tornar *direito*, como aconteceu com Sócrates, condenado a beber a cicuta, e com Cristo, condenado à crucificação.

É certo que em ambos os casos os condicionamentos políticos tiveram grande importância, mas o conjunto dos factores comunitários era muito diferente do de hoje ⁽¹²⁾.

Como sempre, o adoecer tem também carácter comunitário, mas hoje, para além disso, temos de entrar em consideração com as doenças causadas pelas próprias características das comunidades ⁽¹³⁾.

Na evolução civilizacional, foi havendo, então, um desvio da responsabilidade de cuidados com os necessitados, em geral, e com os doentes, em particular, das instâncias ditas *particulares* para as estâncias ditas *oficiais*, e certamente este nosso tempo não será o último tempo, ou o *tempo definitivo*.

O tema *ética e justiça na comparticipação de medicamentos* aparece, assim, com a novidade de decorrer no âmbito de um SNS.

Sabe-se como a medicina e a farmácia caminharam com o mesmo passo até ao início do século XX, e como particularmente depois da 2ª Grande Guerra tudo mudou.

A Indústria Farmacêutica é hoje uma força muito poderosa, mas também não escapa à influência dos regimes políticos.

O desenvolvimento das possibilidades hospitalares foi outro factor muito importante que ocorreu paralelamente.

E paralelamente também se desenvolveu a protecção com os subsídios de desemprego (de desprotecção) e de doença, sabendo-se como o *invalidismo* se instala muitas vezes nas comunidades.

Compreende-se, portanto, o interesse de formular o *propósito* deste trabalho e o da *heurística* que se descreverá.

Propósito

Com este meu trabalho, pretendo, então, estudar e comparar os cuidados de saúde existentes em Portugal, antes e depois da criação do SNS (em 1979) ⁽¹⁴⁾. As referências a outros sistemas de saúde existentes na Europa serão pontuais. Embora muito interessantes, particularmente o do Reino Unido, o primeiro implementado na Europa, e os do Norte deste Continente, pela sua notória eficiência, o caso português parece-me ter especificidade bastante para dele me ocupar neste trabalho.

Pretendo reflectir sobre a justiça inerente ao SNS português na distribuição de cuidados de saúde à população, em geral e em particular, e a *ética* e a *justiça* na decisão da compartipação e oferta gratuita de cuidados de saúde. Assim, é propósito do estudo avaliar a justiça, ou injustiça, no acesso a medicamentos, susceptíveis de ser evitados, quer mediante a correcta e necessária aplicação de modelos educacionais / culturais / sociais apropriados, quer com recurso a esclarecimentos de comportamentos individuais. E, neste ponto, avaliar a *justiça* no acesso gratuito, entre outros, a medicação contraceptiva de emergência, não sujeita a prescrição médica, em centros de saúde e hospitais do SNS, assim como o acesso gratuito a unidades hospitalares inerentes ao SNS para interrupção voluntária da gravidez (IVG).

Por fim, procurarei contribuir, numa base puramente ética, para a avaliação do modelo de financiamento do SNS vigente, tendo em consideração as propostas éticas de execução e realização do SNS, com base na particular exposição dos conceitos de *ética* e de *justiça*.

O projecto inicial compreendia uma pesquisa bibliográfica e a consulta de registos em instituições públicas e privadas que visassem a saúde e previa, ainda, entrevistas e a análise das declarações recolhidas.

Sem desvio do inicialmente proposto, o interesse gerado pelo confronto profissional com casos específicos relacionados com o tema em análise, a experiência pessoal relativamente ao atendimento de casos como os comportamentos individuais e comunitários e a gravidez, a desenfreada e crescente corrida ao uso da pílula do dia seguinte como possível solução de problemas momentâneos e de futuro, a existência de comparticipação (ou participação) nos casos de cirurgias para a obesidade, mas não para a sua prevenção ou tratamento médico, entre outros casos que abundantemente poderiam ser desde já mencionados, foram, naturalmente, formatando o estudo, a decorrer num prazo, e, por si mesmo, permitindo a modelação desta dissertação na forma em que se apresenta.

Projecto

A reflexão sobre a *ética* e a *justiça* pressupõe uma *matéria empírica, experiencial*, e uma *avaliação* que serão apresentadas.

A ética, a justiça, os valores e a consciência são as referências do discurso.

Parte-se de uma experiência concreta, que é a portuguesa, que se procura radicada na experiência humana em geral.

Serão feitas referências a outras soluções e a outros tipos de soluções.

A *localização* existe antes da globalização, e será referida, mas a especificidade portuguesa ocupa-nos bastante.

As diversas avaliações do estado actual do SNS português indicam a própria problemática que se pretende abordar.

HEURÍSTICA

Registo da experiência, investigação experiencial e contribuição pessoal

O MODO

OS PASSOS E OS TEMPOS

- Estruturas dos cuidados de Saúde e escalões da contribuição medicamentosa em Portugal até à institucionalização do SNS
- Assistência medicamentosa desde 1950 até à criação do SNS
- O Serviço Nacional de Saúde
- Comparticipação no custo dos medicamentos de 1971 a 1984
- Escalões das comparticipação do Estado nos medicamentos
- Mecanismos institucionalizados para racionalização das despesas afectas à comercialização e comparticipação de medicamentos
- A Lei de Bases da Saúde de 1984 e as suas implicações gerais
- A Lei de Bases da Saúde de 1984 e as suas implicações no mercado farmacêutico
- Comparticipação no custo dos medicamentos no período de 1991 a 1992
- Comparticipação no custo dos medicamentos no período de 1992 a 2000
- Novas determinações políticas implementadas em 2000 visando a melhoria da qualidade da introdução no mercado, no fabrico, na comercialização e na comparticipação de medicamentos de uso humano
- Estratégias para contenção de custos na comparticipação de medicamentos no período de 2000 a 2002
- Determinações políticas de redução de custos e expansão do mercado de medicamentos genéricos no período de 2002 a 2004
- MNSRM, venda livre e auto-medicação
- Actividade farmacêutica e parafarmacêutica
- Alterações ao Estatuto do Medicamento entre 2005 e 2006
- Melhoria da acessibilidade dos cidadãos à dispensa de medicamentos entre 2005 e 2006
- Medidas adicionais visando a redução de despesa do Estado na comparticipação dos medicamentos e a acessibilidade dos cidadãos aos medicamentos
- Modernização da Administração Pública e reformulação da Lei Orgânica da Saúde
- Actualização do regime jurídico das farmácias de oficina
- Código Hospitalar Nacional do Medicamento
- Normalização e uniformização da classificação fármaco-terapêutica
- Revisão dos preços dos medicamentos no ano de 2005
- Revisão das margens de comparticipação pelo Estado no PVP de medicamentos no ano de 2005
- Revisão das margens de comparticipação pelo Estado no PVP de medicamentos no ano de 2007
- Aprovação de novo regime da formação do preço dos MSRM e dos MNSRM comparticipados no ano de 2007
- Redução dos preços máximos de venda ao público dos medicamentos genéricos em 2008
- Protecção aos cidadãos mais necessitados e prorrogação da majoração de comparticipação do preço de referência dos medicamentos adquiridos pelos utentes do regime especial em 2010
- Revisão do regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos em 2010
- Definição dos grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos a integrar nos diferentes escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos em 2010
- Acesso aos medicamentos e medidas de combate à fraude e ao abuso, na comparticipação de medicamentos, e de racionalização da política do medicamento no âmbito do SNS em 2010
- Dedução sobre os PVP máximos autorizados dos medicamentos comparticipados de uso humano em 2011 e 2012
- Revisão dos regimes especiais de comparticipação do Estado nos preços dos medicamentos em 2011 e 2012

- Medidas fundamentais para a revisão da política do medicamento em Portugal adoptadas em 2011 e 2012
- Definição das regras de formação dos preços dos medicamentos em 2012
- Alterações ao regime da formação do preço dos medicamentos comparticipados em 2012 e 2013
- Reformas na Saúde instituídas pelo XIX Governo Constitucional, para o período de 2012 a 2015
- Revisão do regime das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos e grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos a integrar nos diferentes escalões de comparticipação em 2014
- Comparticipação do Estado no preço dos medicamentos e patologias específicas
- Escalões de comparticipações pelo Estado no custo dos medicamentos em vigor em 2014

Investigar é entrar nos vestígios e procurar a unidade.

O MODO

Importa referir desde já o *modo* de estudo que adoptarei, certa de que nem é aplicável à matéria em causa o *método cartesiano*, nem aqui o respectivo trabalho deva ser apenas *narrativo*, para que a *validade* esteja assegurada.

Não falarei do *método*, porque esse é herança cartesiana em que se divide para compreender e, sendo válida para a demonstração, é reductiva quando se trata de procurar pela investigação, mas sim do *modo* como podemos conhecer a realidade que nos interessa estudar.

O *caminho*, em que se projecta e revela o chamado *método científico* na investigação *antropológica* necessária à evidência da *ética* e da *justiça*, será o usado neste trabalho. A antropologia tem, então, precedência.

A *ética* e a *justiça* são realidades *antropológicas* definidas em particular pelo seu objecto geral do conhecimento (o ser humano, o homem, como espécie humana, o homem e a mulher), mas não deixam de ser, também, realidades *filosóficas* e *científicas*, pelos métodos de estudo. Elas relacionam-se, respectivamente, com a *moral* e com o *direito*, que, por sua vez, se relacionam entre si, como se apresenta no diagrama da *Figura 1*.

Figura 1

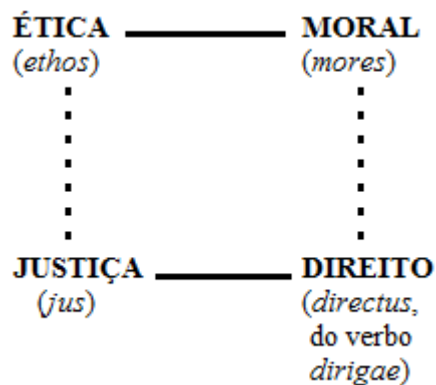


Figura 1.: Relações da ética e da justiça com a moral e o direito, estruturadas em duas ordens, a da continuidade dos efeitos e a da sobreposição da dominância da subjectividade-objectividade.

A existência (ex-sistência) é a manifestação da realidade que tem o seu lado oculto.

Interessará, então, para que não se perca o sentido da *realidade*, que nada se perca no estudo a fazer dos problemas suscitados pelo interesse e pela reflexão.

Não sendo matérias *experimentais*, têm, por isso, incidências *experienciais* e aspectos *proféticos*, e se os primeiros são históricos, os segundos nascem deles pelo *espírito*.

Entende-se por *ciência* o conhecimento pela evidência que pode ser encontrada na própria reflexão, ou na experimentação, com a validação dos seres humanos competentes – o que pode evitar a tomada das ilusões e alucinações como realidade.

Entende-se por *experimentação* a interrogação da realidade, que pode assumir-se com violência, e por *experiência* a participação pessoal nos processos reais em que o conhecimento é obtido.

O passado é passado e ao ser humano interessa-lhe a vida enquanto projecto, portanto, também enquanto futuro. Compreende-se, por isso, que nem a *dedução* nem a *indução* bastem à *ética* e à *justiça*. A *dedução* (silogística) cuida do que está inscrito no já conhecido, e por isso contribui para o *esclarecimento* e para a certeza da lei. A *indução* parte dos casos já conhecidos e permite a *previsibilidade* probabilística do futuro, e não a

sua realização, mas, deixando margem de *progresso à ciência*, abre o campo da filosofia e da profecia. Em qualquer dos casos, não fica assegurado o *cumprimento* da lei.

O futuro é uma realidade aberta e o desejo humano é a própria *realização* humana como aperfeiçoamento, e não só como afirmação *existencial*, mesmo quando assim se reclama. Na verdade, os que se dizem *existencialistas* são os que mais lutam para a divulgação das suas teses.

A heurística desta dissertação é, assim, assumidamente, a que se segue: - *registra* a experiência pertinente, *procura* o complemento experiencial das evidências, e *tenta* as conclusões.

Sabe-se que a noção de SNS é recente. Referirei o seu aparecimento. Importa, contudo, apontar que esta é uma noção subsidiária da noção geral de *sistema*, definido como conjunto de elementos interactivos, e que, neste caso, os elementos são muito numerosos e a sua intersecção largamente imprevisível.

Sabendo-se que várias condicionantes diferenciam os problemas da saúde, pela localização das comunidades e pelas suas tradições, e que cada comunidade tem os seus próprios problemas estruturais, compreende-se que ainda hoje sejam feitas tentativas particulares para a resolução desses problemas e implementação de soluções.

As implicações da existência da *Organização Mundial de Saúde* (OMS) não permitem evitar a consideração geral destes problemas, mesmo que algumas vezes nas tendências dos benefícios dos sistemas seja mais correcto falar de *participação* do que de *comparticipação*.

Nesta dissertação será considerado principalmente o que se refere a Portugal.

Os primeiros hospitais apareceram no século XII, mas compreende-se que sempre tenha havido, desde os primórdios, particular cuidado com os doentes e com as condições gerais de saúde, embora, naturalmente, com os conhecimentos de cada época.

A data do aparecimento do SNS é, contudo, uma data memorável.

Depois da institucionalização do SNS, algumas têm sido as modificações introduzidas com significado assinalável, como procurarei referir.

De modo a facilitar a abordagem do tema em estudo nesta dissertação, julguei adequado, para auxiliar na escrita do texto e para a compreensão de tão complexa matéria, estruturar o texto em diversos subcapítulos, pelo que, daqui em diante, surgirão secções distintas, mas não dissociáveis, sobre o assunto em análise. Serão referidos os passos e os tempos.

As ocorrências correspondentes de outros países serão consideradas apenas pelo valor de informação.

OS PASSOS E OS TEMPOS

- Estruturas dos cuidados de Saúde e escalões da contribuição medicamentosa em Portugal até à institucionalização do SNS

Sinopse histórica

Tem sido, desde sempre, uma necessidade para o homem cuidar de si, tanto do seu corpo como da sua alma e do seu espírito, de modo a poder, de algum modo, assegurar a sua passagem pelo mundo na evidência confusa ou clara do destino transcendente. Consequentemente, com o avançar do tempo e até aos nossos dias, os modos de cuidar têm vindo a ser aperfeiçoados e ajustados, com um crescendo do saber empírico e científico dos seus praticantes e o auto-refluir filosófico dos seres observadores.

A consciência da necessidade da intervenção do Governo das comunidades nestes assuntos ficou ligada às circunstâncias históricas e à filosofia política assumidas pelas diversas comunidades. A própria linguagem em que os problemas se formulam o atesta.

Procurarei, na descrição que se segue, ser fiel ao espírito das épocas e das medidas tomadas sem necessariamente implicar na mesma juízos de valores imediatos.

As instituições eclesiásticas cuidaram dos doentes como *necessitados*, segundo os critérios das épocas passadas.

Do poder real vieram também ajudas valiosas na construção de edifícios e no aproveitamento de recursos materiais, como aconteceu com o aproveitamento das águas com reconhecido valor terapêutico.

Pela consciência das necessidades, pela disponibilidade de meios e pela conveniência política, a intervenção formal e programática do Estado português nestes domínios inicia-se em pleno século XIX. Começou por ser uma intervenção dita *para alívio do sofrimento em situações de pobreza*. Antes, e durante muitos séculos, os monarcas, as ordens religiosas, e as famílias com posses de bens e tendo almas caridosas, tantas vezes descritas na vasta literatura clássica portuguesa, foram os principais

responsáveis pela protecção social, tentando, de modo concreto e activo, numa abordagem de interajuda humana concreta baseada em critérios simples de justiça social, caridade e beneficência popular, corresponder ao dever moral de protecção nas situações de necessidade dos mais desfavorecidos, tanto no plano individual como familiar.

A primeira fase da organização assistencial em Portugal é caritativa, cristã, anterior e independente do ensino da medicina, que só mais tarde veio a ser organizado. Iniciou-se com a criação de albergarias, pequenas e simples casas de abrigo, primitivamente instaladas junto de igrejas, capelas e conventos, ou à beira de caminhos, estradas de peregrinação, nos descampados ou em locais de passagens perigosos, e, por vezes, junto de fontes consideradas milagrosas, para assistência dos necessitados ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

A fundação das Santas Casas da Misericórdia, que se multiplicaram por todo o país, deve-se à Rainha D. Leonor, viúva de D. João II, com o total apoio do Rei D. Manuel I, em 15 de Agosto de 1498 ⁽¹⁸⁾. Estas tornaram-se os grandes agentes da assistência privada nos domínios da saúde e da acção social ^(15, 18-21). Aparecendo como *irmandades*, simultaneamente cívicas e eclesiásticas, embora mais laicas do que clericais, proporcionavam aos mais necessitados maior segurança de apoio regular, tornado possível por apoios financeiros recebidos através de doações, rendas, ofertas e subsídios régios ⁽¹⁷⁾. O desenvolvimento da expansão marítima, com a chegada dos navegadores portugueses à Índia, em 1498 ⁽¹⁸⁾, e a actividade portuária e comercial proporcionavam um intenso afluxo de gente aos grandes centros urbanos, nomeadamente a Lisboa. Eram pessoas que vinham à procura de trabalho e de melhoria de vida, mas, muitas vezes, sem sucesso e com degradação das já precárias condições, que se aglomeravam na rua, criando condições de promiscuidade e transmissão de doenças, com aumento do número de pedintes e enjeitados. Também crescia o número de viúvas e órfãos, o que resultava dos vários naufrágios e batalhas. Simultaneamente, a situação dos encarcerados nas prisões do Reino era dramática. Assim, D. Leonor, instituiu uma *Irmandade de Invocação a Nossa Senhora da Misericórdia*, na Sé de Lisboa (Capela de Nossa Senhora da Piedade ou da Terra Solta), que aí passou a ter a sua sede ⁽²¹⁾. Era uma nova confraria orientada por princípios

estabelecidos no Compromisso (estatuto ou regulamento) da Misericórdia ³ (21). Inicialmente constituída por cem irmãos, a Irmandade actuava junto dos presos, pobres e doentes (15, 21). Socorria todos os necessitados, oferecendo abrigo, roupas, alimentos, medicamentos ou mezinhas, e simultaneamente promovia também uma importante intervenção a nível religioso, ao estar presente nas orações e na celebração de missas e procissões, nas cerimónias dos enterros, no acompanhamento de condenados à morte ou na promoção da penitência (21).

Existiam já hospitais. Pensa-se ser o *Hospital de Jerusalém de Évora*, a primeira instituição conhecida designada como hospital, e referido nos testamentos de D. Afonso Henrique e de D. Sancho I (17), e desde o século XIII, hospitais *especializados* para enjeitados, como, por exemplo, os hospitais em Lisboa e Santarém, sendo o primeiro o *Hospital dos Meninos Orfãos*, na Mouraria, mandado edificar por ordem da Rainha D. Beatriz, mulher de Afonso III, e o segundo o *Hospital de Santarém*, para filhos ilegítimos em risco de infanticídio, e os *hospitais específicos para leprosos*, pela natureza da própria doença e necessidade de isolamento do contágio (19).

Fora dos hospitais, públicos ou, em boa parte, pertencentes às Misericórdias portuguesas, a assistência aos mais necessitados era prestada pelos Municípios, fosse pagando a amas-de-leite para criação dos expostos ou órfãos, fosse custeando tratamentos esporádicos em doentes de patologias perigosas que tivessem de ser internados em hospitais próprios, fosse, ainda, colocando à disposição de doentes pobres, clínicos, umas vezes médicos outras cirurgiões, designados por *facultativos dos partidos das câmaras* ou, mais simplesmente, por *médicos municipais* (22, 23). Através de um contrato que lhes garantia um vencimento anual, obrigavam-se, perante a câmara contratante, a *curar gratuitamente*, na respectiva área (22, 23).

³ As irmandades promoviam a divulgação e a prática de 14 Obras de Misericórdia, 7 de índole espiritual orientadas para questões morais e religiosas (ensino dos simples; bom aconselhamento; correcção com caridade dos que erram; consolação dos que sofrem; perdão dos que ofendem; sofrimento das injúrias com paciência; orar a Deus pelos vivos e pelos mortos) e 7 princípios corporais, relacionadas sobretudo com preocupações materiais (remissão dos cativos e visitação dos presos; cura e assistência dos doentes; vestimento dos nus; alimentação dos que têm fome; fornecimento de bebida a quem tem sede; abrigo dos peregrinos; sepultação dos mortos).

Em Portugal, só muito mais tarde se desenharam esboços de cuidados de saúde mais organizados. Os vários surtos epidémicos, a escassez de alimentos, a fome e as condições precárias de sobrevivência, preocupações sérias de saúde pública, obrigaram, em 1693, a medidas de intervenção que conduziram à melhoria do aparelho sanitário ⁽¹⁸⁾. Parece dever-se à *Provedoria-mor de Saúde*, instituída em 1707, o primeiro esboço de administração sanitária em Portugal ^(17, 23). Ao ser responsável pela fiscalização do porto de Belém, centralizava e coordenava os serviços da polícia sanitária, cujas actividades envolviam, em particular, a identificação e o controlo das mais diversas doenças importadas por via marítima e, mais tarde, a vigilância de epidemias de carácter infeccioso disseminadas por via terrestre, postos e fronteiras do País. Esta acção estava já prevista em disposições legais do regimento de 1695 ^(23, 24). Para além de tais funções, a Provedoria-mor de Saúde do Reino integrava também os serviços de inspecção superior de todos os produtos comestíveis expostos à venda, bem como das fábricas, das ruas, de certos líquidos espirituosos e, em geral, de *todos os objectos de saúde, não só na cidade, mas cinco léguas em torno* ⁽²³⁾.

Em 1804, foi criada uma Junta para adoptar medidas preventivas em relação à peste que assolava Espanha. A *Junta de Inspeção de Providências contra a Peste*, como era designada, declarou legalmente, em 27 de Julho de 1807, que se observasse o *Mapa das Quarentenas*, inspeccionando, regulando e aplicando as medidas julgadas mais convenientes para melhoria da saúde pública, e projectando lazaretos ^{4 (23, 24)}. E em 28 de Agosto de 1813, foi criada a *Junta da Saúde*, assistida pelo provedor-mor da Saúde da Corte e Reino, assinalando o início daquilo a que se pôde chamar *consciência sanitária* ^(23, 24).

A *contribuição de Paracelso*, no séc. XVI, considerado como o fundador da farmacologia e da terapêutica química, com o mérito de criar medicamentos a partir do reino mineral, substituindo-os aos cozimentos, extractos, tinturas e xaropes quase unicamente usados até então ⁽¹⁶⁾, a *teoria dos germes de Pasteur*, desde o seu primeiro trabalho em 1857, como benefício da saúde das populações baseado em critérios científicos ^(16, 17), e a *identificação de muitos agentes patogénicos microbianos*, sobretudo

⁴ Instituições específicas para internamento e isolamento dos doentes contagiosos.

de natureza bacteriana, responsáveis pela maior parte das doenças transmissíveis que assolavam a Europa do século XIX, como, por exemplo, a *cólera*, a *peste negra* e diversas *pestilências* responsáveis por grande morbidade e mortalidade, permitiu à comunidade, a partir dessa época e, em particular, à comunidade científica, começar, finalmente, a compreender um pouco melhor alguns dos mecanismos e factores implicados na propagação destas doenças ⁽²³⁾. A necessidade de pôr em prática os novos conceitos e cuidados de assepsia e higiene, bem como de accionar as *velhas quarentenas*, estratégias fundamentais para a prevenção das doenças altamente contagiosas, decorrentes do elevado número de comunicações estabelecidas entre continentes e regiões, levou a que a comunidade científica e os estados centrassem e dirigissem estas acções a partir de instituições, organizações, conferências, convenções e órgãos especializados, criados ou promovidos para dar resposta aos diversos problemas de natureza sanitária das populações ^(23, 24).

Por falta de assistência médica qualificada e com vista à melhoria da qualidade do ensino e da prática da cirurgia em Portugal, foram inauguradas, em 1825, as *Escolas Régias de Cirurgia* do Porto e de Lisboa, transformadas em 1836 em *Escolas Médico-Cirúrgicas* ^(15-17, 22, 23, 25). O *Conselho Geral de Beneficência* (CGB), criado em 6 de Abril de 1835, e reorganizado em 26 de Novembro de 1851, ficou responsável pela direcção de estabelecimentos pios e hospitais ⁽²⁴⁾, tendo em vista *descentralizar e distribuir pelas freguesias urbanas e rurais os seus piedosos exercícios, tanto a respeito dos expostos como na repartição das esmolas e socorros domiciliários, distribuição de trabalho aos indigentes válidos, de medicamentos aos enfermos que podem curar-se em suas casas, de ensino e educação aos que a podem receber sem sair das suas famílias, e em todas as outras obras de misericórdia* ⁽²⁶⁾.

O surgimento de cólera em Portugal, em 1833, na cidade do Porto, transmitida pelos tripulantes do vapor *London Merchant*, que trazia como passageiros o General Solignac e cerca de 200 soldados belgas destinados a engrossar as fileiras do exército liberal, e a rápida disseminação da doença pelo território continental português, afectando quase todo o país e provocando cerca de 40 000 óbitos ⁽¹⁸⁾, obrigaram à adopção, em 1836, de medidas gravosas em diversos sectores e actividades da sociedade portuguesa. Como

consequência, em 1837, foi aprovado o *Regulamento de Saúde Pública* e criado o *Conselho de Saúde Pública*, na dependência do Ministério do Reino, com funções de fiscalização e inspeção, incluindo o exercício da autoridade sanitária, o que se constituiu como primeiro passo para o futuro alargamento da rede de prestação de cuidados de saúde a todo o país ^(22, 23). Este *Conselho de Saúde Pública*, composto por doze membros [sete de nomeação governamental (três médicos, dois cirurgiões e dois farmacêuticos) e os restantes cinco representando o Exército, a Marinha de Guerra, a Câmara Municipal de Lisboa, o Governo Civil de Lisboa e as Alfândegas], foi incumbido de estudar os meios para a difusão e vulgarização da vacinação como forma de prevenção da varíola, em colaboração com a *Instituição Vacínica* (fundada em 1812, por um grupo de sócios da Academia das Ciências Médicas) ^(18, 22, 23). Ao mesmo tempo, foi criada a figura do *delegado médico distrital* (um delegado do Conselho de Saúde Pública do Reino, em cada cabeça do Distrito Administrativo), escolhido pelo Conselho de entre os facultativos de maior prestígio ou mérito, apoiado por subdelegados de saúde (não médicos) a nível concelhio e estes, por sua vez, por cabeças de saúde, a nível das paróquias ⁽²³⁾.

Entre 1891 e 1899, decorreram os trabalhos de *Ricardo Jorge*, médico e professor da Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Pela malquerença dos comerciantes da cidade, resultante das proporções das medidas tomadas durante a epidemia de peste bubónica, teve de emigrar para Lisboa, onde foi professor na Escola Médico-Cirúrgica e promoveu o *Instituto Central de Higiene*. Foram então introduzidas em Portugal modernas técnicas e novos conceitos de saúde pública, que nobilitaram a figura do médico municipal como verdadeira instituição nacional, elemento de um *exército de paz e altruísmo*, uma *guarda nacional que custodia o penhor mais caro do povo: a vida e a saúde* ^(22, 23, 27).

A *primeira Lei Orgânica da Saúde*, datada de 1837, a *reforma e a reorganização dos serviços de saúde*, em 1868, e os *trabalhos desenvolvidos por Ricardo Jorge* foram, também, marcos históricos para a criação, com regulamentação em 1901 e início de funções em 1903, do *Serviço de Saúde e Beneficência Pública* ⁽²⁸⁾. O serviço incluía a prestação de cuidados de saúde através da clínica privada, e, preferencialmente, o acompanhamento do socorro médico domiciliário, em consequência das suas razões de conveniência económica, menos dispendiosos, e dos aspectos higiénicos, os quais serviam

de motivo para melhoria das condições de higiene das habitações. Desse modo seria evitada a acumulação da população nos hospitais, e respeitados os factores morais, por se manterem os laços de família, recorrendo-se à hospitalização só quando absolutamente necessário. O Estado seria o responsável pela prestação de assistência aos mais necessitados ^(23, 26, 29).

A *expansão do movimento associativo de tipo mutualista*, de base operária, assente no crescimento económico, caracterizaram a sociedade portuguesa. Com grande difusão no meio operário da época, surgem entre 1843 e 1889, trezentas e noventa e duas associações operárias, abrangendo cerca de 139 000 associados ⁽³⁰⁾. Este movimento mutualista constituiu o embrião de formas de previdência colectiva face aos riscos sociais que ocorriam em resultado da industrialização, a doença e a morte, o desemprego, os acidentes de trabalho e as doenças profissionais, a invalidez, e a velhice ⁽³⁰⁾. Estas associações de socorros mútuos eram organizações sem fins lucrativos que uniam os associados e que, mediante uma quota, se protegiam conjuntamente contra certos riscos sociais, fazendo recair sobre todos os encargos correspondentes ^(30, 31).

Nas duas décadas finais da Monarquia Constitucional publicaram-se várias outras leis e regulamentos no sentido de melhorar o sistema de *saúde pública* no Continente e nas Ilhas. Com a aprovação da *Reforma da Organização Superior dos Serviços de Saúde, Higiene e Beneficência Pública*, e respectiva regulamentação em 1901, foi criada, na Secretaria de Estado dos Negócios do Reino, a *Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública* ^(22, 23). Foram, também, definidas as atribuições das várias entidades envolvidas, nomeadamente o papel dos párocos, que se manteve em evidência porque, além dos deveres legais consagrados de registo estatístico e de polícia mortuária, confiava-se-lhes também a divulgação de instruções e conselhos populares sobre higiene ^(23, 26). Foi sobretudo das acções dos médicos, formados pelas Escolas Médico-Cirúrgica de Lisboa e do Porto, e dos facultativos, formado pela Universidade de Coimbra, que resultou o êxito do sistema de saúde que se pretendia inaugurar ⁽²³⁾.

A regulamentação de 1901 referia a necessidade de as câmaras municipais disporem de, pelo menos, um facultativo de partido, ao qual era exigida a carta de médico e a frequência e conclusão de um curso de sanitarista no recém-criado Instituto Central de

Higiene. A esse facultativo seriam atribuídas as responsabilidades de substituição do *subdelegado de saúde* nos seus impedimentos, a verificação dos óbitos dos que tivessem morrido sem assistência médica, a fiscalização das escolas, a vigilância da aptidão física das amas de aleitação nomeadas pelas câmaras, a inspecção dos locais de venda de géneros alimentícios e bebidas, bem como tomar lugar em exames, visitas e diligências sanitárias quando isso fosse necessário ou imposto pelos regulamentos ^(22, 23).

Mais tarde, em 9 de Fevereiro de 1911, implantada já a República, pela urgência de organização da Assistência Pública, pela necessidade de alívio das preocupações administrativas da Inspecção dos Serviços Sanitários, que velava por importantes interesses na área da saúde nacional, e porque os serviços a cargo da Secretaria Geral do Ministério do Interior e da Direcção Geral de Administração Política e Civil se sobrepunham, por carência de definição clara das funções atribuídas, foi extinta a Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública e criada a *Direcção-Geral de Saúde* (DGS) ^(23, 32). Desde então, esta passou a ter a seu cargo a resolução e o expediente dos serviços de saúde pública, sendo os serviços de beneficência integrados na Direcção Geral de Administração Política e Civil ^(23, 32). Foi também extinto o lugar de Inspector Geral dos Serviços Sanitários, passando o respectivo funcionário a ocupar o cargo de *Director Geral de Saúde*, cuja responsabilidade inicial coube a Ricardo Jorge ^(23, 27, 32). Foram, ainda, construídos vários hospitais regionais e sub-regionais, que, na sua maioria, ficaram entregues à gestão das Misericórdias, assumindo o Estado uma função supletiva.

O espírito de genuína caridade cristã, comum a elementos de todas as classes sociais, e os esforços associados das irmandades da Misericórdia, fizeram desta uma verdadeira instituição de assistência social corporativa, uma organização de bem-fazer. Com o passar dos anos, com as sucessivas reformas sofridas, particularmente pela alteração do regime de irmandade, correspondente a uma corporação de classe, e de caridade que levava os *irmãos* ao emprego do sobejo do seu tempo e da sua fortuna em favor dos necessitados, assim como com sucessivas melhorias ou técnicas de assistência, verificou-se a mudança para um regime de *comissões administrativas*, e o velho compromisso de verdadeira instituição social corporativa deixou de se enquadrar nos objectivos propostos ⁽²⁶⁾. As funções do Estado foram sendo ampliadas, passando a

abranger a defesa da vida e da suficiência económica dos seus elementos sociais e o exercício destas responsabilidades foi confiado a organismos burocratizados. Consequentemente, a antiga Misericórdia de Lisboa, por exemplo, foi quase convertida num serviço oficial ou de repartição do Estado, com abandono da genuína tradição da assistência portuguesa e dos seus princípios ^(21, 26).

A assistência social, no complexo das suas modalidades preventivas e curativas, integrava-se no *bem-comum*, aceite como legítimo fim social de toda a colectividade organizada. De entre as modalidades preventivas, algumas houve que, pela sua extensão e interesse geral, excediam o âmbito ou capacidade das responsabilidades e deveres sociais das famílias e instituições previdentes ou de assistência particular. Contudo, era contrário aos princípios e ao mais profundo interesse público esquecer as responsabilidades e deveres que em matéria de assistência incumbiam aos componentes sociais agremiados, quer nas unidades familiares quer em instituições humanitárias ou beneficentes. Esses deveres e responsabilidades não podiam ser desconhecidos ou diminuídos sem, paralelamente, enfraquecer a própria força vital da colectividade. Por conseguinte, a obrigação de prestar assistência era, ao mesmo tempo, um dever cívico, ou de *justiça social*, e um preceito religioso de caridade ⁽²⁶⁾. Porém, a tendência laicizante, julgando fortalecer o dever de justiça social pela regeneração do preceito religioso de caridade, mostrava-se ineficaz e contraproducente. Não o seria menos, contudo, a atitude que julgasse valorizar o preceito religioso de caridade, enfraquecendo ou prescindindo do dever de justiça social ⁽²⁶⁾. E, assim, competia ao Estado promover e impôr, mesmo que coactivamente, o *dever social* de prestar assistência, atribuindo-se à Igreja a missão de estimular o preceito religioso da caridade ⁽³³⁾. Apenas a justa harmonia desse equilíbrio e o cumprimento dos dois deveres poderiam conduzir à melhoria da assistência social, mantendo-se claramente definidas as respectivas responsabilidades ⁽²⁶⁾.

A criação da DGS foi, indubitavelmente, um marco significativo na legislação de saúde em Portugal. Porém, essa instituição, centenária, que veio a afirmar-se essencial para a orientação e coordenação da saúde a nível nacional, nasceu por decreto, para valer como lei, sem preâmbulo nem qualquer nota explicativa ou justificativa. Esta circunstância

revelou que a permanência e a continuidade de novos organismos podem não depender de fundamentação própria da sua criação, mas sim da sua real, efectiva e constante necessidade ⁽²³⁾.

Desde a implantação da República, em 1910, e até à reforma sanitária de Trigo de Negreiros, em 1945, foi percorrido um longo e difícil caminho, em que se verifica a debilidade da situação sanitária no país, assim como a carência de resposta por parte do Estado e a ausência de institutos dedicados a problemas de saúde pública específicos, como os da tuberculose e da saúde materna ⁽²⁹⁾.

Em 1946, com a *Lei da Organização Hospitalar*, estabeleceu-se, pela primeira vez entre nós, e muito antes de outros países o terem feito, a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde então existentes, constituindo-se a base de uma rede hospitalar regionalizada. Foram criados hospitais centrais no Porto, em Coimbra e em Lisboa, e uma rede de hospitais sub-regionais, alguns destes entregues à responsabilidade das Misericórdias ^(29, 33, 34).

O associativismo solidário e operário do século XIX permitiu o surgimento de numerosas associações de socorros mútuos. Estas, apesar de terem desempenhado uma função elogiável, tanto na prestação de cuidados médicos e de fornecimento de medicamentos, como na atribuição de prestações pecuniárias e serviços humanitários às causas dos mais necessitados, em situações de incapacidade temporária ou permanente para o trabalho, e de subsídios de funeral, não foram suficientes para a protecção dos seus associados, designadamente em relação à velhice. Contudo, permitiram a criação, ainda nos finais do século XIX, das primeiras caixas de aposentações ^(20, 35-37).

Cinco diplomas legislativos, publicados em 10 de Maio de 1919, deram corpo à primeira tentativa de instituição de um sistema de seguros sociais obrigatórios, destinados a proteger na doença e na invalidez os que viviam do seu trabalho, qualquer que fosse o seu ramo de actividade social ⁽³⁵⁻³⁹⁾. Estava prevista a criação de uma entidade gestora de âmbito nacional – o *Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e de Previdência Geral* – sob dependência do Ministério do Trabalho, para a execução, superintendência, administração e fiscalização de todas as leis e regulamentos do exercício dos seguros obrigatórios em Portugal, e concessão de prestações nas eventualidades de doença,

invalidez, velhice, sobrevivência, desemprego e acidentes de trabalho ^(35, 37). No entanto, e por falta de condições políticas, essa legislação nunca veio a ser aplicada ⁽²⁰⁾.

Posteriormente, por nova legislação, publicada em 1935, juntamente com diversos diplomas posteriores de regulamentação, foi lançada a estrutura para a criação de um *sistema de seguros sociais obrigatórios*, correspondente ao modelo então em vigor em muitos países europeus ^(20, 30, 40-42). De acordo com os princípios corporativos estabelecidos na constituição política de 1933 ⁽⁴³⁾ e no estatuto do trabalho nacional ⁽⁴⁴⁾, essa lei determinou as bases da então designada *Previdência Social* que, tendencialmente, deveria abranger os trabalhadores por conta de outrem, do comércio, da indústria e dos serviços. O âmbito material do sistema limitava-se a prestações de doença (cuidados de saúde e subsídio de doença), invalidez, velhice e morte, geridas fundamentalmente por caixas sindicais de previdência, na sua maioria de âmbito nacional. Os trabalhadores do sector agrícola e do sector das pescas foram enquadrados, respectivamente, em sistemas de protecção social específicos geridos pelas Caixas de Previdência das Casas do Povo e pelas Casas dos Pescadores ⁽⁴⁰⁾.

Contudo, apesar da sua proposta e estruturação de assistência social, a Previdência Social estava limitada no seu âmbito de acção. Assim, em 1950, foi regulada a concessão de subsídio pecuniário e assistência médica e medicamentosa aos beneficiários das Caixas Sindicais de Previdência e das Caixas de Reforma ou de Previdência, e foram revogadas várias disposições legais anteriores ⁽⁴⁵⁾.

A legislação anterior, referente à promulgação dos princípios fundamentais para a organização e o funcionamento das Caixas Sindicais de Previdência ⁽⁴⁶⁾, e à promulgação do regulamento das Caixas de Reforma ou de Previdência ⁽⁴⁷⁾, e a lei que tinha estabelecido as bases da organização de previdência social destinadas a proteger o trabalhador contra riscos de doença, de invalidez, de desemprego involuntário, de velhice e morte, garantindo pensões de reforma ⁽⁴⁰⁾, consignavam que o seguro de doença do trabalhador abrangia *assistência médica e subsídio por motivo de incapacidade para o trabalho*. O subsídio era fixado por algumas regras gerais sobre o respectivo montante e condições de atribuição, deixando-se para os regulamentos internos das caixas o estabelecimento de normas mais pormenorizadas ⁽⁴⁵⁾. No referente à *assistência médica*, a lei precedente limitava-se a

afirmar o princípio de que *aos beneficiários, no gozo dos seus direitos e quando doentes, seria prestada assistência do médico ou médicos da respectiva caixa, incluindo visita ao domicílio quando a doença lhes não permitisse sair dele* ⁽⁴⁵⁾.

No entanto, os regulamentos internos das diversas instituições incluíam a este respeito *normas divergentes, consoante os respectivos esquemas de assistência praticados*, não sendo sempre esta regulamentação a que se afigurava mais conveniente ⁽⁴⁵⁾.

Em matéria de *prestações em espécie* não havia qualquer regulamentação legal que definisse os limites e as condições gerais de atribuição desses benefícios aos trabalhadores inscritos nas caixas ⁽⁴⁵⁾. Por isso, tornou-se necessária a revisão das disposições vigentes relativas ao seguro contra a doença, nomeadamente, no que dizia respeito ao progressivo alargamento do esquema de benefícios em espécie (assistência médica e medicamentos, elementos auxiliares do diagnóstico), cuja importância e custo – está dito – ocupavam, à altura, posição de maior relevo do que o subsídio pecuniário ⁽⁴⁵⁾. Simultaneamente, obrigou à imposição de regras com vista à verificação da manutenção do equilíbrio financeiro do seguro dentro das possibilidades da economia nacional à data ⁽⁴⁵⁾. As circunstâncias de ordem económica e financeira nacionais, influenciadas pelos efeitos das duas Grandes Guerras mundiais (1914 – 1918, 1939 – 1945), pela Guerra Civil em Espanha (1936 – 1939), pelo tipo de regime de governação nacional e pela forma de organização corporativa de instituições que pretendiam congregar os interesses dos diversos agentes da sociedade com vista a defenderem os seus interesses dentro do próprio sistema e evitar conflitos sociais, e as circunstâncias respeitantes ao subsídio pecuniário, provocaram um afastamento, em alguns pontos, da regulamentação vigente ⁽⁴⁵⁾ relativamente à proposta inicialmente apresentada pelo parecer prévio do Conselho Superior de Previdência Social, o qual se vinha ocupando, desde Fevereiro de 1948, dos problemas suscitados pelo seguro na doença.

A primeira inovação introduzida no regime do seguro na doença foi a introdução de um *período de garantia para o direito à assistência médica e medicamentosa*. À lei vigente, este período de garantia ⁵ fixava o intervalo de um ano para haver direito ao

⁵ Prazo inicial que em cada modalidade de previdência condicionava a abertura do direito às prestações respectivas.

subsídio pecuniário na doença ⁽⁴⁷⁾, mas *não* previa qualquer prazo de garantia para a *assistência médica e de medicamentos* ⁽⁴⁵⁾. Tal era compreensível e aceitável por se tratar da fase inicial de criação de um *sistema de previdência* e pela previsão pouco dispendiosa, quando comparada com o custo do subsídio, da assistência médica, que quase só comportava a consulta médica, a qual funcionava num plano marcadamente secundário, quase como simples meio de controlo para a concessão do subsídio ⁽⁴⁵⁾. No entanto, acompanhando a evolução do sistema criado, as posições da *assistência* e do *subsídio* não só se equipararam, mas até se inverteram, quer pelo reconhecimento da maior importância relativa da assistência nos objectivos do seguro, quer, correspondentemente, pelo seu maior custo, com necessidade de atendimento às considerações económicas surgidas, exigindo um período de garantia para o subsídio e dispensando-o para a assistência ⁽⁴⁵⁾. O período de garantia para o subsídio serviu, também, para defesa do seguro no acolhimento indevido de profissionais simulados e de indivíduos doentes, que se lhe acobertariam só para receberem os respectivos benefícios, de protecção do próprio seguro, pelo seu carácter dispensador de exames médicos prévios e pela necessidade, igualmente relevante, da formação de um fundo de reserva adequado, directamente associado ao custo do seguro ⁽⁴⁵⁾.

Foi, então, estabelecido um período de garantia para a assistência médica e medicamentosa, coincidente com o do subsídio pecuniário, simplificando-se, também, a mecânica de contagem desse período. A respectiva contagem para o subsídio passou a exigir apenas o decurso do tempo de inscrição na caixa de previdência, independentemente da respectiva entrada efectiva de contribuições nesse período, impondo-se que, pelo menos no terceiro mês anterior ao da baixa por doença, tivessem entrado contribuições correspondentes ao mínimo de oito dias ⁽⁴⁵⁾. Esse ajustamento justificava-se por motivos administrativos em face da impossibilidade de tal verificação ser referida ao mês corrente ou ao anterior, pelos atrasos previstos para depósito e contabilização das respectivas contribuições, tendo sido considerado o período de oito dias o mínimo indispensável para que se pudesse reconhecer a qualidade de trabalhador ⁽⁴⁵⁾. Uma vez que o subsídio oferecido era função do salário médio auferido durante o ano civil anterior à declaração da doença ⁽⁴⁶⁾, o sistema adoptado não implicava agravamento do custo financeiro do seguro

(45). A lei, à data (48), fixava o valor desse subsídio em dois terços do ordenado ou salário ⁶ nos três primeiros meses de doença e em metade nos seis meses seguintes.

Com a alteração legislativa de 1950, estas percentagens foram substituídas pelo subsídio uniforme de 60 % do ordenado ou salário durante todo o tempo de duração do subsídio, uma vez que não se afigurava socialmente aceitável que se reduzisse o benefício ao final de três meses de doença ininterrupta, precisamente quando seria de supor que a economia do beneficiário se encontraria com menor grau de resistência (45). Paralelamente, eram convincentes e efectivas as intuitivas vantagens de ordem administrativa na unificação do subsídio, com simplificação de processos e consequente economia de despesas (45). Por último, das alterações introduzidas não resultavam quaisquer aumentos de encargos, prevendo-se, antes, algumas economias resultantes do facto de o grande volume de doenças ser de duração não superior a três meses e, neste mesmo período, o subsídio baixar de dois terços (~66.66 %) para 60 % do salário. Adicionalmente, foi estabelecido o princípio de que, se o beneficiário recebesse da entidade patronal remuneração no decurso da doença que conferisse direito a subsídio, este só seria atribuído se aquela remuneração fosse inferior ao ordenado ou salário de categoria e até à concorrência deste, de modo a evitar que o seguro se pudesse transformar em fonte de lucros para os beneficiários, com todo o cortejo de fraudes a que se incitaria (45).

Foram, também introduzidas alterações no prazo de duração do subsídio de doença e do respectivo período de carência. No regime precedente (46), o subsídio não podia ser pago por mais de nove meses na mesma doença, reputando-se como mesma doença, para esse efeito, além dos impedimentos temporários para o trabalho que os médicos considerassem derivados de uma só doença, aqueles que se verificassem com intervalos inferiores a doze meses, contados da alta de cada impedimento até à baixa do seguinte (45). Este prazo de duração do subsídio passou a ser fixado em número certo de dias, duzentos e setenta, em lugar se ser referido em meses, deixando, também, de ser considerado o princípio de *a mesma doença*. Ao fixar-se expressamente a duração de subsídio em número

⁶ Remuneração de um *trabalhador regular* e remuneração *recebida por serviço(s) prestado(s)* conforme estabelecido antecipadamente em contrato de trabalho como pagamento, respectivamente.

certo de dias, procurava-se evitar as divergências de critério que se vinham a verificar na aplicação da lei. A dificuldade, se não mesmo a impossibilidade, de diagnosticar sempre com segurança a doença posterior como sendo a continuação da igual à antecedente, a falibilidade do diagnóstico poderia ser até, pelo menos em parte, provocada por manifestações de sintomas subjectivos ou simulados que induziriam os médicos em erro. Por outro lado, se os impedimentos a considerar para o efeito da mesma doença se situassem em intervalos inferiores a doze meses, não podia deixar de reputar-se, de certo modo artificial, o critério que os fazia englobar na *mesma doença*, não obstante constituírem manifestações mórbidas completamente distintas. Além do mais, não se afigurava inteiramente justo o negar-se o subsídio ao beneficiário que, embora mais de um ano depois de haver sofrido certa doença, fosse atacado de outra que os médicos considerassem derivada da anterior, pois isso não significava necessariamente presunção de invalidez.

O período de carência do subsídio de doença ⁷, referia, à data, que atingido o limite de tempo fixado nos regulamentos privativos das caixas para concessão de subsídio, o beneficiário só poderia receber de novo o subsídio em doença diversa e passado doze meses completos de contribuição efectiva para a caixa ⁽⁴⁶⁾. A exigência da diversidade de doença tinha em vista a exclusão dos inválidos, cuja cobertura cabia ao seguro de invalidez, e não ao de doença. De novo, e com as dificuldades práticas da determinação da identidade de doença, supôs-se que, em boa razão, uma doença, conquanto idêntica à anterior, se estivesse situada para além do período de carência, não tinha forçosamente de ser presumida como indicadora de invalidez ⁽⁴⁵⁾. A eliminação dos princípios de a *mesma doença* e de *doença diversa* permitiu que o diagnóstico feito pelo médico deixasse de ser obrigatoriamente comunicado aos serviços administrativos das instituições, e fosse apenas confiado aos serviços de estatística médica, conforme vinha sendo solicitado pela Ordem dos Médicos ⁽⁴⁵⁾.

Para a concessão do subsídio de doença exigia a lei, além dos períodos de garantia e de carência, a observância de um período de espera no início de cada impedimento, não

⁷ Prazo decorrente desde o dia em que o beneficiário esgota o direito à prestação até aquele em que de novo o adquire.

sendo concedido pelo prazo que compreendesse os primeiros seis dias úteis em cada impedimento, deixando de haver a possibilidade de má interpretação da lei em relação a dias não úteis ⁽⁴⁵⁾. O mesmo princípio, formulado embora por forma diferente e restrito a três dias, existia já na lei em vigor ^(46, 47). O alargamento para seis dias tinha como objectivo a necessidade de evitar a simulação de doenças, cuja verificação imediata nem sempre era possível, e a conveniência de não favorecer um excessivo sentimento de segurança que aliviasse os beneficiários de toda a responsabilidade económica, sendo certo que a função própria do subsídio era a de compensar o trabalho pela perda do seu sustento quando a doença se prolongasse para além do mínimo de tempo durante o qual se presumia que a economia familiar pudesse suportar o prejuízo ⁽⁴⁵⁾. Este período de espera mantinha-se restrito ao subsídio, não existindo para a assistência médica e medicamentosa ^(45, 46).

Nesta fase da evolução do sistema, foi também reconhecida a conveniência da definição de certos princípios gerais sobre os limites e as condições de atribuição da assistência médica e medicamentosa no seguro de doença, uma vez que a assistência médico-farmacêutica era função do seguro e revelava, também, um custo associado, que, cada vez mais, desempenhava um papel de maior relevo do que o próprio subsídio pecuniário.

O objectivo primacial do seguro de doença deixou de ser a indemnização pela perda do salário para passar a traduzir-se na recuperação da capacidade de trabalho do beneficiário doente e na defesa da saúde do seu agregado familiar, conquistando-se, paralelamente, maiores benefícios sociais, e uma substancial economia na concessão de subsídios, na medida em que, através da assistência médica e medicamentosa, se reduzia a duração da doença e se melhorava o estado sanitário do meio em que o trabalhador vivia ⁽⁴⁵⁾.

Para além da sua acção *curativa*, o seguro social procurava, paralelamente, empregar os meios de *prevenção* das enfermidades através da difusão e aplicação dos métodos de profilaxia e das condições de sanidade individual e colectiva, visando o princípio de racionalidade económica, fundamental para a organização e o funcionamento eficientes dos serviços médicos e farmacêuticos postos à disposição dos segurados. Juntamente com uma determinação mais clara dos objectivos e escolhas dos meios mais

racionais para os alcançar, esperava-se excluir todo o gasto supérfluo, ou seja, tentava-se alcançar o máximo de eficiência com o mínimo de dispêndio ⁽⁴⁵⁾.

A legislação em vigor até à data limitava-se a reconhecer o direito do beneficiário doente à assistência médica, incluindo visitas domiciliárias. Não havia, porém, qualquer limitação legal relativamente às prestações em espécie, desde a simples clínica geral e concessão de medicamentos até aos serviços de internamento, o que, na prática, originava diversidade nos esquemas de assistência, dependendo da instituição em que o beneficiário estivesse inscrito e da maior ou menor capacidade financeira de resposta dessa mesma instituição ⁽⁴⁵⁾. Verificava-se, assim, ao lado de uma disparidade flagrante nos meios de tratamento, uma multiplicidade de instalações, um acréscimo de burocracia e, sobretudo, uma diversidade de critérios nas soluções que não podiam deixar de viciar a administração económica e racional do seguro. As exigências dos princípios de economia e da racionalidade dos serviços e prestação de assistência sanitária, obrigaram, conseqüentemente, à reorganização e concentração das instituições num serviço comum, procurando-se, por essa forma, e na medida do possível, a urgente uniformização dos esquemas de assistência, uma melhor hierarquização dos quadros técnicos e a indispensável especialização dos administradores ⁽⁴⁵⁾.

A normalização dos esquemas de prestações teve um grande alcance social, pois permitiu eliminar as desigualdades de meios terapêuticos, dentro do mesmo núcleo profissional ou zona geográfica, o que não parecia ter justificação aceitável. Se por um lado, era simples admitir que as prestações em dinheiro estivessem relacionadas e variassem com o ordenado ou salário, as quais se destinavam a substituir, já não era tão fácil encontrar fundamento para o facto de, por mudança de profissão ou de actividade económica e inscrição numa determinada instituição, o mesmo indivíduo deixasse de ter, por exemplo, privilégio de acesso a medicamentos ou a tratamento por especialistas para passar a ter direito apenas a consultas de clínica geral, uma vez que a inscrição dos beneficiários nas instituições era obrigatória e que, de uma maneira geral, todos descontavam idêntica percentagem sobre os seus salários ^(38, 45).

Assim, com a enunciação legislativa de 1950 ⁽⁴⁵⁾, ficaram definidos os princípios fundamentais que, no futuro, deveriam reger a organização e o funcionamento da assistência sanitária nas instituições de previdência, por forma a possibilitar o estabelecimento de bases para o cálculo financeiro do seu custo. Ficaram definidos, também, os locais onde seria prestada a assistência médica aos beneficiários do seguro, passando a não serem legítimos, de futuro, os receios de duplicação de esforços entre os serviços de previdência e os da assistência social, devendo recorrer-se aos serviços dos estabelecimentos de assistência sempre que daí adviessem vantagens para as instituições de previdência ou para os seus beneficiários através de acordos a celebrar entre os dois sectores ⁽⁴⁵⁾. Fora desses casos, manter-se-ia o princípio de que a assistência sanitária aos inscritos nas caixas competia aos serviços médico-sociais das instituições ou à sua Federação. Semelhante orientação foi a que resultou da própria lei em vigor à data, que afirmava, na sua base III, o princípio de que os *serviços de assistência pública tinham carácter supletivo* e, na sua base VI, o de que *as actividades de assistência seriam exercidas em coordenação com as de previdência, por forma a favorecer o desenvolvimento desta* ^(45, 49). A previdência social assentava directamente na organização do trabalho, e os respectivos benefícios eram proporcionais ao ordenado ou salário dos beneficiários, sendo os recursos financeiros do seguro obtidos exclusivamente à custa de contribuição dos trabalhadores e das empresas ⁽⁴⁴⁾. A assistência médico-social à população trabalhadora ficou, assim, essencialmente ligada à organização da previdência e à regulamentação do trabalho, destinando-se a controlar a concessão dos subsídios na doença e a diminuir a duração destes, sendo os referidos subsídios directamente relacionados com os ganhos do trabalhador, cuja perda visavam compensar ^(40, 45, 46).

O conteúdo genérico do esquema de assistência clínica a prestar aos beneficiários das instituições de previdência, dentro das condições variáveis de cada núcleo profissional ou zona geográfica e conforme as circunstâncias o permitissem, englobava, na base desse esquema, os serviços de medicina geral, compreendendo as consultas, as visitas domiciliárias, as intervenções de pequena cirurgia (cirurgia ambulatória), os partos e os tratamentos ambulatorios. Nas zonas de reconhecida importância industrial ou comercial, e à medida que as circunstâncias o fossem permitindo, previa-se a instalação de serviços

especializados, designadamente os serviços dentários, a ginecologia e a obstetrícia, a pediatria, a enfermagem e outros que fossem julgados convenientes ⁽⁴⁵⁾. Procurou-se assegurar, adicionalmente, e também conforme as possibilidades o permitissem, a concessão dos elementos auxiliares do diagnóstico – análises clínicas, radiografias, radioscopia, electrocardiograma, entre outros. Os serviços de grande cirurgia e os de internamento passariam a ser, em geral, prestados, de acordo com as normas de coordenação entre a previdência e a assistência social, pelos estabelecimentos de assistência pública e particular ⁽⁴⁵⁾. E, a concessão de outras prestações em espécie, como era o caso, por exemplo, de próteses, óptica e semelhantes, ficaria condicionada às possibilidades das instituições, dentro das orientações aprovadas pelo *Instituto Nacional do Trabalho e Previdência* (INTP) ⁽⁴⁵⁾.

As condições gerais de prestação da assistência medicamentosa no seguro social, condições essas particularmente difíceis de abordar, foram, *pela primeira vez*, definidas em 1950 ⁽⁴⁵⁾. À data, não havia nenhuma equivalência entre o custo da assistência medicamentosa e as contribuições em percentagem do salário. Na distribuição de medicamentos corria-se o duplo risco de onerar demasiadamente a organização com o funcionamento de um sistema sujeito a um controlo complexo e de estar a conceder medicamentos a pessoas estranhas ao seguro, agravando por forma inoportável os encargos do sistema. Além disso, os médicos viam-se limitados, dentro de um receituário simultaneamente eficiente e económico, na prescrição medicamentosa. Considerava-se, igualmente, a necessidade de evitar as possibilidades de fraude na obtenção dos medicamentos. A fim de, na medida do possível, ultrapassar estas dificuldades, os serviços federados das instituições de previdência restringiram a concessão de medicamentos aos que teriam de ser aplicados nos postos ou no domicílio por pessoal dos mesmos serviços, ou seja, aos injectáveis, às sulfamidas e às vacinas ⁽⁴⁵⁾. A experiência revelou, porém, que tal sistema, embora o mais simples sob o ponto de vista das possibilidades de fiscalização, apresentava vários inconvenientes. Para além de exigir pessoal auxiliar muito numeroso encarregado de administrar tais medicamentos, o que sobrecarregava a organização, implicava ao mesmo tempo a deslocação do doente em regime de ambulatório aos

serviços, todas as vezes em que fosse necessário proceder a nova administração do medicamento, acarretando o incómodo para o beneficiário particularmente quando essa deslocação fosse longa ou difícil, e o acréscimo sensível no movimento dos postos clínicos ou dos consultórios dos médicos. Verificava-se, também, que, em certo número de enfermidades, era possível obter o mesmo resultado terapêutico com medicamentos não injectáveis, normalmente administrados *per os*, com custos, em regra, sensivelmente inferiores aos dos medicamentos injectáveis correspondentes. Havia ainda casos em que não era possível ou conveniente dispensar o tratamento *per os*. No intuito de prevenir os inconvenientes mencionados, estabeleceu-se o princípio de que a assistência medicamentosa seria assegurada tendo em vista o máximo de eficiência e de economia, dentro das possibilidades das instituições, não se restringindo o tratamento a determinada categoria de medicamentos, permitindo-se, também, a terapêutica *per os* além da de injectáveis ⁽⁴⁵⁾. Todavia, previa-se a limitação do receituário aos medicamentos (injectáveis ou não) constantes de uma lista ou formulário adequado, cuja elaboração e actualização eram confiadas a uma comissão especializada de nomeação governamental ⁽⁴⁵⁾. A experiência deste sistema, em algumas instituições de previdência, parecia recomendá-lo como económica e tecnicamente preferível ao sistema previamente praticado na generalidade dos casos, nomeadamente através dos serviços médicos federados.

Era evidente que o máximo de economia sem prejuízo da eficiência terapêutica não apenas na concessão de medicamentos mas em todo o restante esquema de assistência (consultas, visitas domiciliárias, elementos de diagnóstico, e outros) dependia, fundamentalmente, da colaboração inteligente e conscienciosa dos médicos ao serviço das instituições ⁽⁴⁵⁾. A obra de larga projecção social a que se propunha a organização da previdência somente poderia alcançar os seus fins na medida em que dispusesse de servidores inteiramente votados à realização do *bem-comum* e *conscientes* dos elevados objectivos que inspiravam essa tarefa grandiosa, nunca sendo demasiadamente encarecida a alta função social que cabia aos médicos das instituições de previdência. *O médico ao serviço das instituições não se limitava a tratar as doenças dos segurados, mas cabia-lhe, além disso, aconselhar os doentes nos seus problemas morais e materiais, divulgar entre eles os conhecimentos de higiene e procurar prevenir as doenças mais do que curá-las ...;*

as instituições tinham o direito de pedir aos médicos que conhecessem a estrutura e a organização administrativa do seguro e aplicassem o princípio de economia como regra geral da sua acção...; e as instituições esperavam que o médico ponderasse devidamente a responsabilidade das prestações do seguro e se recusasse a proporcionar toda e qualquer utilização abusiva dessas prestações ⁽⁴⁵⁾.

A posição do médico do seguro, que tinha por dever funcional observar o princípio de economia na acção terapêutica que preconizava, era, afinal, essencialmente idêntica à do médico de clínica livre que tinha por norma deontológica adaptar não só os honorários mas também os meios de tratamento às possibilidades económicas do paciente. O médico do seguro não devia perder de vista os recursos limitados das instituições nem que esses recursos eram constituídos exclusivamente por contribuições sobre os salários, cujo nível, de um modo geral, era modesto ⁽⁴⁵⁾. Essas contribuições não poderiam exceder determinado limite sem pôr em risco a satisfação de necessidades vitais dos trabalhadores ou o equilíbrio financeiro das empresas, com prejuízo, em qualquer dos casos, dos interesses da economia nacional. A prescrição de acção terapêutica por forma anti-económica comprometia a boa administração dos dinheiros das instituições e podia colocar estas na impossibilidade de cumprir o esquema assistencial a que se tinham obrigado, ou levá-las a restringir outros benefícios igualmente valiosos, com todo o cortejo de perturbações sociais daí resultantes ⁽⁴⁵⁾.

No regime de concessão da assistência médica e medicamentosa proposto foram introduzidas algumas regras que se podiam considerar inteiramente novas pois incluíam a participação do doente nos encargos dessa assistência através das modalidades de pagamento de *senhas de consulta* para a admissão aos serviços de consultas e visitas domiciliárias, e a participação no custo dos medicamentos, nos elementos de diagnóstico, nos serviços de grande cirurgia, nos internamentos e noutros meios de tratamento ⁽⁴⁵⁾. A experiência dos anos precedentes, sobretudo após o alargamento do campo de acção e ampliação do esquema de prestações médico-sociais, tinha demonstrado a necessidade de reprimir a tendência do beneficiário menos escrupuloso para utilizar abusivamente os serviços colocados gratuitamente à sua disposição. A inexistência de obstáculos contra esses abusos repercutia-se directa e imediatamente sobre o movimento dos serviços, a

dimensão das instalações, o volume de pessoal, ou seja, sobre a organização ⁽⁴⁵⁾. Admitia-se que, no referente aos medicamentos e meios auxiliares de diagnóstico, a concessão gratuita permitia, igualmente, o abuso, o desperdício, o desvio ilegal para estranhos à organização, a simulação e a fraude. Por isso, seria necessário limitar, pelos serviços médicos das instituições, a concessão de medicamentos a determinadas categorias terapêuticas, a fim de possibilitar uma fiscalização mais eficiente ⁽⁴⁵⁾.

Reconhecida a conveniência de alargar essa concessão a medicamentos aplicáveis directamente pelo próprio beneficiário, tornava-se indispensável tomar as medidas julgadas convenientes para garantir, dentro das possibilidades, a utilização económica de tais prestações. Por conseguinte, foi necessário estabelecer *o princípio da participação do beneficiário no custo das consultas e dos meios de tratamento*, com vista a obter, simultaneamente, *um freio para o abuso e uma forma de diminuição dos encargos do seguro*, e determinar, através dos regulamentos internos de cada instituição, o modo e quantitativo da participação do doente no custo dos serviços e dos meios de tratamento, permitindo, paralelamente, e na medida do possível, a adaptação do sistema às variáveis condições de cada actividade ou núcleo profissional ⁽⁴⁵⁾.

Foram, também, estabelecidos os limites de tempo para direito à assistência medicamentosa, cujo custo só parcialmente era suportado pelo doente, compreendendo-se que, fora de tais limites, o doente devesse pagar a totalidade desse custo, embora beneficiando do preçário reduzido que a organização lhe proporcionasse ⁽⁴⁵⁾.

Para além do descrito, foi regulamentada a extensão da assistência médica e medicamentosa ao *agregado familiar a cargo do beneficiário*, com a necessária prudência, tendo em atenção as possibilidades das instituições ⁽⁴⁵⁾. Paralelamente, foi também ajustada a forma de coordenação entre os serviços de previdência e os serviços de saúde do Estado ou de outras entidades estranhas ao seguro social, tendo sempre em especial evidência que às instituições de previdência interessava directamente o desenvolvimento da medicina preventiva, em todas as modalidades de acção, e que aos médicos dessas instituições cabia um papel de primeiro plano no conhecimento e execução das medidas de profilaxia e sanidade individual e colectiva ⁽⁴⁵⁾. Foram, adicionalmente, esclarecidas algumas regras

para execução prática da nova regulamentação proposta e verificação do equilíbrio financeiro do seguro. Simultaneamente, os fundos de assistência das caixas foram reconduzidos à sua função própria, ou seja, foram reconduzidas para a concessão de prestações extraordinárias à margem de compromissos regulamentares, sendo as receitas constituídas por valores não provenientes das contribuições ordinárias ^(40, 45).

De um modo geral, em 24 de Fevereiro de 1950 ⁽⁴⁵⁾, ficou definido que:

– o beneficiário da caixa sindical de previdência e da caixa de reforma ou de previdência passaria a ter direito, quando doente, a subsídio pecuniário e a assistência médica e medicamentosa, nas condições regulamentadas;

– o subsídio pecuniário e a assistência médica e medicamentosa seriam concedidos aos beneficiários que tivessem pelo menos um ano de inscrição e ficassem impossibilitados temporariamente para o trabalho em virtude de doença ou acidente que não estivesse coberto da legislação sobre acidentes de trabalho e não resultasse de actos de terceiros com direito a indemnização, de omissão intencional do beneficiário, nem simulação por parte do beneficiário;

– o subsídio diário por doença seria igual a 60 % do ordenado ou salário; mas se o beneficiário recebesse da entidade patronal remuneração no decurso da doença que conferisse direito a subsídio, este só seria atribuído se aquela remuneração fosse inferior ao ordenado ou salário de categoria;

– o prazo de pagamento de subsídio não poderia ultrapassar mais de duzentos e setenta dias seguidos, ou interpolados, em cada período de doença, e atingido esse limite de tempo, o beneficiário só poderia receber de novo subsídio decorridos doze meses, tendo o beneficiário, nesse caso, direito a receber de novo o subsídio até duzentos e setenta dias, ainda que anteriormente tivesse esgotado esse tempo;

– o subsídio não seria concedido pelo prazo que compreendesse os primeiros seis dias úteis em cada impedimento por doença verificada pelo médico da instituição, não sendo o dia de baixa considerado para efeito se em tal dia o beneficiário tivesse recebido ordenado ou salário, sendo estabelecidos pelos regulamentos das caixas os prazos e as

condições em que, para efeito de pagamento de subsídio, devesse ser feita a participação da doença;

– o beneficiário não teria, em qualquer caso, direito a subsídio nem assistência médica e medicamentosa se, em seu nome, não tivessem entrado contribuições correspondentes a, pelo menos, oito dias, no terceiro mês anterior ao da pretensa baixa;

– a assistência médica seria prestada em:

• postos clínicos das instituições de previdência ou sua federação, sempre que o número de beneficiários em determinada área o justificasse e não fosse caso de recorrer aos serviços de estabelecimentos ou instituições de assistência;

• nos consultórios dos médicos contratados pelas instituições ou sua federação, em áreas onde não existissem postos privativos ou quando estes não assegurassem determinados serviços, que seriam considerados como delegações dos serviços médicos das instituições, e que para o efeito se subordinavam às normas regulamentares desses serviços;

• em serviços de estabelecimentos ou instituições de assistência, quando daí adviessem vantagens para as instituições ou para os beneficiários, e cujas regras de utilização, incluindo horário de consultas e tratamentos a observar pelos beneficiários e normas regulamentares a observar pelos médicos e pessoal auxiliar e administrativo dos referidos estabelecimentos ou instituições de assistência, eram fixadas por acordo entre a Assistência Social e das Corporações e a Previdência Social ou entre as instituições e os estabelecimentos interessados, ficando, nesse caso, o acordo sujeito à aprovação dessas duas instituições;

• no domicílio, quando a doença impossibilitasse os beneficiários de sair;

– a assistência médica asseguraria os serviços de medicina geral, compreendendo consultas, visitas domiciliárias, cirurgia ambulatoria, partos e tratamentos;

– nas zonas ou áreas de reconhecida importância industrial ou comercial, e à medida que as circunstâncias o fossem permitindo, a assistência médica abrangeria, além da clínica médica, outros serviços especializados considerados apropriados, designadamente a estomatologia, a ginecologia e obstetrícia, a pediatria e a enfermagem, em harmonia com as orientações aprovada pelo INTP;

– os serviços de grande cirurgia e os de internamento em estabelecimentos hospitalares ou análogos seriam assegurados através da utilização de estabelecimentos ou instituições de assistência pública ou particular, e as condições de admissão e os prazos de internamento seriam estabelecidos em diploma especial, de acordo com as possibilidades das respectivas instituições de previdência;

– na assistência médica seriam considerados incluídos, à medida que as circunstâncias o fossem permitindo, os elementos auxiliares de diagnóstico, os quais seriam fornecidos por:

- serviços próprios das instituições ou sua federação, quando não fosse caso de utilização dos estabelecimentos ou instituições de assistência;

- contratos com médicos das respectivas especialidades, quando não fosse possível ou conveniente recorrer aos serviços das instituições ou sua federação;

– a *assistência medicamentosa*, que seria concedida tendo em vista o máximo de eficiência terapêutica e de economia, dentro das possibilidades das instituições, seria associada de um receituário limitado aos medicamentos constantes da lista ou formulário elaborados e actualizados por uma comissão nomeada pelo Sub-Secretário de Estado das Corporações e Previdência Social, e as instituições de previdência que já possuíssem lista ou formulário de medicamentos deveriam submetê-los a revisão por essa comissão, não podendo, em cada prescrição de medicamentos, ser receitada mais do que uma unidade ou embalagem de cada fórmula ou produto;

– o fornecimento de medicamentos seria assegurado:

- por instalações de serviços próprios das instituições ou da sua federação, encarregados da preparação de medicamentos e da sua distribuição pelos beneficiários;

- pelas instituições, ou sua federação, sendo o abastecimento feito directamente em fornecedores existentes;

- ou através de farmácias abertas ao público;

– a utilização de serviços de consulta e visitas domiciliárias seriam feitas mediante o pagamento de *senhas de consulta* pelos doentes que recorressem a esses serviços;

– os custos dos elementos auxiliares de diagnóstico e dos medicamentos, bem como os serviços de cirurgia e de internamento e dos restantes meios de tratamento, quando os houvesse, seriam, em parte ou na totalidade, suportados pelo doente;

– a participação das instituições ou sua federação no custo da assistência medicamentosa aos beneficiários com baixa por doença não poderia ser concedida por prazos superiores aos estabelecidos, ou seja duzentos e setenta dias, seguidos ou interpolados, em cada período de doença, e aos beneficiários sem baixa por doença não poderia prolongar-se por mais de cento e oitenta dias, seguidos ou interpolados, em cada período de tratamento; atingidos estes limites, o beneficiário só teria, de novo, direito à participação passado doze meses, e se entre dois períodos de tratamento houvessem decorridos, pelo menos, doze meses, o beneficiário renovaria igualmente o direito à participação durante cento e oitenta dias, ainda que anteriormente tivesse esgotado esse tempo;

– para além dos prazos fixados, os beneficiários que não fossem abrangidos pelo direito a subsídio nem a assistência médica e medicamentosa, deveriam suportar a totalidade do custo dos medicamentos que lhes fossem prescritos pelos médicos das instituições ou sua federação;

– a assistência médica e medicamentosa à família do beneficiário só poderia ser concedida quando regularmente incluída nos esquemas de benefícios das instituições ou sua federação, em harmonia com as possibilidades averiguadas de umas e de outras, incluindo, para efeito de família, somente o cônjuge que não exercesse profissão remunerada e os restantes familiares por virtude dos quais o beneficiário tivesse direito a abono de família, ficando os familiares do beneficiário sujeitos às disposições referentes à assistência médica e medicamentosa;

– a concessão de prestações em espécie não previstas ficaria condicionada às possibilidades das instituições, através dos seus fundos de assistência, e sujeita à orientação que fosse aprovada pelo INTP;

– aos serviços médicos das instituições de previdência e sua federação competiria, dentro das respectivas possibilidades, promover, difundir e aplicar as medidas de prevenção das doenças e de higiene individual e colectiva, colaborando activamente com

os serviços do Estado, ou outros especialmente encarregados dessas funções, e aos médicos daqueles serviços incumbiria cooperar, por todos os meios ao seu alcance, na vulgarização e execução de tais medidas;

– na distribuição da taxa global de contribuição para as caixas, a percentagem correspondente à modalidade *doença* incluiria os encargos com o subsídio pecuniário e com a assistência médica e medicamentosa.

Revelando a consciência adquirida de que o acesso aos cuidados de saúde era um direito dos cidadãos, este texto legal de 1950, regulamentador da assistência médica na doença e da assistência medicamentosa, expressava o princípio de que o seguro deveria ter uma função de *responsabilização na saúde do cidadão trabalhador*, e, também, a *missão de assistência e recuperação da capacidade de trabalho do beneficiário doente*, de *defesa da saúde do beneficiário e do seu agregado familiar*, de *desenvolvimento da medicina preventiva*, em todas as modalidades de acção, assim como de *profilaxia e sanidade individual e comunitária*.

- Assistência medicamentosa desde 1950 até à criação do SNS

A evolução da *farmácia* foi determinando as normas estatutárias da contribuição medicamentosa. Lembro que as oficinas hospitalares, a par do CGB, criado em 1835⁽²⁴⁾, e das Misericórdias, existentes desde 1498⁽¹⁸⁻²¹⁾ foram, durante muito tempo, os principais responsáveis pela administração e distribuição de remédios, fármacos e outros produtos terapêuticos aos enfermos. Realizavam também desse modo os objectivos principais das próprias existências, ou seja, a assistência aos mais necessitados. A regulamentação oficial da *assistência medicamentosa*, com a *co-participação de instituições estatais e do próprio utente beneficiário*, é mais recente: teve início somente em 1950^(29, 45, 50).

Em 1950, com a reformulação da obrigatoriedade do seguro de doença afecto aos trabalhadores, procurou reajustar-se o respectivo objectivo primacial, ou seja a indemnização *pela perda de salário*, com repercussão no *recuperar da capacidade de*

trabalho do beneficiário doente e na defesa da saúde do seu agregado familiar, pois, desse modo, seria possível, paralelamente, alcançarem-se maiores benefícios sociais e maior economia na concessão de subsídios, com possibilidade de redução, através da assistência médica e medicamentosa, da duração da doença e melhoria do estado sanitário do meio em que vivia o trabalhador ^(40, 44, 45). Para além da acção curativa, procurava-se, com a reformulação do seguro na doença, *numa fase mais adiantada da sua evolução*, utilizar, de modo suplementar, os meios para prevenção das diversas enfermidades reais, através da difusão e implementação de métodos de profilaxia e sanidade individual e colectiva sujeitos a um *princípio de racionalidade económica*, com determinação clara dos objectivos pretendidos e escolha dos meios mais racionais para os alcançar, de modo a excluir o gasto supérfluo ⁽⁴⁵⁾.

A normalização dos esquemas de prestações de serviços de saúde afigurava-se um modo de possibilitar um *grande efeito social*, pois poderia permitir a diminuição ou mesmo a eliminação da diversidade dos esquemas de assistência existentes entre as diferentes instituições de Previdência Social. Adicionalmente, poderia permitir a uniformização do apoio prestado pelos estabelecimentos da rede de assistência hospitalar, recentemente criados, desde a simples clínica geral até à concessão de todos os medicamentos e serviços de internamento, assim como terminar com as desigualdades dos meios terapêuticos dentro de um mesmo núcleo profissional ou zona geográfica, o que *não parecia ter justificação aceitável, pois os trabalhadores, quando doentes, dispunham de maiores ou menores possibilidades de tratamento dependendo da instituição em que, por lei, obrigatoriamente, estavam inscritos* ^(34, 35, 38-40, 45).

O sistema existente seria, por isso, *socialmente questionável*, obrigando a uma tentativa de encontro, na medida do possível, da necessária padronização do sistema de assistência, que, por sua vez, possibilitasse a verificação das exigências dos princípios de economia e de racionalização dos serviços, com concentração da prestação da assistência sanitária num *serviço comum* das instituições ^(34, 45, 48).

Com a legislação de 1950 ⁽⁴⁵⁾, iniciaram-se diversos ajustamentos na lei, de modo a uniformizar e estabelecer legalmente os parâmetros particularmente difíceis e complexos, da concessão e regulação das condições gerais de prestação da assistência medicamentosa.

Entre diversas dificuldades, era possível mencionar a ausência de qualquer equivalência entre o custo da assistência medicamentosa e as contribuições do beneficiário em percentagem do seu salário, os custos para organização, funcionamento e controlo associados à distribuição de medicamentos e as dificuldades associadas às limitações de um receituário eficiente e barato ^(38, 45-47).

Embora, a Federação de Caixas de Previdência, nos seus Serviços Médico Sociais (SMS), tivesse, inicialmente, previsto a possibilidade de ampliação da assistência farmacêutica, com concessão de *todos* os medicamentos, em regime de participação, independentemente da modalidade da sua aplicação, desde que incluídos em formulário ou lista com aprovação superior prévia, diversos motivos dificultaram a sua consecução.

Numa primeira fase, em 1950, a concessão de medicamentos estava limitada por não haver ainda regulamentação que definisse os limites e condições de atribuição dos medicamentos, não existirem alicerces estruturais que evitassem o problema da oneração das organizações, pela inexistência de um sistema de controlo que impedisse a utilização (gratuita) por pessoas estranhas ao seguro, e, ao mesmo tempo, pela tentativa para aliar a possibilidade de máxima contenção sem prejuízo da eficácia. A respectiva concessão compreendia apenas os medicamentos que eram aplicados ou nos postos de assistência ou no domicílio do beneficiário, por pessoal dos mesmos serviços, de modo a permitir um controlo mais apertado dos abusos e dos custos dos medicamentos. De facto, como referi anteriormente, os medicamentos concessionados estavam limitados aos injectáveis, às sulfamidas e às vacinas ^(45, 51). Apenas estes eram fornecidos e administrados pela Federação sem qualquer encargo para os beneficiários. Foi referido também que tal sistema de administração obrigava, simultaneamente, a custos muito elevados, exigindo, entre outros, pessoal auxiliar qualificado para administrar os medicamentos, assim como a deslocação do doente ambulatorio aos serviços todas as vezes em que fosse necessário proceder à administração do medicamento, acarretando incómodo para o próprio beneficiário, particularmente quando essa deslocação fosse longa ou difícil.

No intuito de prevenir os inconvenientes verificados, foi estabelecido, em 1950, o princípio de que a assistência medicamentosa seria assegurada tendo em vista o máximo de eficiência e de economia, dentro das possibilidades das respectivas instituições, sem se

restringir o tratamento às categorias dos medicamentos ⁽⁴⁵⁾. Deste modo, passou a ser abrangida, também, a terapêutica *per os*, além da de injectáveis, com limitação do receituário aos medicamentos (injectáveis ou não) constantes de lista ou formulário adequado, cuja elaboração e actualização era confiada a uma comissão especializada de nomeação governamental ⁽⁴⁵⁾.

Mais tarde, em 1960, com a publicação de nova legislação e com a ideia de que seria a altura mais propícia para alargamento da assistência farmacêutica sem prejuízo de serem tomadas medidas para evitar, tanto quanto possível, a concessão de medicamentos em casos não justificados, as orientações, que obedeciam ao propósito de evitar fraudes e abusos, foram postas de parte, sendo autorizado o alargamento da dispensa de medicamentos ⁽⁵²⁾. Tais disposições satisfizeram as fortes aspirações dos sindicatos nacionais, e, ao mesmo tempo, acautelaram os interesses gerais e os dos trabalhadores abrangidos pelas suas Caixas de Previdência ⁽⁵²⁾.

Os familiares dos beneficiários da Federação, que até ao ano de 1960 não tinham qualquer direito a assistência medicamentosa, passaram, então, a ser incluídos, também, nesse esquema de alargamento de cuidados de saúde, atribuindo-se à Previdência uma *finalidade mais acentuada de protecção à família* reforçada, concomitantemente, pela concessão de medicamentos, início de atribuição de abono de família, assim como autorização das caixas para concessão de subsídios de casamento, nascimento e aleitação, visando a protecção da natalidade, o acautelamento da saúde dos filhos, particularmente nos primeiros tempos de vida, fomentando e apoiando a família legítima, e presenteando esta com a imprescindível e apropriada estabilidade ⁽⁵²⁾.

Para além da assistência médica na doença e da assistência medicamentosa ao beneficiário, de modo a permitir-lhe recuperar a capacidade de trabalho, essa assistência passou a estender-se à família do trabalhador e a defende-la, tornando-se, conseqüentemente, mais exigente em termos de recursos financeiros, uma vez que se justificava, na concessão de medicamentos aos familiares, o existente critério da comparticipação para os beneficiários, embora sujeito a taxas diferentes das praticadas em relação aos beneficiários directamente inscritos nas caixas ⁽⁵²⁾.

Em 1960, com a evolução do mercado farmacêutico e no âmbito da ampliação de assistência farmacêutica, foram celebrados, entre a Federação dos SMS e os Grêmios Nacionais das Farmácias e dos Industriais de Especialidades Farmacêuticas, diversos acordos, com prazo pré-determinado de vigência, mas prorrogáveis na falta de denúncia prévia, para fornecimento compartilhado de todos os medicamentos manipulados e especialidades farmacêuticas de *origem nacional*, injectáveis ou não injectáveis, conforme lista pré aprovada por despacho ministerial, sob proposta da direcção da Federação e parecer do conselho médico ⁽⁵²⁾. A comparticipação no fornecimento de especialidades farmacêuticas estrangeiras ficava reservada exclusivamente aos medicamentos sem equivalência na indústria nacional ^(51, 52). Por esse acordo, passou a ser possível a revisão periódica dos preços dos medicamentos adquiridos, sujeitos à casualidade, previsível, da existência de alterações no custo das respectivas matérias primas, assim como o fornecimento de um leque, ambicionado e progressivamente alargado, dos medicamentos disponíveis, podendo esse fornecimento ser praticado também através das caixas não federadas, ou seja, através das instituições de previdência dos trabalhadores rurais (Casas do Povo e suas Federações) ⁽⁵²⁾.

O esquema de assistência farmacêutica da Federação, pensado para ser progressivamente difundido a todas as caixas, federadas ou não, permitia, contudo, que algumas das instituições pudessem receber contribuições especiais, por parte de empresas alheias, com o fim de possibilitar uma assistência complementar, sobretudo no campo de protecção à família. As caixas poderiam utilizar esses fundos de assistência para se substituírem, total ou parcialmente, no pagamento da comparticipação que pertencesse aos trabalhadores, sempre que estes, por viverem em precária situação económica, não estivessem em condições de suportar tais encargos ^(41, 52-54). Adicionalmente, a *ministração gratuita de medicamentos*, pelas caixas ou sua Federação, estava autorizada em casos excepcionais e devidamente fundamentados, ficando a comparticipação do beneficiário satisfeita por esses fundos suplementares de assistência das instituições ⁽⁵²⁾.

A provisão dos medicamentos devia ser efectuada directamente aos beneficiários, podendo os serviços da Previdência, em ordem a evitar fraudes, *infelizmente tão frequentes neste domínio*, dizia-se, usar das cautelas que em cada caso se mostrassem aconselháveis

⁽⁵²⁾. Adicionalmente, esse fornecimento seria realizado através das farmácias, desde que estas aceitassem as condições impostas superiormente e prestassem toda a informação e colaboração julgadas necessárias a representantes da Federação, devidamente credenciados, sempre que estes carecessem desse auxílio para resolução de quaisquer questões relativas à execução do acordo ⁽⁵²⁾. Paralelamente, e, no acto dessa entrega directa ao beneficiário, seria obrigatória a inutilização parcial das embalagens, assim como a cobrança directa da respectiva importância de comparticipação do preço de venda ao público (PVP) do medicamento: 25 % no caso do medicamento ser para o próprio beneficiário e 50 % no caso de se destinar aos familiares ⁽⁵²⁾.

Só passados dez anos, depois do início da publicação de legislação que visava uniformizar os parâmetros da concessão e regular as condições gerais de prestação da assistência medicamentosa ⁽⁴⁵⁾, foi possível às instituições e sua Federação ampliar essas mesmas medidas de assistência médica e medicamentosa também aos familiares dos beneficiários e aos reformados das caixas de previdência, fosse por velhice ou invalidez, pois, só por essa altura, a situação financeira, apoiada nos resultados da experiência vivida e, sobretudo, nos efeitos da projectada reforma da Previdência Social, pôde revelar todos os reajustamentos possíveis e essenciais para favorecer mais os trabalhadores e suas famílias. Mantinha-se, porém, como indubitável a convicção de que seria um erro grave abandonar o sistema da comparticipação por parte do beneficiário, por se considerar *o único* sistema que atenuava, por forma sensível, as tendências para as infracções neste campo ^(52, 55). Declarava-se que a Previdência *não deveria substituir-se integralmente ao indivíduo e à família na resolução dos seus problemas. Mal iria se se transformasse numa organização que garantisse todos os benefícios, cobrisse todas as eventualidades e se substituísse plenamente ao homem na preparação e na defesa do seu futuro. Ela não pode, na verdade, conduzir à destruição do espírito de iniciativa e da noção da responsabilidade pessoal* ⁽⁵²⁾.

Todavia, a restrição referente aos produtos nacionais, imposta em 1960, suscitou imprecisões no campo da aplicação da comparticipação no fornecimento de medicamentos nacionais e estrangeiros. Portugal, através da assinatura de diversos acordos internacionais de carácter económico com outros países, obrigava-se a determinados compromissos

comerciais com esses mesmos países. A existência de tratamentos diferenciados para a comparticipação de medicamentos nacionais e medicamentos estrangeiros entrava em conflito com essas convenções. Consequentemente, na tentativa de corrigir tais divergências e possíveis ambiguidades, procedeu-se ao anulamento da legislação em vigor e à formulação de novas orientações legais. Em 1962, tanto os beneficiários das Caixas Federadas e seus familiares com direito a assistência médica como os beneficiários das Caixas de Previdência não federadas passaram a ter igual direito de acesso a medicamentos manipulados e especialidades farmacêuticas nacionais e estrangeiras, com concessão da respectiva comparticipação, desde que os produtos estrangeiros fossem originários desses outros países com os quais Portugal tinha compromissos comerciais e, portanto, direito a tratamento nacional com aquisição nas mesmas condições em que o eram os produtos de origem nacional ⁽⁵⁶⁾. Tal foi igualmente aplicável aos medicamentos originários de países não participantes em tais acordos ou convenções, desde que, por proposta da Federação, com parecer do conselho médico, figurassem em lista aprovada por despacho ministerial ⁽⁵⁶⁾. Adicionalmente, sempre que as circunstâncias o exigissem e com o objectivo de melhorar a assistência medicamentosa, o conselho médico teria a possibilidade de negociar e celebrar novos acordos com o Grémio Nacional das Farmácias e os grémios dos armazenistas de drogas e produtos químicos e farmacêuticos ⁽⁵⁶⁾.

A Previdência Social, foi o primeiro sistema de assistência social a poder considerar-se estruturado. No entanto, era também limitado no seu âmbito de acção, pelo que foi sujeito a nova reformulação. Para além do aumento progressivo das despesas associadas à assistência médica e medicamentosa, havia várias situações de injustiça social, pela existência de diferentes esquemas de apoio dependentes da instituição em que os beneficiários estivessem (obrigatoriamente) inscritos, e das desigualdades atribuídas a beneficiários com actividades profissionais equivalentes.

A Reforma da Previdência Social, em discussão desde 1957, legitimada em 1962-1963 ^(41, 54), e posteriormente regulamentada por numerosos diplomas, foi um projecto legislativo determinante e de relevo no domínio da previdência social: - vigorou até 1984 ^(29, 57-59). Com esta reforma procurou-se abarcar, progressivamente, todos os cidadãos, com

extensão sucessiva e gradual do sistema de segurança social e de saúde a toda a população (41, 52-57, 59, 60). Simultaneamente, foram, também, empreendidas alterações no método de equilíbrio financeiro das instituições de previdência, para permitir melhorar as prestações já existentes e alargar a protecção às eventualidades de maternidade e de encargos familiares (54). Foram, ainda, criadas as *Caixas Distritais de Previdência*, a *Caixa Nacional de Pensões*, a *Caixa Nacional de Seguros e Doenças Profissionais*, resultante do aumento gradual da integração do risco de doenças profissionais no sistema de Previdência Social, e as *Convenções de Segurança Social* (20, 45, 52-54, 57). Para além da inclusão dos orfãos de beneficiários, foram incluídos, também, pela primeira vez na evolução da assistência social, os trabalhadores independentes (41, 54). Com o objetivo de tornar as instituições de previdência mais próximas dos trabalhadores e seus familiares, a sua base territorial passou a ter organização predominantemente regional, salvo no que respeita às eventualidades de invalidez, velhice e morte, para as quais foi criada a *Caixa Nacional de Pensões* (20, 61).

Dada a internacionalização atingida pelo sistema português de Previdência Social e a atenção dispensada aos trabalhadores portugueses no estrangeiro, em todos os aspectos referentes à defesa dos seus interesses, incluindo no que respeita às garantias de segurança social e benefícios dos regimes da previdência, do abono de família e da protecção nos acidentes de trabalho e doenças profissionais, entrou, também, em funcionamento, a *Caixa Central de Segurança Social dos Trabalhadores Migrantes*, na dependência da *Previdência Social* (62). Através desta instituição e de acordos celebrados entre Portugal e os correspondentes países estrangeiros a que mais afluíam os nossos emigrantes, como sejam o caso da França, da Espanha, da República Federal da Alemanha e do Grão-Ducado do Luxemburgo, passou a assegurar-se a ligação entre as instituições portuguesas de previdência nacional e as suas congéneres nesses países (20, 62).

Foi reformulado, também, o regime de protecção e direito a reparação de danos resultantes de acidentes de trabalho e doenças profissionais, embora mantendo o princípio da responsabilização directa da entidade patronal, com a obrigação de a transferir para as companhias seguradoras (20, 60).

Durante nove anos, de 1962 a 1971, o regime de comparticipações não sofreu qualquer alteração ⁽⁵¹⁾. Apesar de os esquemas de assistência farmacêutica aos beneficiários, pensionistas e seus familiares, fixados em lei em 1960 ⁽⁵²⁾, preverem a concessão de medicamentos manipulados e especialidades farmacêuticas de produção nacional e estrangeira, estas apenas quando não tivessem equivalência na indústria nacional, mediante a comparticipação no respectivo custo, existiam dificuldades na harmonização de exercícios de assistência entre os SMS e o Grémio Nacional das Farmácias e o Grémio dos Armazenistas de Drogas e Produtos Químicos e Farmacêuticos, mantendo-se mesmo, ainda em 1971, condicionalismos nas aquisições dos medicamentos estrangeiros e em condições nitidamente desfavoráveis para a Previdência Social ⁽⁶³⁾. Contudo, a esperança de alcançar o êxito nessas negociações manteve-se sempre. Urgia, por isso, ter presentes as circunstâncias referidas, para se conseguir estabelecer o equilíbrio indispensável sem quebra da liberdade da prescrição médica e do respeito fundamental pelos legítimos interesses da população abrangida pelo seguro social ⁽⁶³⁾. Adicionalmente, e pela declarada ambição de uma maior protecção à família, seria necessário rever os montantes das comparticipações em vigor, quer para o beneficiário quer para os seus familiares, ou para o pensionista, e uniformizar as mesmas ⁽⁶³⁾. Essas exigências acarretavam um consciente e considerável acréscimo de encargos para as Caixas de Previdência, estimado à data em cerca 50 000 contos, ou seja, de aproximadamente 250 000 euros na moeda actual ⁽⁶³⁾ sem contar com o monstruoso acerto inflacionário. Não obstante os elevados custos subjacentes, pesou a favor da continuidade das negociações com vista a adoptar o tão desejado alargamento da assistência médica e medicamentosa, o propósito da substancial e previsível melhoria das condições de vida e de saúde da população abrangida pelos serviços médicos da Previdência.

Desde o início, em 1962, e definitivamente em 1971, até aos dias de hoje, o processo de cobrança de comparticipação no custo dos medicamentos tem sofrido diversas e complexas alterações.

Em 1971, as Caixas de Previdência passaram a conceder, aos beneficiários activos ou pensionistas e respectivos familiares com direito a assistência médica, medicamentos manipulados e especialidades farmacêuticas, passando esses beneficiários a participar

no PVP dos medicamentos manipulados e especialidades farmacêuticas nacionais ou originários de países estrangeiros, conforme as convenções em vigor ^(56, 63). O valor dessa participação era, à data, para os produtos medicamentosos sujeitos às condições comerciais nacionais e parcos beneficiários activos ou pensionistas e respectivos familiares com direito a assistência médica, de 25 % ⁽⁶³⁾. Para os medicamentos de origem estrangeira, quer a prescrição se destinasse ao beneficiário ou ao pensionista quer aos seus familiares, o valor era de 40 %, passando para 25 % logo que se celebrasse acordo superior para esses medicamentos, em termos idênticos aos que já constavam do acordo celebrado entre a Federação dos SMS e os grêmios Nacionais das Farmácias e dos Industriais de Especialidades Farmacêuticas ⁽⁶³⁾.

Na sucessão dos melhoramentos da reforma de assistência nos cuidados médicos e dos medicamentos, foram introduzidas outras modificações, nomeadamente na designação dos Ministérios das Corporações e Previdência Social e da Saúde e Assistência. O Ministério das Corporações e Previdência Social passou a denominar-se Ministério das Corporações e Segurança Social, com incorporação da Direcção-Geral da Assistência Social, e o Ministério da Saúde e Assistência a ser designado por Ministério da Saúde (MS), passando este, desde então, a orientar os serviços médicos das instituições de Previdência Social ^(59, 64).

Em 1974, porém, com as agitações nacionais, associadas à *Revolução do 25 de Abril*, surgiram as primeiras transformações profundas das condições políticas e sociais que possibilitaram a criação do SNS, em 1979 ^(14, 29).

Não obstante os objectivos alcançados até essa data, foi claramente assumido e confirmado na Constituição aprovada em 1976, que todos os cidadãos portugueses, com o seu indiscutível e legítimo *direito* à protecção da saúde, efectivado através da criação de *um SNS universal, geral e gratuito*, mantinham o *dever*, absolutamente necessário, de a *defender e promover* ⁽⁶⁵⁾. A Constituição declarou a resolução das múltiplas situações de carência que ambiciosamente tentou prever e satisfazer. Para assegurar o direito de acesso aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação a todos os cidadãos, deveria ser competência do Estado, como incumbência própria e prioritária, *garantir a*

racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país, orientar a sua acção para a socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos, disciplinar e controlar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o SNS, e disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros ⁽⁶⁵⁾. Para além desse preceito, específico para o sector da saúde, estipulava também o *princípio da igualdade* para todos os cidadãos, traduzido por conferência, sem excepções, da *mesma dignidade social e igualdade perante a lei*, não podendo *ninguém ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão da sua ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica ou condição social* ⁽⁶⁵⁾. Reconhecia, simultaneamente, a todo o cidadão português, o *direito à segurança social*, a qual passou a proteger na doença, velhice, invalidez, viuvez e orfandade, bem como no desemprego e em todas as outras situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho ⁽⁶⁵⁾. Ficou também constitucionalmente referido o *direito a um ambiente de vida humano, sadio e ecologicamente equilibrado*, e, do mesmo modo, o *dever de o defender*, incumbindo ao Estado, por meio de organismos próprios e por apelo a iniciativas populares, a prevenção e o controlo da poluição e dos seus efeitos, o ordenamento do espaço territorial, com construção de paisagens biologicamente equilibradas e com espaços para reservas e parques naturais e de recreio, de modo a garantir a conservação da natureza e a preservação de valores culturais de interesse histórico ou artístico, e a promoção da melhoria progressiva e acelerada da qualidade de vida de todos os portugueses ⁽⁶⁵⁾. O *reconhecimento oficial de constituição da família* ficou, igualmente, assegurado bem assim como *a sua protecção e promoção de independência social e económica*, com desenvolvimento de uma rede nacional de assistência materno-infantil, com políticas específicas para a terceira idade e cooperação na educação dos filhos, não esquecendo a promoção e a divulgação dos métodos de planeamento familiar e de organização das estruturas jurídicas e técnicas que permitissem o exercício de uma paternidade consciente, e a regulação dos impostos e dos benefícios sociais, de harmonia com os encargos familiares ⁽⁶⁵⁾. Para além disso, o Estado declarava *reconhecer a maternidade como valor*

social eminente, oferecendo protecção à mãe nas exigências específicas da sua insubstituível acção quanto à educação dos filhos, garantindo a realização profissional e a sua participação na vida cívica do país ⁽⁶⁵⁾. As *crianças* passavam a ter *direito à protecção da sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento integral, com especial protecção dos órfãos e dos abandonados contra todas as formas de discriminação e de opressão* ⁽⁶⁵⁾. Os *jovens* passaram a *dispôr de uma protecção especial, para que pudessem efectivar os seus direitos económicos, sociais e culturais, com objectivos prioritários no seu desenvolvimento da personalidade, no gosto pela criação livre e no sentido de serviço à comunidade* ⁽⁶⁵⁾. Passavam a ser garantidas, adicionalmente, a atenção e a protecção específicas dedicadas aos cidadãos física ou mentalmente deficientes, os quais deveriam gozar, plenamente, dos direitos e deveres consignados na Constituição, excepto o respectivo exercício ou cumprimento quando incapacitados, obrigando-se o Estado a realizar uma política nacional de prevenção e de tratamento, reabilitação e integração dos mesmos e a desenvolver uma pedagogia que sensibilizasse a sociedade quanto aos deveres de respeito e solidariedade para com eles, e a assumir o encargo da efectiva realização dos seus direitos, sem prejuízo dos direitos e deveres dos pais ou tutores ⁽⁶⁵⁾. Declarava-se, ainda, a obrigação de o Estado promover políticas de terceira idade que visassem a garantia da segurança económica das pessoas idosas, proporcionassem as condições de habitação e os convívios familiar e comunitário apropriadas, evitassem e superassem os respectivos isolamento e marginalização social, e lhes oferecessem as oportunidades de criar e desenvolver formas de realização pessoal através de uma participação activa na vida comunitária ⁽⁶⁵⁾.

No ano de 1978, como fruto das novas políticas de saúde e de assistência social que vinham a ser aplicadas e visavam garantir a todos os membros da população o direito aos cuidados de saúde, o acesso aos SMS declaradamente passou a ser possível, em definitivo, a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva. Garantia-se, assim, formalmente, e pela primeira vez, a *universalidade, generalidade e gratuidade* dos cuidados de saúde, e a *participação estatal na comparticipação de medicamentos* ^(29, 59, 66-69).

O *direito à saúde* passou a compreender o *direito de acesso aos serviços de saúde*, nos termos estabelecidos pela sua orgânica, não sofrendo restrições, salvo as impostas pelo limite dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis, assim como de *gratuidade*, sem prejuízo da possibilidade da cobrança de taxas moderadoras diversificadas, que se justificavam pelo objectivo de racionalização da utilização dos serviços de saúde prestados ⁽¹⁴⁾.

A prossecução das políticas de saúde e de assistência social passou a englobar, como metas prioritárias, as actividades de promoção da saúde e de prevenção da doença, o tratamento dos doentes e a respectiva reabilitação, a protecção e o respeito pela natureza unitária da pessoa humana, incluindo a sua dignidade e a sua integridade moral ^(14, 65). Adicionalmente, renunciava-se a defesa da família do doente, instituição básica do desenvolvimento integral do homem e primeira responsável pelo bem-estar dos seus membros, assim como a protecção do indivíduo socialmente diminuído, desde a infância até à terceira idade ^(14, 65).

A proposta constitucional de 1976 reconhecia a relevância e a necessidade de, com outros horizontes, assegurar o direito de acesso a cuidados de saúde a todos os cidadãos portugueses, facilitar o acesso aos cuidados médicos, quer ao nível do financiamento quer ao nível do acesso propriamente dito, melhorar o acesso a cuidados integrados de saúde, e promover a prestação de cuidados saúde primários através da criação de centros de atendimento ⁽¹⁴⁾. Esse reconhecimento, alicersava-se no objectivo último da persecução e concretização, por parte do Estado, da missão assumida, que era a de promover e proteger a saúde individual e colectiva, vigiar e prevenir a doença, auxiliar o diagnóstico, e proporcionar o tratamento dos doentes nas respectivas reabilitações médica e social ⁽¹⁴⁾.

- O Serviço Nacional de Saúde

O SNS, oficialmente criado em 15 de Setembro de 1979 ⁽¹⁴⁾, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, e desde então, sujeito a inúmeros ajustes e re-definições políticas, tem sido a estrutura assumida da garantia de acesso a cuidados de saúde por

todos os cidadãos. Dentro dos condicionalismos impostos pela realidade e pelo seu limitado conjunto de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis, tem sido reconhecida aos cidadãos a liberdade de escolha do responsável pela prestação de cuidados de saúde ⁽¹⁴⁾. Estruturado por uma rede de órgãos e serviços articulados entre si, e sob uma direcção unificada e uma gestão descentralizada, visando a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população, o Estado declarou assegurar o direito à protecção da saúde, ficando o Governo da República responsável por definir e coordenar, de forma geral, a política de saúde, e a Administração Central de Saúde (ACS) a dirigir e superintender na execução das suas actividades ⁽¹⁴⁾. Também foram prometidos aos utentes, nas suas relações com o SNS, o sigilo por parte do pessoal do SNS relativamente aos factos de que estes viessem a ter conhecimento em razão do exercício das suas funções, salvo intervindo em decisão judicial ou justa causa de revelação, assim como o respeito pela sua dignidade, a preservação da intimidade da sua vida privada, e o reconhecimento dos direitos decorrentes da integração dos utentes nos seus agregados familiares e na comunidade a que pertencessem ⁽¹⁴⁾.

Com a implementação do SNS, os seus utentes passaram a ter direito às prestações de cuidados de promoção e vigilância da saúde e de prevenção da doença, de cuidados médicos de clínica geral e de especialidades, de cuidados de enfermagem, internamento hospitalar e de transporte quando medicamente indicado, de elementos complementares de diagnóstico e tratamentos especializados, de suplementos alimentares dietéticos, medicamentos e produtos medicamentosos, próteses, ortóteses e outros aparelhos complementares terapêuticos, e de apoio social, em articulação com os serviços de segurança social ⁽¹⁴⁾. O respectivo acesso a estas prestações foi assegurado pelos estabelecimentos e serviços da rede oficial do SNS, e, em casos particulares e de impossibilidade de garantia da totalidade das prestações pela rede oficial, por entidades não integradas no SNS em base contratual ou, excepcionalmente, mediante reembolso directo dos utentes ⁽¹⁴⁾.

Os cuidados de saúde englobaram os cuidados primários e diferenciados. Entre os cuidados primários incluíram-se os cuidados destinados à prevenção da doença e à promoção da saúde, e, também os cuidados de tipo ambulatorio, abrangendo os de clínica

geral, materno-infantis e de planeamento familiar, escolares e geriátricos, e os cuidados de tipo domiciliário, os cuidados de especialidades em diversas áreas, como oftalmologia, estomatologia, otorrinolaringologia e saúde mental, os processos de internamento que não implicam cuidados diferenciados, os elementos complementares de diagnóstico e terapêutica, incluindo a reabilitação, e os cuidados de enfermagem, como os de visitação domiciliária ⁽¹⁴⁾. Os cuidados diferenciados incluíram o internamento hospitalar e os actos ambulatórios especializados para diagnóstico, terapêutica e reabilita o, e ainda as consultas externas de especialidades ⁽¹⁴⁾. Adicionalmente, passou a ser possível dispor de cuidados de urgência em casos de doença e de acidente, independentemente de serem cuidados de nível primário ou de nível diferenciado ⁽¹⁴⁾.

Gozando de autonomia administrativa e financeira, o SNS passou a estruturar-se como organiza o descentralizada, com núcleos centrais, regionais e locais, e a dispôr de serviços prestadores de cuidados primários e de cuidados diferenciados apoiados por estabelecimentos e actividades de ensino para a forma o e aperfei amento de profissionais da saúde. Foram criados também os  rgoos centrais de natureza consultiva, ficando o *Conselho Nacional de Saúde* (CNS) responsável pela defini o e orienta o superior da política de saúde, auxiliando o Ministro dos Assuntos Sociais e o Secretário de Estado da Saúde nas questões consideradas necessárias, bem como os  rgoos de natureza instrumental (*Departamento de Ensino e Investiga o*, *Departamento de Assuntos Farmacêuticos* (DAF), *Departamento de Estudos e Planeamento*, *Departamento de Gestão Financeira* (DGF), e *Inspec o dos Serviços de Saúde*), e de natureza executiva (ACS) julgados convenientes ⁽¹⁴⁾. Para intervir nas actividades de responsabilidade interministerial relacionadas com o sector da saúde constituíram-se, no âmbito do CNS, comissões interministeriais especializadas, presididas por um representante da Secretaria de Estado da Saúde, e por representantes de outros departamentos ministeriais para auxiliarem, nomeadamente nos domínios de política demográfica, alimenta o e nutri o, política de habita o, polui o e saneamento de meio, forma o profissional, saúde ocupacional e *política do medicamento*, competindo, a cada uma dessas comissões propôr as medidas necessárias   execu o coordenada da política de saúde ⁽¹⁴⁾.

O DAF dispunha de competências para intervir nas áreas do licenciamento, produção, importação, comercialização, comprovação, informação e consumo de medicamentos, matérias-primas para uso farmacêutico e produtos para-farmacêuticos, e concessão do licenciamento dos estabelecimentos relacionados com a produção e comercialização de medicamentos ⁽¹⁴⁾.

O DGF ficou responsável pela elaboração do orçamento do SNS, pelo acompanhamento e avaliação sistemática da execução orçamental, pela definição e a unificação dos planos de contas do SNS e pelo controlo da respectiva gestão económico-financeira ⁽¹⁴⁾.

O Estado ficou incumbido da mobilização dos recursos financeiros indispensáveis para assegurar a progressiva implantação e realização do SNS, e o Governo ficou responsável pelo acordo anual do orçamento afecto ao SNS com a Assembleia da República, tomando em conta a evolução do *produto nacional bruto (sic)* ⁽¹⁴⁾.

A integração no SNS dos beneficiários de esquemas privativos de protecção na doença de sectores de actividades e de estratos profissionais variados foi sendo feita à medida que a estrutura entrava em funcionamento nos respectivos distritos.

Enquanto o SNS se não implantava regularmente em todo o País, foram considerados *utentes* todos os indivíduos que residiam nas sucessivas áreas de implantação, sem prejuízo de, em casos de urgência, se permitir o acesso de residentes noutras áreas ^(14, 67, 69).

Para os Açores e para a Madeira, o SNS foi objecto de diploma especial, de acordo com os princípios vigentes dos que decorriam da autonomia dessas regiões ⁽¹⁴⁾.

Em 1979, o SNS foi, também, estendido ao território de Macau, tendo em conta as condições específicas estabelecidas no seu estatuto próprio ⁽¹⁴⁾.

Nos seis meses seguintes, a contar da publicação da lei que rege o SNS, o Governo assumiu a responsabilidade da elaboração dos decretos-lei necessários à execução do próprio sistema, tendo sido, no mesmo prazo, elaborado, ainda, o *Formulário Nacional de Medicamentos* (FNM), com vista à racionalização do consumo e à valorização do sector nacional, público e privado ⁽¹⁴⁾.

- Participação no custo dos medicamentos de 1971 a 1984

Até 1971, o regime de cobrança ao beneficiário para participação em medicamentos estava fixado na base de 25 % e 40 % do PVP, conforme se tratasse, respectivamente, de medicamentos de origem nacional ou estrangeira ^(56, 63).

O consumo de medicamentos aparecia, no entanto, com uma substancial taxa de crescimento que, do ponto de vista financeiro, era agravada pelo aumento dos respectivos preços. Adicionalmente, o valor estimado em despesas afectas a esta área era, em 1982, na moeda antiga, já cerca de 14 000 000 de contos. Era, também, excessiva a despesa que o OGE tinha de suportar relativamente à assistência medicamentosa, excluindo os hospitais oficiais, assim como era exagerado o consumo de medicamentos em algumas zonas do País, constituindo motivo de preocupação pelo potencial distúrbio do equilíbrio psico-fisiológico dos indivíduos e das manifestas condições de desperdício ⁽⁷⁰⁾.

Foi posta, então, em execução uma política de racionalização da aplicação dos meios disponíveis na prestação dos cuidados de saúde. Para tal, e considerando que, no momento, se apresentava como a alternativa menos gravosa para a população, foi considerada forçosa a implementação de uma taxa fixa referente à prescrição de cada medicamento, prática já corrente noutros países ⁽⁷⁰⁾.

A 1 de Fevereiro de 1982, por orientação do Ministro dos Assuntos Sociais, entrou em vigor a cobrança, aos utentes, de uma taxa de 25\$00 por cada embalagem de cada especialidade farmacêutica prescrita no receituário em uso nos SMS ⁽⁷⁰⁾. Para aplicação desta taxa, cada prescrição só podia conter uma embalagem de cada especialidade farmacêutica, com excepção dos medicamentos apresentados em unidose, cuja prescrição em conjunto se considerava como monoprescrição ⁽⁷⁰⁾.

No entanto, por ocorrerem situações clínicas em que a prescrição de medicamentos não podia obedecer estritamente ao disposto na lei, sob pena de serem cometidas injustiças em relação a cidadãos cujo quadro clínico obrigava a tratamentos continuados por largo período de tempo, foi admitida, nesse mesmo ano, a prescrição de medicamentos para tratamentos até períodos de um mês, ficando excluídos da obrigação de prescrição de mono-embalagem os medicamentos tonicardíacos, anti-hipertensivos, anticonvulsivos,

antibióticos, antiparkinsonianos, da terapêutica hormonal substitutiva e da anti-diabética, citostáticos, imunodepressores e anti-glaucomatosos, para os quais passou a ser admitida a prescrição para um mês de tratamento, desde que claramente indicado na receita pelo médico prescriptor tratar-se de *doença crónica* ⁽⁷¹⁾.

A experiência conseguida com a introdução do pagamento da participação por receita dos SMS, demonstrou que o regime instituído contribuía, efectivamente, para o fim em vista, possivelmente por maior consciencialização do seu custo, quer por parte dos médicos, quer por parte dos utentes ⁽⁷²⁾. Na medida em que fosse possível reduzir os gastos inúteis nesse campo, tornar-se-ia viável orientar mais recursos para a satisfação de outras necessidades prementes da população, a qual não devia ser sacrificada em consequência de gastos indiscriminados e desproporcionados em relação aos benefícios.

Em 1982, foi julgado ter chegado o momento oportuno de, conservando as vantagens de um sistema que favorecia a racionalização do consumo de medicamentos, introduzir aperfeiçoamentos e clarificar aspectos do seu funcionamento ⁽⁷²⁾. Pretendeu-se iniciar a adopção de medidas destinadas a corrigir situações que seriam de injustiça social por atingirem os doentes crónicos, tendo sido introduzidas alterações para beneficiar um considerável e elevado número de utentes que não podiam dispensar o uso permanente de certos medicamentos. Consequentemente, a participação dos utentes na compra de preparações de insulina, fixada então em 40 %, por serem de origem estrangeira, passou a ser de 25 % ⁽⁷²⁾. Adicionalmente, foram acrescentados à lista de medicamentos que podiam ser adquiridos em mais do que uma embalagem os anti-asmáticos, com participação fixa só pelo total, exigindo-se a indicação de *tratamento prolongado* na receita médica, e foi suprimida a restrição do limite de um mês de tratamento nos casos de prescrição para *tratamento prolongado*, deixando ao médico a liberdade para estabelecer tal limite ⁽⁷²⁾.

A revelação positiva nos efeitos, conseguida pela aplicação do regime de cobrança de um valor de participação no preço dos medicamentos, reflectia-se no notório decréscimo do consumo de medicamentos considerados não essenciais e na diminuição da despesa; expressava, também, benefícios no campo da saúde, pois permitia contrariar a tendência reconhecidamente perigosa do consumo excessivo de medicamentos. Isso fez com que o Governo estipulasse um montante fixo de 25\$00 de PVP por embalagem de

medicamento sempre que este fosse de valor igual ou inferior a essa quantia ^(70, 72). O Governo estipulou, também, o pagamento de uma parte variável na comparticipação dos utentes dos SMS e nos preços dos medicamentos prescritos, incluídos no receituário em uso naqueles serviços, igual a 25 % ou 40 % do preço total, consoante se tratasse de medicamento de origem nacional ou estrangeira, respectivamente, mantendo-se a comparticipação dos utentes em 25 % do PVP para as preparações de insulina, independentemente da consideração da sua origem ⁽⁷⁰⁻⁷³⁾. Contudo, o aviamento de medicamentos prescritos no receituário não implicava necessariamente a utilização desse esquema de comparticipação podendo o utente, quando tal lhe fosse mais favorável, prescindir desse valor, pagando a totalidade do PVP ⁽⁷³⁾. Manteve-se, ainda, a prescrição de apenas uma embalagem de especialidade farmacêutica, salvo os casos de prescrição de medicamentos apresentados em unidose destinados a um só tratamento, os medicamentos destinados a tratamento prolongado (tonicardíacos, anti-hipertensivos, anticonvulsivos, antibióticos, antiparkinsonianos, medicamentos de terapêutica substitutiva hormonal e antidiabética, citostáticos e imunodepressores, antiglaucomatosos e antiasmáticos), desde que sujeitos à menção de *tratamento prolongado* escrita pelo médico ⁽⁷³⁾. Para além destes ajustamentos, as comparticipações dos utentes nos preços dos medicamentos passaram a ser cobradas directamente pelas farmácias fornecedoras dos mesmos ⁽⁷³⁾.

As comparticipações dos utentes na despesa com os medicamentos prescritos no receituário em uso nas administrações regionais de cuidados de saúde pretendiam, entre outros objectivos, fazer reflectir sobre o acesso àqueles cuidados, tendo em atenção não só os prejuízos para a saúde, como resultado do seu consumo excessivo e incontrolado, mas também a necessidade de sensibilizar os utentes para os custos, cada vez mais elevados, dos mesmos. Contudo, essas comparticipações não podiam ser praticadas de forma generalizada e indiscriminada. Era necessário prever situações de excepção que justificassem abordagens distintas, como era o caso, por exemplo, dos medicamentos cujo consumo não podia ser moderado, por serem de aplicação exclusiva e indispensável em situações clínicas específicas, os tuberculostáticos, os antilepróticos e os citostáticos ⁽⁷⁴⁾. Por isso, e seguindo recomendações da OMS, organismo a que Portugal aderiu em 1946 e de cujas recomendações desde então determinam também a legislação

relativamente à Saúde ⁽⁷⁵⁾, o acesso a esses medicamentos, obrigatoriamente constantes das listas do FNM, actualizadas sempre que a evolução técnica assim o aconselhasse, e desde que prescritos nas unidades prestadoras de cuidados de saúde e em impressos próprios, passou a ser integralmente gratuito ⁽⁷⁴⁾.

Na sequência das reformas feitas, os medicamentos subsidiados pelo Estado e sujeitos a pagamento de comparticipação pelos utentes passaram a incluir *antiepilépticos, antiparkinsonianos, antiasmáticos, inaladores, antidiabéticos orais, injectáveis* (preparações de insulina), *citostáticos immunosuppressores e outros medicamentos utilizados em oncologia, e medicamentos específicos para a hemodiálise* ⁽⁷⁴⁾.

Na sequência de eleições legislativas nacionais, realizadas em 9 de Junho de 1983, foi formado um novo Governo nacional, de acordo com a incidência parlamentar do Partido Socialista e do Partido Social-Democrata, que se manteve em funções até 6 de Novembro de 1985, tendo sido, nessa data dissolvido por desentendimentos entre os referidos partidos.

Uma das primeiras preocupações na área da saúde, expressas no programa desse IX Governo Constitucional, resultava da necessidade de reformular o regime de comparticipações para acesso às prestações de saúde, designadamente as relativas aos medicamentos ⁽⁷⁶⁾. A ausência de base legal suficiente para suportar a legislação em vigor como documento regulamentador da anuência de taxas moderadoras fixas para acesso aos medicamento ^(72, 73), revelava-se inconstitucional ⁽⁷⁶⁾. Para além de não ter cobertura no OGE para 1982, o Ministério dos Assuntos Sociais, que a fez publicar em 6 de Novembro de 1982, não dispunha de competência legislativa, da exclusiva responsabilidade da Assembleia da República, para estabelecer a dupla comparticipação dos utentes: a taxa fixa de 25\$00 e a taxa variável de 25 % ou 40 % sobre os medicamentos ⁽⁷⁶⁾. Também não se descortinava razão para ser fixa a taxa de comparticipação, uma vez que continuava por se descobrir a contraprestação para o respectivo *preço* ^(76, 77).

A declaração de inconstitucionalidade então realizada foi bem acolhida, mas não foi observada de imediato por ser considerado mais oportuno e aconselhável proceder primeiro à reformulação total da política de medicamentos, pela sua inevitável e elevada

complexidade, tecnicidade e dificuldade. Só em 1984 foi possível a efectividade da sua vigência ⁽⁷⁶⁾.

- Escalões das participação do Estado nos medicamentos

A partir de 1984, a política do medicamento sofreu inflexões importantes, incluindo alterações no que se refere à formulação do seu preço e à política industrial do mesmo, objectos de diplomas próprios, só em pequena parte da responsabilidade exclusiva do MS.

O sistema até então em vigor, com objectivos de natureza predominantemente económica e defendido para protecção da indústria nacional, o que só aparentemente acontecia, *fixava as participações exclusivamente de acordo com a origem do produto, desprezando por completo a sua importância terapêutica* ^(63, 70-73, 76). Adicionalmente, comportava custos sociais elevados e usava situações de clara injustiça, ao determinar consideração semelhante para os medicamentos indispensáveis à vida e para os medicamentos de utilização geral, em alguns casos dispensáveis. Consequentemente, não poderia ser disciplinado e controlado o uso de produtos farmacêuticos da responsabilidade também do Estado, nos termos constitucionalmente estabelecidos e referentes à protecção na saúde ^(65, 76).

As imperfeições do sistema até então em vigor, conduziram à inevitável instauração de um novo regime e definição de orientações mais rigorosas. Com início de funções em 1 de Março de 1984, tal regime procedeu a rectificações sociais no sentido de maior *justiça social*, tentando melhorar o esquema das prestações medicamentosas, por um lado, e, por outro, graduando o nível de intervenção estatal em função das respectivas terapêuticas, orientações essas já evidentes, embora de forma parcial, na legislação existente que tornou gratuitos alguns produtos específicos ^(74, 76). Para concretização dos novos propósitos, recorreu, sobretudo, às resoluções e recomendações da OMS no âmbito da política farmacêutica, caracterizada essencialmente pela conveniência da garantia de uma maior acessibilidade aos medicamentos indispensáveis, através de uma mais criteriosa distribuição dos respectivos encargos ⁽⁷⁶⁾. Estabeleceram-se normas que fixaram, com a

verificação das devidas prioridades, o aumento das comparticipações da responsabilidade do Estado relativamente a medicamentos para tratamento de doenças crónicas, altamente traumatizantes do ponto de vista psíquico e social, graduando essa mesma comparticipação de acordo com a admitida utilidade do produto ⁽⁷⁶⁾. Em coerência com os princípios e os objectivos definidos, e no desejo de atingir uma maior *racionalidade e justiça* na aplicação dos meios financeiros disponíveis, criaram-se distintos escalões de comparticipação em função da prioridade terapêutica dos medicamentos ⁽⁷⁶⁾. Os escalões de comparticipação do Estado, divididos em patamares finitos e diminuindo progressivamente, abarcavam múltiplos casos, desde o valor total ou quase total do preço do produto, até uma mais reduzida comparticipação nos medicamentos considerados de utilização esporádica ou de pouca duração, nos de utilidade terapêutica reduzida, ou, ainda, naqueles que, por serem de utilização predominantemente hospitalar, não eram adquiridos directamente pelo doente ou seu representante ⁽⁷⁶⁾. Mantinha-se claro, contudo, o objectivo da necessária e permanente redução do consumo inútil de medicamentos, em vista dos graves riscos para a saúde pública e dos desperdícios, por dispensáveis ou não utilizados ⁽⁷⁶⁾.

Ao ser pretendido o ajustamento do consumo de medicamentos à realidade, foi entendido que a *racionalidade* impunha a *adequação terapêutica assente em bases científicas*, e a *justiça* a *definição de um critério que não só contemplasse a ética médica como também assegurasse a capacidade de acesso aos meios terapêuticos* ⁽⁷⁶⁾. O problema da *ética* e da *justiça* tornava-se então explícito.

Paralelamente às campanhas de educação sanitária e de sensibilização para os perigos graves da automedicação pouco consciente e do consumo excessivo de medicamentos, visando o cumprimento dos princípios pressupostos de racionalidade e de justiça, foram fixados quatro escalões de participação do Estado para os medicamentos, desde que constantes da *Lista Oficial dos Medicamentos Comparticipáveis pelos Serviços de Saúde*, prescritos em modelo de receita própria do SNS e de acordo com a designação dos respectivos princípios activos e designações comerciais ou marcas aprovadas por despacho ministerial (ver *Tabela 1*) ⁽⁷⁶⁾.

Tabela 1

<i>Escalão de participação no PVP de medicamentos a cargo do Estado</i>	<i>Descrição</i>	<i>Medicamentos comparticipáveis</i>
A – 100 %	Medicamentos imprescindíveis e aplicados em situações bem definidas, com carácter de gravidade extrema e com consequências sociais graves	Antiasmáticos simples Antidiabéticos injectáveis e orais Antiepilépticos Antiglaucomatosos Antiparkinsonianos Citostáticos, imunossuppressores e outros medicamentos utilizados em oncologia Tuberculostáticos e antilepróticos Hormonas antidiurética e do crescimento Anti-hemofílicos Medicamentos específicos para hemodiálise
B – 80 %	Medicamentos imprescindíveis destinados ao tratamento de doenças crónicas graves que obrigam a uma terapêutica prolongada, por vezes <i>ad vitam</i> , e implicam um esforço financeiro considerável da parte do doente	Antiarrítmicos Antibióticos Anticoagulantes e fibrinolíticos Anti-hipertensores Antimaláricos Cardiotónicos Diuréticos Hormonas da tiróide e antitiróideos Vasodilatadores coronários Antigotosos Anovulatórios
C – 50 %	Medicamentos de interesse terapêutico confirmado que não integram os outros escalões	Todos os medicamentos constantes de todas as restantes classes terapêuticas, com excepção das referidas no escalão dos 35 %
D – 35 %	Medicamentos com algum interesse terapêutico mas não imprescindíveis, destinados à terapêutica de situações clínicas pouco graves e habitualmente não muito prolongadas	Tónicos, estimulantes e inibidores do apetite Vacinas não gratuitas Vitaminas, sais minerais e edulcorantes sintéticos Sedativos e ansiolíticos de origem vegetal ou contendo sais inorgânicos Analgésicos, antipiréticos, associações com antiespasmódicos Antitússicos e expectorantes Anti-sépticos broncopulmonares Medicamentos substitutivos das secreções digestivas Antiácidos Anti-sépticos e outros medicamentos usados nas doenças intestinais Preparados de aplicação tópica na orofaringe

(continua)

		Preparados de aplicação tópica no recto Medicamentos que actuem no fígado e nas vias biliares Medicamentos de aplicação tópica na pele
--	--	--

Tabela 2.: Escalões de comparticipação propostos em 27 de Fevereiro de 1984.

- Mecanismos institucionalizados para racionalização das despesas afectas à comercialização e comparticipação de medicamentos

Para além da instituição dos referidos escalões de comparticipação da responsabilidade do Estado, foram alterados e simplificados os sistemas de prescrição e aviamento de medicamentos.

O controlo mecanográfico dos medicamentos foi aperfeiçoado e tornado mais eficiente através da impressão, nas respectivas embalagens dos medicamentos comparticipáveis, de etiquetas contendo um código do produto e um código de geração de preços associado com a percentagem do montante a ser pago pelo Estado e o valor a suportar pelo utente ⁽⁷⁶⁾. Tal visava uma gestão mais correcta e adequada. Através das respectivas análise e avaliação dos efeitos produzidos, pretendia-se contribuir de forma significativa para ajustamentos que a prática viesse a demonstrar como sendo mais aconselháveis e mais justos do ponto de vista social ⁽⁷⁶⁾. Permitiu, também, facilitar a uniformização dos esquemas de prestações de saúde garantidos pelos dois sistemas públicos de protecção social, ou seja, entre o *SNS* e a *Direção-Geral de Protecção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas* (Assistência na Doença aos Servidores do Estado – ADSE).

O sistema visava racionalizar o consumo de medicamentos, estabelecendo um melhor aproveitamento dos recursos financeiros, finitos e limitados, disponíveis pelo SNS e pela ADSE, e propiciar ou conduzir a um mais justo equilíbrio entre o custo de medicamentos a suportar pelo Estado, o esforço pedido aos contribuintes e os benefícios resultantes para os doentes da respectiva utilização.

Em 1988, na linha dos objectivos previamente traçados com base em critérios de lógica terapêutica e de economia de meios, continuando o Estado a garantir a maior acessibilidade aos medicamentos imprescindíveis em termos de protecção de saúde, reformulou-se o sistema de comparticipação do Estado no custo dos medicamentos prescritos aos utentes no âmbito do SNS e da ADSE ⁽⁷⁸⁾. A racionalização do consumo dos medicamentos, que implica, entre outros aspectos, a sensibilização do clínico que os prescreve e a adequada informação prestada pelos laboratórios farmacêuticos, foi aproveitada para disciplinar a propaganda médica. Assim, passou a não ser permitido inscrever na lista dos medicamentos comparticipáveis os medicamentos cuja propaganda junto do corpo médico não mencionasse o preço e o custo de tratamento diário, ou não contivesse indicações que permitissem dar a conhecer as respectivas denominações comuns ⁽⁷⁸⁾. Foram previstas também celebrações de acordos entre a Administração Pública e a Indústria Farmacêutica com vista à fixação convencional de preços como contrapartida à admissão de produtos medicamentosos sujeitos a comparticipação, e consultas públicas ao mercado para comparticipação de medicamentos similares ⁽⁷⁸⁾.

Para além dessas inovações, mantiveram-se os três escalões de comparticipação para os medicamentos incluídos na *lista oficial dos medicamentos comparticipáveis pelos serviços de saúde*, aprovada superiormente por despacho do MS, só podendo ser admitidos nessa lista os medicamentos que presumivelmente oferecessem mais garantias de eficácia terapêutica e, de entre estes, aqueles que, estando dotados de qualidade semelhante, proporcionassem maior economia de meios (ver *Tabela 2*) ^(78, 79).

Os medicamentos não prioritários e de interesse terapêutico reduzido, destinados ao tratamento de situações clínicas pouco graves, assim como as especialidades farmacêuticas equiparadas a produtos de higiene ou de conforto, teriam de implicar *inteira participação pessoal* na respectiva aquisição, dada a *relativa falta de justificação do acréscimo de encargos que resultariam do respectivo consumo sem que daí resultasse melhoria de nível nas prestações de saúde, nem mesmo melhoria das condições de saúde dos utentes* ⁽⁷⁸⁾.

Pela primeira vez, as medidas implementadas conferiram ao sistema de comparticipação de medicamentos um carácter dinâmico, que ele não continha, o qual permitiu, posteriormente, face a um processo de avaliação permanente, introduzir novos

ajustamentos julgados necessários à consecução de melhores resultados no domínio da protecção da saúde ⁽⁷⁸⁾.

Tabela 2

<i>Escalão de participação no PVP de medicamentos a cargo do Estado</i>	<i>Medicamentos participáveis</i>
A – 100 %	Antidiabéticos orais e injectáveis (IX-5) Antiepilépticos (II-5) Antiglaucomatosos sistémicos e tópicos Anti-hemofílicos * Antiparkinsonianos (II-4) Citostáticos, imunossuppressores e outros medicamentos usados em oncologia (XVII) * Tuberculostáticos e antilepróticos (I-5) ** Hormonas hipofisárias, antidiurética e do crescimento (IX-1) * Medicamentos específicos para hemodiálise
B – 80 %	Anovulatórios Antiarrítmicos (IV-2) Antiasmáticos simples (VI-2) Anticoagulantes e fibrinolíticos (V-2) Anti-hipertensores (IV-4) Antimaláricos (I-6) Anti-reumáticos simples de acção sistémica (X) Antiulcerosos (VII-2 e VII-5) Cardiotónicos (IV-1) Diuréticos (VIII-1) Etiotrópicos de acção sistémica (I-3, I-4, I-8, I-11 do VIII-2) Hormonas da tiróide e antitiroideos (IX-3) Vasodilatadores coronários (IV-5)
C – 50 %	Grupo I - Etiotrópicos imunoterápicos e desinfectantes Imunoglobulinas e soros (I-1) Vacinas não incluídas nos planos nacionais de vacinação (I-2) Anti-helmínticos (I-7) Outros antiparasitários (I-9) Grupo II - Sistema nervoso cérebro-espinal Relaxantes musculares (II-3) Antieméticos e antivertiginosos (II-6) Analépticos (II-7) Sedativos, hipnóticos e tranquilizantes (II) Antidepressivos e psicotónicos (II-9) Neurolépticos (II-10) Analgésicos e antipiréticos simples (II-11) Analgésicos estupefacientes (II-12) Outros medicamentos do SNC (II-13), à excepção dos considerados antiasténicos e ou tónicos

(continua)

Grupo III - Sistema nervoso vegetativo
 Todos os medicamentos incluídos

Grupo IV - Aparelho cardiovascular
 Vasopressores (IV-3)
 Vasodilatadores periféricos (IV-5)
 Medicamentos venotrópicos (VI-6)
 Antilipémicos (IV-7)

Grupo V - Sangue
 Antianémicos (V-1)
 Hemostáticos (V-3)

Grupo VI - Aparelho respiratório
 Antidiscrínicos e mucolíticos simples (VI-1)
 Broncodilatadores e antiasmáticos em associações (VI-2)

Grupo VII - Aparelho digestivo
 Medicamentos substitutivos das secreções digestivas (VII-1)
 Antiácidos (VII-2)
 Obstipantes e adsorventes (VII-4)
 Anti-sépticos e outros medicamentos usados nas doenças intestinais (VII-5), à excepção dos antiulcerosos intestinais
 Preparados de aplicação tópica no recto (VII-7)
 Medicamentos simples que actuam no fígado e vias biliares (VII-8)

Grupo VIII - Aparelho geniturinário
 Acidificantes e alcalinizantes (VIII-2)
 Fórmulas de aplicação na vagina (VIII-3), à excepção dos produtos considerados de higiene
 Medicamentos que actuam no útero (VIII-4)

Grupo IX - Hormonas e outros medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
 Hormonas hipofisárias e placentárias (IX-1), à excepção das hormonas antidiuréticas e do crescimento
 Corticosteróides (IX-2)
 Estrogénios e progestagénios (IX-5), à excepção dos usados como anovulatórios
 Androgénios e anabolizantes (IX-6)
 Associações de hormonas (IX-7), à excepção das usadas como anovulatórios
 Outros medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas (IX-8)

Grupo X - Medicamentos anti-reumáticos e outros anti-inflamatórios
 Outros anti-inflamatórios

Grupo XI - Medicação antialérgica
 Todos os medicamentos incluídos

Grupo XII - Nutrição
 Vitaminas e sais minerais simples (XII - 4) e as seguintes associações: A + D; A + E; A + E + B6; cálcio + vitamina D (XII-1)

Grupo XIII - Correctivos da volémia e das alterações hidroelectrolíticas nutrientes injectáveis
 Todos os medicamentos incluídos

Grupo XIV - Medicamentos de aplicação tópica na pele
 Etiotrópicos (XIV-1)
 Anti-inflamatórios (XIV-2)
 Androgénios e anabolizantes (IX-6)
 Associações de hormonas (IX-7), à excepção das usadas como anovulatórios
 Outros medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas (IX-8)

Grupo XV - Medicamentos de aplicação tópica em otorrinolaringologia
 Medicamentos para aplicação tópica na orofaringe e fossas nasais anti-inflamatórios (XV-2)

Grupo XVI - Medicamentos de aplicação tópica em oftalmologia
 Etiotrópicos e adstringentes (XVI-1)
 Midiáticos (XVI-2)
 Mióticos (XVI-3) e outros medicamentos usados em oftalmologia (XVI-4), à excepção dos antiglaucomatosos

(continua)

Grupo XXI - Produtos não classificados Todos, à excepção dos considerados antiasténicos e ou tónicos

Tabela 3.: Escalões de comparticipação propostos em 4 de Maio de 1988.

** Participação nula do utente quando prescritos e fornecidos pelos serviços especializados respectivos dos estabelecimentos de cuidados diferenciados e aplicados sob a sua vigilância e controlo. Em caso de aviamento pelas farmácias a comparticipação do Estado é de 50 %*

*** Participação nula do utente quando prescritos e fornecidos pelas unidades oficiais de cuidados de saúde. Em caso de aviamento pelas farmácias a comparticipação do Estado é de 50 %*

- A Lei de Bases da Saúde de 1984 e as suas implicações gerais

A Lei de Bases da Saúde, em vigor desde 1984 ⁽⁷⁶⁾, foi reformulada em 1990 ⁽⁸⁰⁾. Tomou carácter legal de responsabilidade penal, contra-ordenacional, civil e disciplinar em caso de inobservância, mantendo, no entanto, o respectivo objectivo essencial de protecção da saúde e de prevenção da doença, prioridades no planeamento das actividades do Estado e direito dos indivíduos e da comunidade efectivada pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados ⁽⁸⁰⁾. Na sequência das medidas que vinham sendo implementadas, o Estado manteve as suas responsabilidades de promoção e garantia da igualdade de acesso a cuidados de saúde para todos os cidadãos, independentemente da sua situação económica e zona de residência, sempre nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis, assim como a incumbência de garantia de equidade na distribuição de recursos e na utilização desses serviços ⁽⁸⁰⁾. Paralelamente, os cuidados de saúde continuaram a ser prestados por serviços e estabelecimentos do Estado e, sob fiscalização deste, por entidades públicas e privadas, sem ou com fins lucrativos, articulados entre si e com os serviços de segurança e bem-estar social, mediante uma gestão dos recursos disponíveis por forma a obter deles o maior proveito socialmente útil e a evitar o desperdício e a utilização indevida dos serviços ⁽⁸⁰⁾. O MS manteve a competência para propôr e definir a política nacional de saúde, em articulação com as propostas de promoção de saúde sugeridas pelos outros ministérios que tutelavam áreas conexas, especialmente os que actuavam nas áreas específicas da segurança e bem-estar social, da educação, do emprego, do desporto, do ambiente, da economia, do sistema fiscal, da habitação e do urbanismo ⁽⁸⁰⁾. Foram, ainda,

estabelecidas medidas especiais de protecção relativas a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes, os trabalhadores cuja profissão o justificasse e os toxicodependentes ⁽⁸⁰⁾.

Por forma a estabelecer uma política de saúde de carácter evolutivo, em constante melhoria e permanente adaptação às condições da realidade nacional e suas necessidades, mas sempre em conformidade com os recursos disponíveis, foi promovida a envolvimento dos serviços, dos profissionais e da comunidade. Essas políticas implicaram o desenvolvimento e a implementação de apoios ao *desenvolvimento do sector privado* da saúde e, em particular, às iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, em constante concorrência com o sector público ⁽⁸⁰⁾. Adicionalmente, foram feitos esforços no sentido de promover a participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e planeamento e controlo do funcionamento dos serviços, assim como de educação das populações para a saúde, e de formação e de investigação na área da saúde ⁽⁸⁰⁾. Foram, ainda, definidos e estabelecidos os *direitos e deveres* dos cidadãos, primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual e colectiva, incluindo o dever de a defender e promover, considerando a respectiva capacidade de intervenção activa para a melhoria progressiva dos cuidados e serviços, visando os princípios da dignificação e da integridade humana dos doentes, no pleno respeito pela sua particular condição de saúde ^(80, 81). Todavia, e apesar da possibilidade e reforço de novas oportunidades de diálogo entre os doentes, os prestadores de cuidados de saúde e as administrações das instituições de saúde, ficou, também, salvaguardado o direito de os serviços públicos de saúde se constituírem e funcionarem de acordo com os seus legítimos interesses e capacidades, preservando-se a liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, com as decorrentes limitações dos recursos humanos e técnicos existentes e da organização dos serviços, com reconhecimento da liberdade de prestação de cuidados de saúde por entidades com ou sem fins lucrativos que visassem aquela prestação e as limitações decorrentes da própria lei, designadamente no respeitante às exigências de qualificação profissional ⁽⁸⁰⁾.

Na sua globalidade, e desde então, o *Sistema de Saúde* passa a ser constituído pelo chamado restrita e oficialmente SNS e por todas as entidades públicas fomentadoras de

actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres, desde que tenham acordos com o SNS para a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades ⁽⁸⁰⁾. O SNS abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do MS e, quando necessário, as entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde, garantido o direito de acesso do cidadão, com as mesmas regras no custo dos serviços e no controlo de qualidade ⁽⁸⁰⁾.

Na sequência das recentes reformas operadas, os utentes do SNS passaram a ter direito a escolher o serviço e os agentes prestadores dos cuidados de saúde propostos no âmbito do SNS e, na medida dos recursos existentes, de acordo com as regras de organização, com possibilidade de decisão da recusa da prestação desses cuidados ^{8 (82)}, por motivos filosóficos e religiosos, ressalvada a disposição especial da lei constitucional, que considera o interesse da saúde pública (vacinação obrigatória, exames obrigatórios, tratamentos obrigatórios no quadro de luta contra doenças epidémicas) ^(80, 82). Passaram também a ser formalmente tratados pelos meios adequados, no atendimento e na sua prontidão, correcção técnica, privacidade e respeitabilidade, e a ter rigorosamente respeitada a confidencialidade dos seus dados pessoais. Foi considerado, ainda, o direito a serem informados sobre a sua situação, sobre as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado ^{9 (82)}, assim como a receber, se o desejassem, assistência religiosa, a reclamar e a fazer queixa sobre a forma de serem tratados e, se legalmente comprovado, a receber a indemnização por prejuízos sofridos ^(80, 82). Desde então, passaram também a poder constituir entidades de representação e defesa dos seus interesses, assim como a poder constituir organismos de colaboração com o sistema de saúde, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção e defesa da saúde ou de grupos de amigos de estabelecimentos de saúde ⁽⁸⁰⁾. Contudo, ficava, também, reservada a obrigação dos utentes ao respeito pelos direitos dos outros utentes, à observação das regras de organização e funcionamento dos serviços e estabelecimentos, à colaboração com os

⁸ *Princípio do consentimento necessário*, que exprime a liberdade de aceitação ou recusa do doente, como pessoa humana, em face das propostas de intervenção sobre o seu próprio organismo.

⁹ *Princípio do consentimento informado*, ou seja, o direito do utente a ser informado sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado.

profissionais de saúde em relação à sua própria situação, e à utilização dos serviços, de acordo com as regras estabelecidas, assim como ao pagamento dos encargos derivados da prestação dos cuidados de saúde, se tal fosse o caso, ficando os menores e os incapazes abrangidos pela lei, que devia prever as condições em que os representantes legais destes pudessem exercer os direitos que lhes coubessem, designadamente o de recusarem a assistência acessível e disponível, com observância dos princípios constitucionalmente definidos ^(80, 81).

Para além do estabelecido, a lei esclareceu os requisitos necessários e indispensáveis para desempenho de funções das diversas classes de profissionais de saúde, assim como os respectivos direitos e deveres, designadamente os de natureza deontológica, mais como parâmetros de valoração de condutas profissionais do que como factores normativos de tipificação de prestações passíveis de constituir objecto de direitos ⁽⁸²⁾, tendo em atenção a relevância social das suas actividades ⁽⁸⁰⁾.

Com uma política de recursos humanos para a saúde, visando a satisfação das necessidades da população, e a garantia da formação, da segurança e do estímulo dos profissionais, previa-se o incentivo da dedicação plena do profissional de saúde no SNS, tentando-se, desse modo, evitar conflitos de interesse entre a actividade pública e a actividade privada, facilitar a mobilidade entre o sector público e o sector privado, e conseguir uma adequada cobertura no território nacional ⁽⁸⁰⁾. Passaram também a constituir objectivos fundamentais, a prosseguir, a melhoria da formação e o aperfeiçoamento profissional, através da formação permanente do pessoal de saúde e do apoio à investigação com interesse para a saúde ⁽⁸⁰⁾. Através de uma colaboração mais estreita do MS e com o Ministério da Educação, foi possível desenvolver mais e melhores actividades de formação, envolvendo os estabelecimentos de ensino prático e de estágios, as Universidades, a Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica e outras entidades, públicas ou privadas, e, além disso, promover a participação portuguesa em programas de investigação no campo da saúde, desde que as mesmas acções observassem como princípio base e orientador o de que *a vida humana é o valor máximo a promover e a salvar em quaisquer circunstâncias* ⁽⁸⁰⁾. Tal visava assegurar uma qualificação técnico-científica tão elevada quanto possível, de acordo com o ramo e a classificação dos

trabalhadores em causa, na tentativa de despertar nestes o sentido da responsabilidade profissional, sem esquecer a preocupação da melhoria da utilização dos recursos disponíveis, e inculcar *o respeito pela vida e pelos direitos das pessoas e dos doentes* como o primeiro dever que lhes cumpria observar ⁽⁸⁰⁾.

A base para organização geográfica do sistema de saúde, indispensável para tornar mais rápida e eficaz a prestação dos cuidados de saúde, passou a ser de definição concelhia com a dotação de meios de acção bastantes para satisfazer autonomamente as necessidades correntes de saúde dos seus habitantes, como áreas de saúde distintas ⁽⁸⁰⁾. Em certos casos particulares, essas unidades incluíam algumas localidades geograficamente pertencentes a outros concelhos, mas territorialmente próximas, através de acordos inter-regionais para a utilização de determinados recursos ⁽⁸⁰⁾. As grandes aglomerações urbanas, pelas suas dimensões populacionais, passaram a ter organizações legais de saúde próprias, tendo em conta as respectivas condições demográficas e sanitárias ⁽⁸⁰⁾. Salvaguardaram-se as situações de grave emergência de saúde e de catástrofe, prevendo as medidas de excepção indispensáveis, coordenadas pelos serviços centrais do MS com os órgãos superiores do SNS e os diversos escalões das autoridades de saúde ⁽⁸⁰⁾.

A actividade farmacêutica, abrangendo a produção, comercialização, importação e exportação de medicamentos e produtos medicamentosos, manteve legislação especial e submissão à disciplina e fiscalização conjuntas dos ministérios competentes, de forma a garantir a defesa e a protecção da saúde, a satisfação das necessidades da população e a racionalização do consumo de medicamentos e produtos medicamentosos. Conjuntamente, foi também definido, na lei, o conceito de *acto médico*, como actividade de avaliação diagnóstica, prognóstica e de prescrição e execução de medidas terapêuticas relativas à saúde das pessoas, grupos ou comunidades, incluindo os exames de perícias médico-legais e respectivos relatórios, bem como os actos de declaração do estado de saúde, de doença ou de óbitos de pessoas ^(80, 83).

O financiamento do SNS manteve-se afecto ao OGE e dele dependente. Os serviços e estabelecimentos do SNS ficaram com a possibilidade de cobrança de diversas receitas, incluindo a inerente exigência de cuidados em quarto particular ou outra modalidade não prevista para a generalidade dos utentes, o recebimento do pagamento de cuidados por

parte de terceiros responsáveis, legal ou contratualmente eleitos, nomeadamente subsistemas de saúde ou entidades seguradoras, a recuperação do pagamento por cuidados prestados a não beneficiários do SNS em casos de inexistência de terceiros responsáveis, a cobrança de taxas por serviços prestados ou a utilização de instalações ou equipamentos nos termos legalmente previstos, os proveitos de rendimentos próprios e de benemerências ou doações, e o recebimento da efectivação legal de responsabilidade dos utentes por infracções às regras da organização e do funcionamento do sistema e por uso doloso dos serviços e do material de saúde ⁽⁸⁰⁾.

Com o objectivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde, passou a ser possível a cobrança de *taxas moderadoras*, inicialmente previstas mas até então não aplicadas ⁽¹⁴⁾, respeitantes à prestação de serviços ou à utilização de instalações ou equipamentos, nos termos legalmente previstos, que constituiriam receita do SNS ^(80, 82). Ficavam, porém, sujeitos a benefício de redução do valor a pagar, ou mesmo de isenção de pagamento, os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos, como, por exemplo, os desempregados inscritos nos centros de emprego, os insuficientes renais crónicos e os utentes com idade igual ou superior a 65 anos ^(80, 82). Passou a ser também legalmente possível a especificação das prestações garantidas aos beneficiários do SNS ou a exclusão dessas prestações nos cuidados julgados não justificados pelo estado da saúde. Em circunstâncias excepcionais, o SNS suportaria as respectivas despesas quando, reconhecida a necessidade, fosse verificada a impossibilidade de garantia em Portugal, do tratamento nas condições exigíveis de segurança, realizando no estrangeiro ^(62, 80).

- A Lei de Bases da Saúde de 1984 e as suas implicações no mercado farmacêutico

A ausência de medidas legislativas actualizadas e adequadas, algumas das quais em vigor desde 1931, a própria natureza evolutiva do sector e a necessidade de transposição de diversas directivas comunitárias para o direito português, condicionaram o início de uma

nova era no sector farmacêutico, designadamente nos domínios da introdução de medicamentos no mercado, do controlo de qualidade e do fabrico de medicamentos de uso humano, dando início a um novo quadro jurídico para as actividades relacionadas com o medicamento de uso humano, mantendo porém o essencial já estabelecido para o regime de comparticipação dos medicamentos ^(78, 84, 85).

Tratou-se, fundamentalmente, de criar um *Estatuto do Medicamento* que reunisse, num único diploma, a legislação dispersa ¹⁰ de modo a permitir modernizar todo o sistema, desde a introdução no mercado até à venda, tendo em conta a necessidade e a importância da actividade fiscalizadora como elo fundamental das garantias de qualidade, de segurança e de eficácia dos medicamentos ⁽⁸⁵⁾.

O envolvimento de Portugal em políticas comunitárias obrigou à actualização e conciliação de aspectos inovadores relativamente à introdução de medicamentos nos respectivos mercados, quer no tocante a processos nacionais, cuja instrução obedece a preceitos que obrigam a grande rigor científico, quer em relação a processos multi-estatais, que oferecem a particularidade de tornar possível a requisição, em simultâneo e em diversos países da Comunidade Europeia. Salienta-se, igualmente, a inclusão das normas respeitantes aos medicamentos derivados do sangue e do plasma humano, bem como dos medicamentos imunológicos e rádio-fármacos, da rotulagem e do *folheto informativo*. Destaca-se, quanto a este, a preocupação de uma informação correcta ao público consumidor (especialmente quando se trata de medicamentos de venda livre) e à publicidade, igualmente objecto de cuidados especiais quer na mensagem publicitária dirigida ao grande público quer na destinada aos profissionais de saúde ^(85, 86).

As novas disposições legislativas reuniam vasto consenso das entidades a que se destinavam, obrigando, no entanto, a um grande esforço de readaptação em ordem ao cumprimento da sua execução e à verificação das exigências daí decorrentes ⁽⁸⁵⁾. Simultaneamente, foi regulamentada a base XXI da Lei de Bases da Saúde, referente à

¹⁰ Adaptação das directivas do Conselho das Comunidades Europeias ao direito nacional: Directiva 65/65/CEE, de 26 de Janeiro de 1965; Directiva 75/319/CEE, de 20 de Maio de 1975; Directiva 83/570/CEE, de 26 de Outubro de 1983; Directiva 87/21/CEE, de 22 de Dezembro de 1986; Directiva 87/22/CEE, de 22 de Dezembro de 1986; Directiva 89/105/CEE, de 21 de Dezembro de 1988; Directiva 89/341/CEE, de 3 de Maio; Directiva 89/342/CEE, de 3 de Maio; Directiva 89/343/CEE, de 3 de Maio; Directiva 89/381/CEE, de 14 de Junho. Adaptação da legislação nacional, Lei 48/90, de 24 de Agosto.

actividade farmacêutica ⁽⁸⁰⁾, reservando para esta actividade legislação especial, sujeita à disciplina e à fiscalização dos ministérios competentes, de forma a garantir a defesa e a protecção da saúde, a satisfação das necessidades da população e a racionalização do consumo de medicamentos ⁽⁸⁵⁾.

Com a intenção de uniformizar os termos técnicos utilizados, o *Estatuto do Medicamento* formulou definições para o efeito ¹¹ ⁽⁸⁵⁾.

O mesmo texto legislativo referia os medicamentos destinados a ser introduzidos no mercado, incluindo os injectáveis de grande volume inscritos na *Farmacopeia Portuguesa* (FP) e no FNM ⁽⁸⁵⁾. Excluía, contudo, do âmbito da aplicação desse diploma os medicamentos destinados aos ensaios de verificação e de desenvolvimento, os produtos intermédios destinados a transformação posterior, os preparados officinais e as suas fórmulas magistrais, os medicamentos produzidos nos hospitais ou outras instituições públicas e destinados aos seus utentes, os preparados officinais e as suas fórmulas magistrais, os medicamentos produzidos nos hospitais ou outras instituições públicas e destinados aos seus utentes ⁽⁸⁵⁾.

¹¹ *Medicamento* - toda a substância ou composição que possua propriedades curativas ou preventivas das doenças e dos seus sintomas, do homem ou do animal, com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou a restaurar, corrigir ou modificar as suas funções orgânicas.

Especialidade Farmacêutica - todo o medicamento preparado antecipadamente e introduzido no mercado com denominação e acondicionamento próprios.

Preparado Oficinal - todo o medicamento preparado numa farmácia, segundo as indicações de uma farmacopeia, destinado a ser dispensado por essa farmácia a um doente determinado.

Fórmula Magistral - todo o medicamento preparado numa farmácia, segundo uma receita médica e destinado a um doente determinado.

Substância Activa - toda a matéria de origem humana, animal, vegetal ou química, à qual se atribui uma actividade apropriada para constituir um medicamento.

Matéria-Prima - toda a substância activa, ou não, que se emprega na produção de um medicamento, quer permaneça inalterável quer se modifique ou desapareça no decurso do processo.

Excipiente - toda a matéria-prima que incluída nas formas farmacêuticas se junta às substâncias activas ou suas associações para servir-lhes de veículo, possibilitar a sua preparação e a sua estabilidade, modificar as suas propriedades organolépticas ou determinar as propriedades físico-químicas do medicamento e a sua biodisponibilidade.

Forma Farmacêutica - estado final que as substâncias activas apresentam depois de submetidas às operações farmacêuticas necessárias, a fim de facilitar a sua administração e obter o maior efeito terapêutico desejado.

Produtos Essencialmente Similares - todos os medicamentos com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias activas, sob a mesma forma farmacêutica e para os quais foi demonstrada bioequivalência com base em estudos de biodisponibilidade apropriados.

Passou a considerar-se também o *medicamento genérico*^{12 (85)}. Foram considerados ainda os medicamentos imunológicos, ou seja, os produtos destinados a identificar ou a induzir alterações adquiridas específicas na resposta imunológica a um agente alergénio (vacinas, toxinas, soros e alergénios), os medicamentos radioactivos, ou rádio-fármacos, referentes aos medicamentos que, quando prontos para serem utilizados, contenham um ou vários rádio-núclídeos ou isótopos radioactivos destinados a utilização terapêutica, os medicamentos derivados do sangue ou do plasma humanos, nomeadamente a albumina, factores de coagulação e imunoglobulinas de origem humana, exceptuando-se dessa definição o sangue total, o plasma e as células sanguíneas de origem humana⁽⁸⁵⁾.

O regime de preços dos medicamentos, com excepção das especialidades farmacêuticas de venda livre, passou a ser fixado por portaria conjunta dos Ministros da Saúde, das Finanças e do Comércio e Turismo, sendo o regime de preços das especialidades farmacêuticas de venda livre fixado por portaria conjunta dos Ministros da Saúde e do Comércio e Turismo⁽⁸⁵⁾. Os preços dos preparados por fórmulas magistrais e dos preparados officinais passaram a ser fixados por despacho do MS, após os pareceres da DAF, das associações representantes de farmácias e da Direcção-Geral de Concorrência e Preços, responsáveis pela actualização da respectiva listagem⁽⁸⁵⁾.

A publicidade de medicamentos junto do público em geral passou a ser regulamentada e a exigir indicações mínimas. Com o nome do medicamento deviam aparecer as respectivas indicações terapêuticas e as precauções especiais a ter com o seu uso, bem como as informações indispensáveis à utilização adequada e o aconselhamento para a realização de uma leitura cuidadosa do respectivo folheto informativo, e, em casos de dúvida ou de persistência de sintomas, para a consulta do médico^(85, 86). Passou também a ser proibida a inclusão nessa publicidade de elementos sugestivos de dispensabilidade das consultas médicas para a sintomatologia em causa e da dispensa das possíveis intervenções cirúrgicas propostas pelos médicos⁽⁸⁵⁾. Foi proibida a preconização de

¹² *Medicamento Genérico* - medicamento que reúne cumulativamente as condições de semelhança essencial a um medicamento já introduzido no mercado, com as respectivas substâncias activas fabricadas por processos já conhecidos ou ainda protegidos por patentes mas com autorização de exploração pelos titulares da respectiva patente, e não invocação a seu favor de indicações terapêuticas diferentes das dos medicamento essencialmente similares já autorizados.

tratamentos por correspondência, a afirmação da garantia do efeito do medicamento e a referência a prejuízos da saúde no caso de o medicamento não ser usado, ou a indicação expressa para utilização exclusiva ⁽⁸⁵⁾. Também foi proibida a referência a pareceres de cientistas ou profissionais de saúde, e a outros elementos susceptíveis de causar confusão entre o medicamento e um produto alimentar ou cosmético, bem como a referência à segurança ou eficácia do medicamento devidas à virtudes dos produtos naturais ⁽⁸⁵⁾. Foram ainda proibidas as indicações que possam estimular a automedicação, nos casos de tuberculose, doenças transmitidas sexualmente, outras doenças infecciosas graves, cancro, insónias crónicas, diabetes e outras doenças do metabolismo, assim como quaisquer formas de publicidade comparativa, de publicidade junto do público de medicamentos com estupefacientes ou substâncias psicotrópicas ^(85, 86). Foi também proibida a distribuição gratuita de medicamentos ao público para fins promocionais ^(85, 86).

A publicidade junto dos técnicos qualificados para a prescrição ou fornecimento de medicamentos, com excepção da publicidade destinada exclusivamente a uma chamada de atenção para o nome do medicamento, passou a incluir o *resumo das características do medicamento* (RCM), a indicação de prescrição médica obrigatória, se fosse caso disso, o preço das várias apresentações, e o respectivo regime de comparticipação. Para além disso, tratando-se de medicamento comparticipável, devem ser discriminados os valores suportados pelo Estado e pelo utente, na altura expressos ainda em escudos ^(85, 86).

Embora a possibilidade de dispensa de amostras gratuitas a pessoas habilitadas a prescrever medicamentos tenha sido contemplada, mesmo com o objectivo principal de promoção desse medicamento, passou a ser legalmente estabelecida a proibição de os responsáveis pela promoção de medicamentos doarem ou prometerem, directa ou indirectamente, ofertas e benefícios pecuniários ou em espécie, com excepção de objectos de valor intrínseco insignificante, assim como aos prescritores e fornecedores a solicitação ou aceitação de quaisquer incentivos nesse campo ⁽⁸⁵⁾. As amostras gratuitas, obrigatoriamente idênticas à apresentação mais pequena comercializada, contendo sempre as menções *amostra gratuita e proibida a venda ao público*, ou outras semelhantes, seriam acompanhadas de cópia do respectivo RCM, e só poderiam ser cedidas às pessoas habilitadas a prescrever e em determinadas condições, incluindo, a não ultrapassagem de

um período de dois anos contínuos, a partir da data da introdução do produto no mercado, e serem pedidas pelo próprio destinatário ⁽⁸⁵⁾. Ficou também proibido o fornecimento de amostras de medicamentos contendo estupefacientes ou substâncias psicotrópicas ⁽⁸⁵⁾.

- Participação no custo dos medicamentos no período de 1991 a 1992

Em 1991, os escalões de participação do Estado no preço dos medicamentos foram alterados, mais uma vez. A classificação terapêutica dos medicamentos que integravam cada um desses escalões, bem como os critérios que a determinavam, foram apresentados em portaria dos Ministros da Saúde, das Finanças e do Comércio e Turismo, após parecer da Comissão Técnica de Medicamentos (CTM) ^(85, 87). Os escalões A e C da participação do Estado passaram a ter nova redação (ver *Tabela 3*) ^(79, 85, 87).

A taxa de participação do Estado no preço de certos medicamentos podia ser, também, especialmente graduada em função das entidades que os prescreviam ou forneciam, ou, ainda, em função de grupos especiais de utentes, ficando a decisão de incluir, não incluir ou excluir medicamentos da participação sob a competência do MS ⁽⁸⁵⁾.

Como novidade, refere-se a possibilidade de o titular da *autorização de introdução no mercado* (AIM) de um medicamento, após fixação do respectivo preço, poder solicitar a participação para esse mesmo medicamento, mediante requerimento dirigido ao MS, ficando definidos legamente os critérios a respeitar na inclusão, não inclusão e exclusão da participação ⁽⁸⁵⁾. Como originalidade, refere-se, também, a possibilidade de os *medicamentos genéricos* poderem ser participados pelo mesmo escalão dos respectivos similares de marca ⁽⁸⁵⁾.

Os critérios regulamentares para inclusão, não inclusão e exclusão da participação de medicamentos por parte do titular de AIM, deviam obedecer a determinados requisitos ⁽⁸⁵⁾, tais como:

- conter novas moléculas que preenchessem lacunas terapêuticas, por apresentarem características verdadeiramente inovadoras;

Tabela 3

<i>Escalão de participação no PVP de medicamentos a cargo do Estado</i>	<i>Medicamentos participáveis</i>
A – 100 %	Antidiabéticos orais e injectáveis (IX-4) Antiepilépticos (II-5) Antiglaucomatosos sistémicos e tópicos (do XVI-4) Anti-hemofílicos * Antiparkinsonianos (II-4) Antineoplásicos * imunomoduladores (XVII) Tuberculostáticos e antilepróticos (IX-5) * Hormonas hipofisárias: do crescimento ** e antidiuréticas (IX-1) Medicamentos específicos para hemodiálise
C – 50 %	Grupo 1 - Etiotrópicos imunoterápicos e desinfetantes Imunoglobulinas e soros (I-1) Vacinas não incluídas nos planos nacionais de vacinação (I-2) Anti-helmínticos (I-7) Outros antiparasitários (I-9) Outros imunoterápicos (I-12)

Tabela 3.: Escalões A e C de participação concebidos em 8 de Fevereiro de 1991.

* *Medicamentos prescritos e fornecidos pelas unidades oficiais de cuidados de saúde em situações de internamento ou em regime ambulatorio. Em caso de aviamento pelas farmácias, a participação do Estado é de 50 %*

** *Medicamentos prescritos e fornecidos pelas unidades oficiais de cuidados de saúde em situações de internamento ou em regime ambulatorio. Em caso de aviamento pelas farmácias, a participação do Estado é nula*

- serem novos medicamentos, de composição qualitativa idêntica à de outros já comercializados e participados, se, em idêntica forma farmacêutica apresentassem preço inferior ao mais baixo dos já participados, sendo o preço expresso por unidade de massa da substância activa;

- serem novos medicamentos, de composição qualitativa idêntica à de outros já comercializados e comparticipados, se a forma farmacêutica fosse diferente e revelasse reconhecida vantagem e ou necessidade de ordem terapêutica;
- serem novos medicamentos, mesmo que não constituíssem inovação terapêutica significativa e possuindo composição qualitativa idêntica à de outros já comparticipados, mas com relação custo/benefício mais favorável, relativamente a medicamentos já comparticipados e utilizados com as mesmas finalidades terapêuticas e possuindo idênticos mecanismos de acção;
- serem associações medicamentosas contendo substâncias activas já comparticipadas e com vantagem terapêutica já demonstrada, desde que o preço não fosse superior ao somatório dos preços dos mesmos medicamentos quando administrados isoladamente em idênticas posologias;
- e serem associações medicamentosas de substâncias activas que não existissem no mercado isoladamente e demonstrassem vantagens sobre medicamentos do mesmo grupo terapêutico, através dos resultados de ensaios clínicos realizados.

A decisão de incluir, não incluir ou excluir medicamentos da comparticipação conforme os critérios referidos podia eventualmente fundamentar-se em pareceres ou recomendações de peritos que confirmassem essa mesma decisão, e devia ser notificada e fornecida ao requerente, sendo susceptível de recurso contencioso nos termos da lei geral ⁽⁸⁵⁾. A lista dos medicamentos incluídos e excluídos da comparticipação devia ser publicada no Diário da República, pelo menos uma vez por ano, elaborada por escalões de comparticipação, substância activa, denominação, dosagem, forma farmacêutica, apresentação e preço ⁽⁸⁵⁾.

A determinação dos escalões de comparticipação do Estado no custo dos medicamentos, cujos critérios subjacentes são essencialmente critérios de *essencialidade* e de *justiça social* ⁽⁸⁸⁾, manteve o escalão A como escalão em que o Estado suportava integralmente o custo do medicamento ⁽⁸⁵⁾. Neste escalão incluíam-se especialidades farmacêuticas imprescindíveis para a saúde e vida do doente; afectava também os grupos de utentes em situações de desvantagem, nomeadamente os doentes crónicos, que em casos

especiais poderiam beneficiar de um regime excepcional fixado pelo MS ⁽⁸⁵⁾. A comparticipação integral, ao recair sobre medicamentos indispensáveis e de consumo acrescido, garantia um mínimo gratuito na assistência medicamentosa a esses mesmos beneficiários do SNS, permitindo a redução da percentagem nos escalões B e C de comparticipação, com possibilidade de melhor redistribuição dos recursos disponíveis e criação de condições para um acréscimo de comparticipação do Estado no caso de pessoas de menores rendimentos e em risco de maior consumo de medicamentos.

- Comparticipação no custo dos medicamentos no período de 1992 a 2000

A experiência resultante da aplicação do regime de comparticipação do Estado no custo dos medicamentos e a necessidade de aproximação aos critérios europeus justificava a revisão do estatuído. Em adição, a necessidade de dotar o sistema de comparticipação de maior transparência quanto aos medicamentos comparticipáveis, mantendo subjacente os critérios de essencialidade e de justiça social, impôs, também, o esclarecimento de alguns fundamentos de decisão, nomeadamente quanto à exclusão da comparticipação, de acordo com as regras comunitárias sobre a matéria, tendo na altura o Governo tomado o compromisso de desenvolver um regime jurídico nessa matéria de saúde para o ano de 1992, no âmbito do Conselho de Concertação Social, e decretado um novo regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos ⁽⁸⁸⁾.

Tinha já sido estabelecido, em 1990, o regime processual a utilizar, de modo semelhante, em relação à comparticipação do Estado no preço dos medicamentos prescritos tanto aos utentes do SNS como aos beneficiários do regime de ADSE (ver *Tabela 4*) ⁽⁸⁴⁾.

Em 1992, a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos foi fixada de acordo com os referidos na *Tabela 5* ⁽⁸⁸⁾. Para além da graduação de comparticipação pelo Estado no preço dos medicamentos, foram considerados regimes especiais de comparticipação (ver *Tabela 5*) ⁽⁸⁸⁾.

Tabela 4

<i>Escalão de participação no PVP de medicamentos a cargo do Estado</i>	<i>Descrição</i>
A – 100 %	O custo dos medicamentos é inteiramente suportado pelo Estado
B – 80 %	A participação do Estado é de 80 % do preço dos medicamentos
C – 50 %	A participação do Estado é de 50 % do preço dos medicamentos

Tabela 4.: Fixação dos escalões de participação do Estado no custo dos medicamentos para beneficiários do SNS e da ADSE, em 14 de Julho de 1990.

NOTA: O nível de participação do Estado no preço dos citostáticos, factores de coagulação, tuberculostáticos, antilepróticos e hormonas de crescimento pode ser graduado diferencialmente em função das entidades que os prescrevem ou fornecem

Tabela 5

<i>Escalão de participação no PVP de medicamentos a cargo do Estado</i>	<i>Descrição</i>
A – 100 %	O custo dos medicamentos é inteiramente suportado pelo Estado
B – 70 %	A participação do Estado é de 70 % do preço dos medicamentos
C – 40 %	A participação do Estado é de 40 % do preço dos medicamentos

Tabela 5.: Fixação dos escalões de participação do Estado no custo dos medicamentos para beneficiários do SNS e da ADSE, em 25 de Junho de 1990.

NOTA: Os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram os diferentes escalões do novo regime de participação do Estado no preço dos medicamentos, assim como o limite máximo do conteúdo das respectivas embalagens, é fixado por despacho do MS. Reservava-se um regime especial de participação do Estado acrescido de 15 % no custo dos medicamentos integrados nos escalões B e C quando esses se destinassem aos pensionistas que afixaram pensões de montante não superior ao salário mínimo nacional, após prova da sua condição através de documento emitido pelos serviços oficiais competentes

Na consulta bibliográfica efectuada para este trabalho surgiram disparidades na informação disponível. Segundo a Legislação Farmacêutica Compilada, veiculada pelo Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED), a participação do Estado no preço dos medicamentos foi fixada, em 1992, de acordo com outros valores de

escalões (ver *Tabela 6*) ⁽⁸⁹⁾. Será certo, pois, referir que a fonte de informação julgada de referência, embora podendo ser confrontada com outras fontes, será a disponibilizada pela fonte legislativa oficial, ou seja, o Diário da República.

Tabela 6

<i>Escalão de participação no PVP de medicamentos a cargo do Estado</i>	<i>Descrição</i>
A – 95 %	A participação do Estado é de 95% do preço de venda ao público dos medicamentos
B – 69 %	A participação do Estado é de 69 % do preço dos medicamentos
C – 37 %	A participação do Estado é de 37 % do preço dos medicamentos
D – 15 %	A participação do Estado é de 15 % do preço dos medicamentos

Tabela 6.: Fixação dos escalões de participação do Estado no custo dos medicamentos para beneficiários do SNS e da ADSE, em 25 de Junho de 1992, segundo a Legislação Farmacêutica Compilada, veiculada pelo INFARMED.

O titular da AIM de um medicamento, após a obtenção do preço, podia requerer a respectiva participação, sendo a concessão da competência do MS, ficando a respectiva permissão de participação caducada se o requerente não o comercializasse no prazo de um ano a contar da notificação da decisão, ou se o medicamento não estivesse disponível no mercado por prazo superior a noventa dias ⁽⁸⁸⁾.

A participação, que dependia da verificação das condições já citadas ⁽⁸⁵⁾, passava a incluir:

- medicamentos contendo novas substâncias activas com mecanismo de acção farmacológica inovador, que pudessem complementar terapêuticas já definidas com maior eficácia ou maior tolerância que tratamentos alternativos previamente existentes;
- medicamentos novos, com composição qualitativa idêntica à de outros já comercializados e participados, se, em idêntica forma farmacêutica,

apresentassem preço inferior ao mais baixo dos comparticipados, sendo o preço expresso por unidade de massa da substância activa;

- novas formas farmacêuticas, novas doses ou novas embalagens de medicamentos já comparticipados com igual composição qualitativa, desde que estivesse demonstrada ou reconhecida vantagem ou necessidade de ordem terapêutica ou apresentassem melhor relação custo/benefício;

- medicamentos novos que não constituíssem inovação terapêutica significativa nem possuissem composição qualitativa idêntica à de outros já comparticipados, mas que apresentassem uma relação custo/benefício mais favorável relativamente a medicamentos já comparticipados, utilizados com as mesmas finalidades terapêuticas e possuissem idênticos mecanismos de acção comprovados através da documentação fornecida;

- associações medicamentosas em cuja composição entrassem substâncias activas já comparticipadas, se fosse demonstrada a sua vantagem terapêutica, se o preço não fosse superior ao somatório dos preços dos mesmos medicamentos quando administrados isoladamente em idênticas posologias;

- e associações medicamentosas de substâncias activas não existentes no mercado isoladamente e que demonstrassem vantagens sobre medicamentos do mesmo grupo terapêutico, através dos resultados de ensaios clínicos realizados.

A decisão sobre a exclusão de medicamentos da comparticipação, também da competência do MS, devia fundamentar-se no seu *custo excessivo*¹³ e na *não comprovação da sua eficácia terapêutica* em comparação com outros medicamentos comparticipados, e, ainda, em razões de saúde pública⁽⁸⁸⁾. A decisão de não incluir ou excluir medicamentos da comparticipação devia ser notificada ao requerente com todos os elementos que servissem de base à decisão, incluindo a indicação sobre os meios de impugnação do acto e respectivos prazos⁽⁸⁸⁾.

¹³ Custo após comparação em relação ao medicamento comparticipado mais barato, excluindo os genéricos, de acordo com um dos seguintes critérios, custo médio diário do tratamento de acordo com as indicações terapêuticas aprovadas, ou PVP dos medicamentos com a mesma substância activa ou associação medicamentosa idêntica, na mesma forma farmacêutica, dosagem e apresentação.

A lista dos medicamentos comparticipados, publicada anualmente no Diário da República, devia ser acompanhada pela indicação dos escalões de comparticipações, da *denominação comum internacional* (DCI) da substância activa, da dosagem, da forma farmacêutica, da apresentação e do preço ⁽⁸⁸⁾.

A inserção de Portugal na Comunidade Europeia, em 1 de Janeiro de 1986 ⁽⁹⁰⁾, e o mercado interno, resultante do Acto Único Europeu ¹⁴ ⁽⁹⁰⁾, teve, como corolário, a livre circulação de mercadorias, pessoas, serviços e capitais, não se compadecendo a distinção dos respectivos regimes jurídicos estatais. Esse facto determinou a harmonização dos princípios básicos aplicáveis à classificação dos medicamentos de uso humano, para efeitos da sua circulação e distribuição uniformes no espaço intracomunitário. Consequentemente, foi oficialmente redefinida alguma da terminologia empregue na área da saúde, como, por exemplo, *receita médica* ¹⁵ e *medicamentos de uso humano*, que passaram a ser classificados, quanto ao modo de dispensa ao público, em *medicamentos sujeitos a receita médica* (MSRM) e *medicamentos não sujeitos a receita médica* (MNSRM) ⁽⁹¹⁾.

Os MSRM incluem os medicamentos que podem constituir, directa ou indirectamente, um risco para o doente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam ou quando administrados sem vigilância médica, os medicamentos utilizados com frequência e em quantidade considerável para fins diferentes daquele a que se destinam, se daí possam resultar quaisquer riscos, directos ou indirectos, para a saúde, os medicamentos contendo substâncias, ou preparações com base nessas substâncias, cuja actividade e ou efeitos secundários necessitem de novos estudos, e os medicamentos a prescrever pelo médico para serem administrados por via parentérica ⁽⁹¹⁾. Os MSRM são, ainda, classificados como medicamentos de receita médica não renovável, medicamentos

¹⁴ Obriga a Comunidade a criar as medidas destinadas a estabelecer progressivamente o *mercado interno*, no decurso de um período que termina a 31 de Dezembro de 1992, ao mesmo tempo que consagra o Conselho Europeu, a cooperação europeia em questões de política estrangeira e a coesão económica e social entre os Estados membros, e confirma a competência comunitária em diversos domínios, nomeadamente no âmbito social, meio ambiente, pesquisa e desenvolvimento; consagra o *sistema monetário europeu* e planifica o estágio de *mercado comum* da construção europeia; entra em vigor em 1 de Julho de 1987.

¹⁵ Prescrição de um determinado medicamento de uso humano por profissional devidamente habilitado a prescrever medicamentos.

de receita médica renovável ¹⁶, medicamentos sujeitos a receita médica especial ¹⁷, e medicamentos de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados ¹⁸ ⁽⁹¹⁾.

Por sua vez, os MNSRN são os que não preenchem quaisquer destas condições ⁽⁹¹⁾. Em contrapartida, e apesar de o respectivo regime de preços ser fixado por portaria conjunta dos Ministros da Saúde e do Comércio e Turismo, não são passíveis de participação, salvo em casos excepcionais, devidamente justificados por razões de saúde pública, ficando neste caso sujeitos ao regime de preços estabelecido para os MSRM ⁽⁹¹⁾.

As listas de MSRM e MNSRM passaram a ser publicadas no Diário da República, anualmente, após aprovação do MS.

Passados seis anos sobre a entrada em vigor do último sistema de participações ⁽⁸⁸⁾, houve necessidade de proceder a novo aperfeiçoamento de alguns aspectos do regime por ele estabelecido, nomeadamente no respeitante à conferência de maior rigor na fixação dos pressupostos que levavam à participação do Estado e à clarificação dos critérios de exclusão da participação. Tal, prosseguia o objectivo programático do Governo de aprofundar a sustentabilidade, a equidade e o equilíbrio do SNS, melhorando a qualidade global dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, e assinalava uma maior exigência na definição das regras de comparação objectiva entre medicamentos, com particular incidência na apreciação da menor eficácia comparativa relativamente aos medicamentos

¹⁶ Medicamentos destinados a determinadas doenças ou tratamentos prolongados e que podem, no respeito pela segurança da sua utilização, ser adquiridos mais de uma vez, sem necessidade de nova prescrição médica.

¹⁷ Medicamentos contendo, em dose não dispensada de receita, uma substância classificada como estupefaciente ou psicotrópico, e que possam, em caso de utilização anormal, dar origem a riscos importantes de abuso medicamentoso, criar toxicod dependência ou ser utilizados para fins ilegais, ou contendo uma substância que, pela sua novidade ou propriedades, se considere, por precaução, incluída nestas situações.

¹⁸ Medicamentos reservados exclusivamente a tratamentos em meio hospitalar, devido às suas características farmacológicas, à sua novidade, ou por razões de saúde pública, que devam ser utilizados em patologias cujo diagnóstico seja efectuado apenas em meio hospitalar ou estabelecimentos diferenciados com meios de diagnóstico adequados, ainda que a sua administração e o acompanhamento dos pacientes possa realizar-se fora desses meios, e os destinados a pacientes em tratamento ambulatorio, mas em que a sua utilização seja susceptível de causar efeitos adversos muito graves, requerendo a prescrição de uma receita médica, se necessário emitida por especialista, e uma vigilância especial durante o período de tratamento.

similares comparticipados ⁽⁹²⁾. Previa-se, também, a eventual exclusão de comparticipação para medicamentos que apresentassem uma reduzida eficácia terapêutica, comprovada por estudos fármaco-epidemiológicos, para formas farmacêuticas que apresentassem um PVP excessivo comparativamente com outros similares e com as mesmas indicações terapêuticas, e para MNSRM, para os quais não eram reconhecidas razões de saúde pública que justificassem a sua comparticipação ⁽⁹²⁾. Para evitar que essas regras não resultassem num mero exercício abstracto, divorciado da realidade, era pertinente rever os pressupostos que justificam a comparticipação de modo a dotar o sistema de maior justiça e transparência ⁽⁹²⁾.

Para o efeito, foram consultadas a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Farmacêuticos e a Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, tendo sido estabelecidas novas normas para o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos prescritos aos utentes do SNS e aos beneficiários da ADSE. A comparticipação do Estado no preço dos medicamentos que viessem a ser incluídos em sistemas de gestão integrada de doenças passou a ser objecto de regime especial, a estabelecer em legislação própria, podendo a respectiva comparticipação ficar condicionada à melhor adequação da dimensão da embalagem autorizada, relativamente ao tratamento a que o medicamento se destinasse ⁽⁹³⁻⁹⁴⁾, e ao reconhecimento, através de parecer fundamentado, emitido no âmbito do processo de avaliação do pedido de comparticipação ⁽⁹²⁾. As fórmulas magistrais que constassem da lista de medicamentos manipulados comparticipáveis, publicada anualmente por despacho do MS, bem como os preparados oficinais incluídos na FP ou no Formulário Galénico Nacional, seriam comparticipadas pelo Estado em 50 % ⁽⁹²⁾. A comparticipação do Estado no preço de medicamentos utilizados no tratamento de determinadas patologias ou por grupos especiais de utentes, seriam objecto de regime especial a regulamentar em legislação própria e, assim, diferentemente graduada em função das entidades que o prescrevessem ou dispensassem ⁽⁹²⁾. A comparticipação do medicamento podia ser, ainda, restringida a determinadas indicações terapêuticas fixadas no respectivo despacho de comparticipação, assegurando-se o cumprimento desta consideração através da menção do despacho correspondente pelo médico prescriptor na receita médica; sempre que tal se revelasse necessário, o requerente do pedido de comparticipação devia apresentar um

estudo de avaliação fármaco-económica, cujas regras a observar eram definidas por despacho do MS ⁽⁹²⁾.

A comparticipação passava a depender da verificação de uma das seguintes situações ⁽⁹²⁾:

- novas formas farmacêuticas, com composição qualitativa idêntica à de outros já comercializados e comparticipados, se, em idêntica forma farmacêutica, o preço, expresso por unidade de massa da substância activa, for inferior a 5 % relativamente ao mais baixo dos comparticipados não genéricos;
- nova forma farmacêutica, novas dosagens ou nova embalagem de medicamentos já comparticipados com igual composição qualitativa, desde que demonstrada ou reconhecida vantagem e necessidade de ordem terapêutica e vantagem económica;
- e novos medicamentos que não constituam inovação terapêutica significativa nem possuam composição qualitativa idêntica à de outros já comparticipados, se apresentarem vantagens económicas relativamente a medicamentos já comparticipados, utilizados com as mesmas finalidades terapêuticas e possuindo idênticos mecanismos de acção comprovados.

A comparticipação do medicamento caducaria, para todas as apresentações com a mesma dosagem e forma farmacêutica, se, no prazo de um ano a contar da notificação da decisão, o requerente não o comercializasse no âmbito do SNS e da ADSE, ou se, após a comercialização, o medicamento não estivesse disponível no mercado por prazo superior a noventa dias ⁽⁹²⁾. Essa suspensão só não seria exercida se invocados motivos imponderados mas justificativos da não comercialização no prazo legal, analisados caso a caso, e desde que o interessado solicitasse a prorrogação do prazo legal dentro desse prazo, sendo o novo prazo contado a partir da data do facto que impedia o cumprimento da lei, sendo a exclusão da comparticipação sempre precedida de audiência prévia do interessado ⁽⁹⁵⁾.

A decisão sobre a exclusão da comparticipação de medicamentos, da competência do MS, devia fundamentar-se no custo excessivo, na menor eficácia comparativa relativamente aos medicamentos já comparticipados com as mesmas indicações

terapêuticas aprovadas e possuindo idênticos mecanismos de acção comprovada por estudos adequados, na reduzida eficácia terapêutica comprovada por estudos fármaco-epidemiológicos, na reclassificação como MNSRM ⁽⁹¹⁾ e no não reconhecimento de razões de saúde pública justificativas da sua comparticipação ⁽⁹²⁾. A determinação de custo excessivo seria feita de acordo com os critérios de custo médio de tratamento diário ¹⁹. Este, não poderia ultrapassar em 20 % os correspondentes custos de tratamento diário ²⁰ mais baratos, com medicamentos já comparticipados no âmbito do SNS, não genéricos, e com as mesmas indicações terapêuticas, que pertencessem ao mesmo grupo e subgrupo terapêutico, como constante do RCM aprovado, nem ter preço por unidade de massa da substância activa superior a 20 % do preço do medicamento com idêntica composição qualitativa e quantitativa e forma farmacêutica mais barato, não genérico, comparticipado no âmbito do SNS, e com pelo menos 10 % de quota de mercado do SNS ²¹ ⁽⁹²⁾. Seria, também retirada a comparticipação do Estado aos medicamentos comparticipados mas em relação aos quais se verificassem práticas publicitárias contrárias aos deveres previstos na lei ⁽⁸⁶⁾.

A lista dos medicamentos comparticipados pelo SNS passou a ser editada pelo INFARMED, sendo actualizada e publicada anualmente no Diário da República ⁽⁹²⁾. Dessa lista deviam constar o nome do medicamento, a DCI da substância activa, a dosagem, a forma farmacêutica, a apresentação, o preço, o escalão e o valor da comparticipação, bem como as informações relativas a quaisquer condições especiais dessa comparticipação ⁽⁹²⁾.

Os titulares de AIM de medicamentos comparticipados, relativamente aos quais se verificasse custo excessivo, teriam que, no prazo de cento e oitenta dias a contar da notificação do INFARMED, ajustar os respectivos preços ⁽⁹²⁾. Porém, se o preço do medicamento mantivesse um custo excessivo, o titular da AIM não poderia, relativamente

¹⁹ Calculado com base na dose diária definida (DDD), ou seja, na dose média diária de manutenção de um medicamento na sua indicação principal destinado a ser utilizado em adulto, aprovada anualmente pela OMS, ou na posologia média diária (PMD), isto é, na dose de manutenção de um medicamento destinado a ser administrado em adulto na sua indicação principal, sempre que não exista DDD aprovada.

²⁰ Custo correspondente ao da DDD, ou, na sua falta, ao da PMD constante no RCM do medicamento aprovado.

²¹ Calculada em função dos dados de consumo no SNS respeitantes ao ano anterior sobre o PVP dos encargos deste serviço e tendo como universo o grupo de medicamentos em estudo comparativo.

ao medicamento em causa, ser sujeito a um ajustamento anual superior a 10 %, aplicado na data da revisão anual de preços, sendo mantida a sua comparticipação desde que nos anos seguintes houvesse permissão para os devidos ajustamentos, até o preço daqueles produtos se encontrar em conformidade ⁽⁹²⁾.

Mais tarde, em 2000, com objectivo de racionalizar a política do medicamento, a rentabilização de custos, o desenvolvimento e a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS, foram previstas medidas que deveriam ser implementadas de forma progressiva. A prescrição de medicamentos comparticipados pelo SNS passou a ser efectuada mediante a indicação da DCI das respectivas substâncias activas, ou pelo seu nome genérico, seguidos da dosagem e forma farmacêutica, sendo possível ao prescritor, se assim o entendesse, indicar o nome de marca do medicamento ou o nome do titular da AIM no caso dos medicamentos genéricos, mediante menção respectiva ⁽⁹⁶⁾. Por forma a garantir a qualidade e a segurança da prescrição, foi criado o *Prontuário Nacional do Medicamento*, no qual se indicam os medicamentos comparticipados no âmbito do SNS, ordenados com critério clínico e com indicação das suas propriedades terapêuticas e respectivos preços, em termos tais que permitam ao prescritor conhecer de imediato a relação entre o benefício terapêutico para o utente e o respectivo custo ⁽⁹⁶⁾.

Com base no *Prontuário Nacional do Medicamento* e no *Formulário Nacional Hospitalar de Medicamentos*, a Comissão de Farmácia e Terapêutica de cada unidade de saúde elaboraria um formulário, actualizado anualmente ⁽⁹⁶⁾. No acto de dispensa dos medicamentos, caso o prescritor não tivesse optado pela marca comercial do medicamento, o farmacêutico, ou seu colaborador devidamente habilitado, deveria, obrigatoriamente, advertir o utente para a existência de medicamento genérico, se fosse o caso, e de medicamentos de marca similares aos prescritos e sujeitos a comparticipação pelo SNS, e dentro destes, o de preço mais baixo, cabendo ao utente a opção de escolha ⁽⁹⁶⁾. Nestes casos, tal deveria ser mencionado na receita, e esta assinada pelo farmacêutico, ou seu colaborador legalmente habilitado, e pelo utente ⁽⁹⁶⁾.

Por forma a racionalizar a comparticipação de medicamentos, o MS, através do INFARMED, devia fazer uma reavaliação sistemática, com uma periodicidade não

superior a três anos, de todos os medicamentos comparticipados ⁽⁹⁶⁾. Do mesmo modo, deixariam de ser comparticipados os medicamentos que o INFARMED viesse a considerar de eficácia terapêutica duvidosa ou de preço demasiado elevado, desde que existisse alternativa terapêutica comparticipada, tendo em conta a relação custo/benefício ⁽⁹⁶⁾.

Relativamente aos medicamentos genéricos, o Governo viria a adoptar as medidas necessárias com vista à sua promoção, divulgação, prescrição e utilização referindo a respectiva qualidade à luz das normas internacionais em vigor e referentes à segurança e à defesa dos interesses económicos dos consumidores ⁽⁹⁶⁾. Tal iniciativa seria uma excelente oportunidade para retomar a questão dos medicamentos genéricos, na sua *tripla dimensão de medida de contenção de custos para o OGE, com acréscimo de maior solidariedade e equidade no acesso ao medicamento, de benefício para os consumidores e de incentivo à inovação farmacêutica* ⁽⁹⁷⁾.

No intuito de melhorar a racionalização da política do medicamento no âmbito do SNS e a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos utentes das urgências, os medicamentos necessários aos utentes aquando da urgência do seu quadro clínico, com necessidade atestada pelo médico, passaram a ser dispensados pelos serviços farmacêuticos hospitalares ⁽⁹⁶⁾. Para tal, os serviços farmacêuticos hospitalares sofreram um processo de reorganização, tendo sido dotados de capacidade técnica e de autonomia de gestão, de modo a garantir uma assistência farmacêutica de qualidade. Em paralelo, foram desenvolvidas, sob orientação do MS, duas experiências piloto, com possibilidade de extensão aos centros de saúde que incluíam serviços de urgência. Essas experiências, foram executadas por um período não inferior a três meses nem superior a doze meses, e visaram colmatar as dificuldades de acessibilidade às farmácias nos casos de urgência comprovada ⁽⁹⁶⁾. O primeiro ensaio consistia na dispensa, pelos serviços farmacêuticos hospitalares, dos medicamentos de que aqueles utentes necessitassem, de acordo com os critérios clínicos ⁽⁹⁶⁾. O segundo passava pela entrega domiciliária dos medicamentos por parte das farmácias locais, mediante solicitação dos hospitais, conforme os casos, solicitada pelo envio da respectiva prescrição médica através de meios electrónicos ⁽⁹⁶⁾.

Ainda na sequência dos ajustes visando a racionalização da política do medicamento no âmbito do SNS, o Governo responsabilizou-se pela tomada das medidas

necessárias para disciplinar a publicidade de medicamentos nos grandes meios de comunicação social de forma a limitar as pressões sobre os profissionais de saúde e sobre os próprios consumidores ^(86, 96). O MS autorizou as farmácias hospitalares e outros estabelecimentos e serviços de saúde, públicos e privados, a dispensar medicamentos ao público quando surgissem circunstâncias excepcionais susceptíveis de comprometer o normal acesso aos medicamentos, nomeadamente no risco de descontinuidade nas condições de fornecimento e de distribuição, com as decorrentes implicações sociais, e quando, por razões clínicas resultantes do atendimento em serviço de urgência hospitalar, se revelasse necessária ou mais apropriada a imediata acessibilidade ao medicamento ⁽⁹⁶⁾. A divulgação, a informação e a formação, com vista ao desenvolvimento destas medidas, seriam estruturadas de acordo com um plano a implementar pelo MS, tendo em vista a modernização dos processos de prescrição e de avaliação, através das novas tecnologias de informação ²².

A definição do regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos prescritos aos utentes do SNS e aos beneficiários da ADSE, com efeito desde 1992 ^(88, 92), foi, também, objecto de reavaliação pela necessidade de conferência de um maior rigor na aplicação e verificação dos critérios técnico-científicos e de natureza económica que presidiam à decisão de comparticipação, quer nos processos de início, quer nos de reavaliação e de exclusão dessa comparticipação, de modo a permitir incluir aspectos associados aos avanços terapêuticos, eliminar as obsolências e fazer a comparação entre medicamentos com iguais indicações ^(98, 99). Essa decisão devia ser apoiada em critérios que demonstrassem, claramente, a sua eficácia e efectividade para as indicações terapêuticas reclamadas, sem esquecer o objectivo primordial de alicerçar a sustentabilidade, a equidade, o equilíbrio do SNS e a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos. Por outro lado, foi considerada da máxima importância introduzir um processo de revisão periódica que permitisse avaliar a continuidade das comparticipações.

²² Conjugação entre a informática e as telecomunicações, visando a procura de novas soluções e gestão de novas aplicações em variados campos de actuação, permitindo uma diminuição dos custos e maior proveito dos recursos disponíveis.

Como novidade, a comparticipação passou a ser passível de condicionamento para a melhor adequação da dimensão da embalagem autorizada, relativamente ao tratamento a que o medicamento se destinasse, reconhecida em parecer fundamentado emitido no âmbito do processo de avaliação do pedido de comparticipação ⁽⁹⁸⁾.

A experiência de aplicação do regime de comparticipações e os acordos a estabelecer com os titulares de AIM, no âmbito duma política de cooperação com o MS, visando a defesa dos interesses da saúde pública e dos doentes, justificaram, ainda, a introdução de um novo escalão de comparticipação com possibilidade de condicionamento da comparticipação de medicamentos ⁽⁹⁸⁾. Foi considerado também um acréscimo na comparticipação relativa a esta classe de medicamentos de modo a promover a comercialização e o uso dos medicamentos genéricos ⁽⁹⁸⁾.

Após parecer da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Farmacêuticos e da Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, foi estipulado um novo escalão de comparticipação (*Escalão D*), no montante de 20 % do PVP dos medicamentos, a cargo do Estado, abrangendo os novos medicamentos, os medicamentos com comparticipação ajustada e os medicamentos que, por razões específicas e após parecer fundamentado emitido no âmbito do processo de avaliação do pedido de comparticipação, ficassem abrangidos por um regime de comparticipação transitório ⁽⁹⁸⁾. O ajustamento da comparticipação no preço dos medicamentos deveria ter como fundamento a defesa dos interesses da saúde pública e dos doentes. Podiam ser celebrados acordos transitórios entre o INFARMED e o titular da respectiva AIM, visando o condicionamento da comparticipação a um período limitado no tempo, sujeitos, porém, à adequação do montante de comparticipação, com equivalente ajustamento do PVP do medicamento ou à respectiva descomparticipação após o período estipulado para apresentação do estudo fármaco-económico que fundamentasse a decisão de manter a comparticipação ou de alterar o respectivo escalão ^(98, 99). Esses mesmos acordos podiam visar também a redução dos montantes de comparticipação e dos PVP, quer do medicamento para que era solicitada a comparticipação quer de outro ou outros medicamentos com AIM detida pelo titular e com comparticipação já aprovada, e à fixação de um valor máximo de vendas do medicamento a participar. A ultrapassagem desse valor determinaria o reembolso ao

SNS, pelo titular da respectiva AIM, do montante de participação correspondente à facturação que excedesse o valor acordado ^(98, 99).

Foram considerados, então, diversos escalões de participação de medicamentos, sendo os grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos que integravam cada escalão de participação fixados por portaria do MS (ver *Tabela 7*) ⁽⁹⁸⁾.

Tabela 7

<i>Escalão de participação no PVP de medicamentos a cargo do Estado</i>	<i>Descrição</i>
A – 100 %	O custo do medicamento é inteiramente suportado pelo Estado
B – 70 %	A participação do Estado é de 70 % do preço dos medicamentos
50 %	<i>Medicamentos participáveis em 50 % do PVP pelo Estado</i>
C – 40 %	A participação do Estado é de 40 % do preço dos medicamentos
D – 20 %	A participação do Estado é de 20 % do preço dos medicamentos

Tabela 7:. Fixação dos escalões de participação do Estado no custo dos medicamentos para beneficiários do SNS e da ADSE, em 1 de Setembro de 2000.

NOTA: Os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram os diferentes escalões do novo regime de participação do Estado no preço dos medicamentos, assim como a adequação de participação à dimensão da embalagem, é fixado por despacho do MS. Reserva-se um regime especial de participação do Estado acrescido de 15 % no custo dos medicamentos integrados nos escalões B, C e D para os pensionistas que auferem pensões de montante não superior ao salário mínimo nacional ²³, após prova da sua condição através de documento emitido pelos serviços oficiais competentes

A participação do Estado no custo de *medicamentos genéricos* integrados nos escalões B, C e D era acrescida de 10 % ⁽⁹⁸⁾. As *fórmulas magistrais* que constassem da lista de medicamentos manipulados participáveis, publicada anualmente por despacho do MS, bem como os *preparados officinais* incluídos na FP ou no Formulário Galénico Nacional, passavam a ser participadas pelo Estado em 50 % ⁽⁹⁸⁾.

O requerimento de participação, acompanhado dos documentos legalmente exigidos para apreciação do processo, nomeadamente a informação de natureza técnico-

²³ 318.20 € de valor mensal de salário mínimo nacional em 2000.

científica sobre o medicamento que evidencie a sua eficácia e a sua efectividade para as indicações terapêuticas reclamadas, deveria ser acompanhado do respectivo estudo de avaliação fármaco-económica. Contudo, essa comparticipação caducaria, em todas as apresentações com a mesma dosagem e forma farmacêutica, se, no prazo de um ano a contar da notificação da decisão, o requerente não o comercializasse no âmbito do SNS e ADSE, ou se, após a comercialização, o medicamento não estivesse disponível no mercado por prazo superior a noventa dias ⁽⁹⁸⁾.

Para além do já exigido ⁽⁹²⁾, a comparticipação dependia, também, da verificação de uma das seguintes situações ⁽⁹⁸⁾:

- medicamento contendo novas substâncias activas com um mecanismo de acção farmacológica inovador, para preencher uma lacuna terapêutica definida por uma maior eficácia e ou tolerância do que os tratamentos alternativos já existentes;
- associações medicamentosas com substâncias activas já comparticipadas, se demonstrada a sua vantagem terapêutica e com preço não superior ao somatório dos preços dos mesmos medicamentos quando administrados isoladamente em idênticas posologias;
- e associações medicamentosas de substâncias activas não existentes no mercado isoladamente com demonstradas vantagens sobre medicamentos do mesmo grupo terapêutico, através dos resultados de ensaios clínicos realizados.

Com o fundamento de defesa dos interesses da saúde pública e dos dos doentes, poderiam ser igualmente comparticipados medicamentos aprovados com preço igual ao do medicamento de referência, desde que solicitada a comparticipação em simultâneo com este último ⁽⁹⁸⁾.

A decisão de exclusão de medicamentos da comparticipação, da competência do MS, mantinha-se fundamentada nos argumentos já estipulados ⁽⁹²⁾, e na eficácia terapêutica duvidosa ou no preço demasiado elevado, desde que existisse alternativa terapêutica comparticipada, tendo em conta a relação custo / benefício ⁽⁹⁸⁾. A determinação do custo mantinha-se de acordo com o já estipulado ^(86, 92, 98). Em caso de existência, as embalagens

de medicamentos excluídos da comparticipação com o preço anterior podiam ser utilizadas desde que remarcadas pelo titular da AIM na origem^(98, 100). A reavaliação sistemática dos medicamentos comparticipados mantinha-se da responsabilidade do INFARMED e devia ser revista com uma periodicidade não superior a três anos, por forma a ser possível confirmar a reunião dos requisitos legais de comparticipação^(85, 88, 92, 95, 96, 98). O ajustamento do preço decorrente de custo excessivo de medicamentos comparticipados devia ser feito pelos respectivos titulares de AIM, podendo ser corrigidos no prazo máximo de cento e oitenta dias após notificação do INFARMED, em conformidade com o estabelecido legalmente^(88, 92, 98). Contudo, se o preço do medicamento se mantivesse excessivo, mesmo após o ajustamento, o titular da AIM não poderia, relativamente a esse medicamento, ser sujeito a um ajustamento anual superior a 10 %, aplicado na data da revisão anual de preços, sendo mantida a sua comparticipação desde que nos anos seguintes houvesse lugar para os devidos ajustamentos, até ao preço daqueles produtos se encontrar em conformidade com o exigido⁽⁹⁸⁾.

A inclusão e a exclusão de medicamentos da lista de medicamentos comparticipados pelo SNS passaram a depender também do grau de qualidade da apresentação da evidência científica de eficácia e de efectividade para as indicações terapêuticas reclamadas, associada à verificação de uma favorável relação benefício/risco, bem como do seu valor terapêutico acrescido⁽⁹⁹⁾. A recomendação de comparticipação ou de descomparticipação, a formular pela comissão de avaliação, podia ter diversos graus, consoante a qualidade da prova científica apresentada, em função da apreciação dos estudos disponibilizados, com atenção especial à metodologia, conteúdo e resultados envolvidos, sendo os estudos classificados de acordo com as revisões sistemáticas, as metanálises de ensaios clínicos (controlados e aleatórios) e estudos de tipo experimental, observacionais prospectivos e retrospectivos e de opinião de peritos⁽⁹⁹⁾.

- Novas determinações políticas implementadas em 2000 visando a melhoria da qualidade da introdução no mercado, no fabrico, na comercialização e na comparticipação de medicamentos de uso humano

Em seguimento de novas determinações políticas, com vista a melhorar a qualidade da introdução no mercado, o fabrico, a comercialização e a comparticipação de medicamentos de uso humano, com regulamento em vigor desde em 1991 ^(85, 101), e a alcançar o objectivo associado da diminuição dos custos, foram redefinidas, em 2000, as orientações políticas referentes aos medicamentos.

O consumo de medicamentos genéricos, com produção e comercialização autorizadas no mercado nacional desde 1990 ^(85, 98, 102-105), apresentava um significativo aumento ^(106, 107) (viria a alcançar quotas de mercado no valor 5,48 % no período de Janeiro-Outubro de 2003, com registo de 5,93 % e 6,24 % nos meses de Outubro e Novembro desse ano, respectivamente ⁽¹⁰⁷⁾).

Sendo similares a outros produtos farmacêuticos já existentes no mercado, com a mesma substância activa e comparável eficácia terapêutica, sem prejuízo nem da qualidade nem da segurança verificadas, relativamente aos medicamentos equivalentes de marca existentes no mercado, os medicamentos genéricos permitiam alcançar valores de equilíbrio do binómio custo / benefício mais aceitáveis do que com alguns medicamentos de marca ^(108, 109). Diminuindo os custos afectos aos respectivos medicamentos de marca, revelavam-se uma opção significativamente mais barata do que a dos seus similares de marca, permitindo um benefício financeiro tanto para os utentes, que conseguiam ter acesso a medicamentos mais facilmente, como para o SNS, que poderia reduzir encargos com medicamentos e alocar os respectivos montantes para outros meios necessários, de modo a poder suportar custos de introdução de medicamentos inovadores e de terapêuticas mais dispendiosas ⁽¹⁰¹⁾.

Estas iniciativas reduziram as despesas e constituíram medidas importantes da política de saúde estabelecida pelo Governo. Contudo, a proliferação da oferta tornou complicado o respectivo comércio, que foi perdendo o carácter anterior.

Tornou-se, entretanto, necessário proceder à actualização e aperfeiçoamento do regime jurídico vigente ⁽⁸⁰⁾, envolvendo a clarificação da definição de *medicamento genérico*, a simplificação do processo de passagem de especialidades farmacêuticas já correntes no mercado a medicamentos genéricos, e a redefinição das respectivas formas de identificação, de prescrição e de dispensa ⁽¹⁰¹⁾. Igualmente importante foi o reforço da comparticipação no preço deste grupo de medicamentos ⁽⁹⁸⁾.

Novamente com a participação da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Farmacêuticos e da Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, foi desenvolvido um novo regime jurídico com redefinição de alguns conceitos, entre os quais os de *medicamento* ²⁴, *medicamentos essencialmente similares* ²⁵, *medicamento de referência* ²⁶, *DCI* ²⁷ e *nome genérico* ²⁸ ⁽¹⁰¹⁾. Foram também considerados como *medicamentos genéricos* os medicamentos que reunissem cumulativamente as condições de essencialmente similares a um medicamento de referência e tivessem caducado os seus direitos de propriedade industrial relativos às respectivas substâncias activas ou aos processos de fabrico, sem serem invocados a seu favor indicações terapêuticas diferentes relativamente ao medicamento de referência já autorizado ⁽¹⁰¹⁾.

Os medicamentos genéricos, que vinham sendo sujeitos a um regime especial de preços desde 1992 ⁽¹⁰³⁻¹⁰⁵⁾, passaram a ser comparticipáveis de acordo com o disposto na legislação em vigor sobre comparticipação ^(98, 101).

Os *medicamentos genéricos* passaram a ser identificados pela DCI das substâncias activas ou, na sua ausência, pelo *nome genérico*, seguida do nome do titular da AIM, da

²⁴ Toda a substância ou composição que possua propriedades curativas ou preventivas das doenças e dos seus sintomas, do homem ou do animal, com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou a restaurar, corrigir ou modificar as suas funções.

²⁵ Todos os medicamentos com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias activas, sob a mesma forma farmacêutica e para os quais, sempre que necessário, foi demonstrada bioequivalência com o medicamento de referência, com base em estudos de biodisponibilidade apropriados.

²⁶ Medicamento cuja substância activa foi autorizada e comercializada pela primeira vez no mercado com base em documentação completa, incluindo resultados de ensaios químicos, biológicos, farmacêuticos, farmacológicos, toxicológicos e clínicos.

²⁷ Designação adoptada ou proposta pela OMS para substâncias activas de medicamentos, de acordo com regras definidas, que não pode ser objecto de registo de marca ou nome, conforme lista publicada periodicamente pela OMS.

²⁸ Designação pela qual a substância activa de um medicamento é conhecida, que não corresponde a uma DCI aprovada ou recomendada e não é objecto de registo de marca ou de nome.

dosagem e da forma farmacêutica, e da sigla *MG*, inserida na embalagem exterior do medicamento ⁽¹⁰¹⁾. Passaram a ser prescritos pela DCI das substâncias activas, seguida da dosagem e forma farmacêutica, podendo o médico acrescentar o nome do respectivo titular da AIM ⁽¹⁰¹⁾. No acto de dispensa do medicamento, quando apenas indicado pela DCI da substância activa ou pelo nome genérico, o farmacêutico deveria fornecer o medicamento genérico de menor preço ⁽¹⁰¹⁾.

Os medicamentos foram sujeitos a novos critérios técnico-científicos de classificação em MSRM e MNSRM, como resultado de novas orientações aprovadas pelos Estados membros da União Europeia. O ponto de partida para a transferência do estatuto legal vigente ⁽⁹¹⁾ assentava na análise, caracterização e aprovação de situações passíveis de auto-avaliação e de auto-cuidados que pudessem constituir indicações possíveis para a automedicação ⁽¹¹⁰⁾.

Durante cerca de duas décadas, previamente à aprovação dos critérios técnico-científicos para a avaliação dos pedidos de transferência do estatuto legal dos medicamentos, foram aprovadas em Portugal listagens sucessivas de medicamentos, então designados de *venda livre*, de difícil aceitação como MNSRM à luz dos critérios de classificação mais recentes.

Em 1991, de acordo com o *Estatuto do Medicamento* ⁽⁸⁵⁾, considerava-se como *medicamento de venda livre* o medicamento que, destinado ao tratamento ou prevenção de certas doenças, podia, contudo, ser adquirido sem receita médica por não requerer cuidados médicos especiais. Tratando-se de uma definição simplista que ignorava questões de segurança e eficácia, essa mesma consideração obrigou a nova redefinição. Muitas dessas substâncias e associações de substâncias numa mesma forma farmacêutica careciam de provas experimentais, quer de eficácia quer de segurança, ao mesmo tempo que reclamavam indicações terapêuticas inaceitáveis em auto-medicação. O argumento de que a utilização e a exposição populacional durante muitos anos legitimam o estatuto de MNSRM não era aceitável na ausência de provas adequadas e suficientes para um claro estabelecimento de relações benefício/risco. Este problema colocava-se, com particular acuidade, para associações de várias substâncias activas na mesma forma farmacêutica, algumas das quais descritas como desenvolvendo tolerância e dependência, mas que

serviam de suporte a mensagens publicitárias onde se reclamavam aumentos de eficácia. Imperativos legais e de saúde pública impuseram, então, a necessidade de reavaliar a relação benefício/risco e o estatuto legal de alguns desses medicamentos disponíveis no mercado ⁽¹¹⁰⁾. Após consulta da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Farmacêuticos e da Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, foram definidos critérios a que deveria obedecer a classificação dos medicamentos quanto ao seu regime de dispensa ao público, passando a considerar-se *MNSRM* as substâncias ou associações de substâncias utilizadas na prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças, bem como outros produtos que, não sendo utilizados para aqueles fins, fossem tecnicamente considerados medicamentos, devendo relativamente a todos eles encontrar-se demonstrada uma relação benefício / risco, claramente favorável à sua utilização e cujo perfil de segurança se encontrasse bem estudado e fosse reconhecido como aceitável no contexto da auto-medicação ⁽¹¹⁰⁾.

A manutenção do estatuto de *MNSRM* para os respectivos medicamentos já existentes no mercado, dependia do cumprimento das condições de segurança exigidas ⁽¹¹⁰⁾. No caso de incerteza, seriam propostas, de acordo com a natureza do problema, a possibilidade de alteração do RCM e respectivo folheto informativo, a contingência de passagem à categoria de *MSRM*, ou a eventualidade de revogação da *AIM* do medicamento ⁽¹¹⁰⁾.

Relativamente à manutenção das associações de substâncias activas na categoria de *MNSRM*, a manutenção desse estatuto só se verificaria se as associações de substâncias activas não suscitasse incertezas de segurança, independentemente de conduzirem a aumentos de eficácia ⁽¹¹⁰⁾. No caso de necessidade de esclarecimento dessas questões, deviam ser estabelecidas discussões casuísticas com os titulares das *AIM*, com vista à alteração da composição do medicamento no sentido da supressão, na fórmula, das substâncias às quais fossem imputados os problemas de segurança ⁽¹¹⁰⁾.

Mesmo que as questões não fossem de segurança, a ausência de demonstração da respectiva eficácia terapêutica dos *MNSRM* já existentes no mercado podia, de acordo com a sua natureza, levar à sua desclassificação como *MNSRM* ⁽¹¹⁰⁾. Alternativamente, poder-se-ia ou manter o estatuto de *MNSRM*, desde que efectuadas as necessárias alterações ao RCM, e respectivo folheto informativo ou revogar a *AIM* ⁽¹¹⁰⁾.

- Estratégias para contenção de custos na participação de medicamentos no período de 2000 a 2002

O aumento da despesa pública no sector da saúde, em particular, na área do medicamento, levou diferentes países, incluindo Portugal, a adoptar estratégias de contenção de custos e de maior rigor nos gastos do Estado na participação do custo de medicamentos no período de 2000 a 2002. Era suposto que essas tentativas envolvessem todos os intervenientes no assunto, ou seja, os médicos, a indústria farmacêutica, as farmácias e, claro, também os utentes.

A dificuldade em encontrar um ponto de equilíbrio, objectivo desde há muito a ser tentado, conduziu a diversas iniciativas, tais como a promoção dos medicamentos genéricos, a prescrição por DCI, a racionalização das embalagens e o aperfeiçoamento dos mecanismos de participação.

No entanto, mantinha-se, como desafio persistente para as entidades envolvidas, a descoberta da melhor solução para fazer face aos aumentos crescentes registados no volume e no custo dos medicamentos fornecidos ou dispensados, designadamente pelo aparecimento de especialidades farmacêuticas de elevado preço. Dadas a disparidade de preços existentes para preparações farmacêuticas ditas semelhantes e a necessidade de não colocar em causa o benefício concedido ao doente nem a liberdade de prescrição do próprio médico, constituía objectivo principal o encontro de um valor de referência para os medicamentos de cada classe terapêutica ⁽¹¹¹⁾.

Com o problema em aberto, o Estado carecia, então, de introduzir preços de referência na participação de medicamentos fornecidos aos utentes do SNS, o que possibilitaria o equilíbrio de preços dos medicamentos participados, instituindo um valor máximo a ser participado, correspondente à participação do medicamento genérico de preço mais elevado de determinado grupo, e garantir uma alternativa de qualidade e equivalência terapêutica comprovadas ⁽¹¹¹⁾.

De novo, com a colaboração da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Farmacêuticos e do INFARMED, foi estabelecido um sistema de preços de referência aplicável à

comparticipação do Estado no preço de medicamentos prescritos e dispensados aos utentes do SNS ⁽¹¹¹⁾.

Para implementação desse sistema tornou-se necessário definir alguns dos termos usados nessa área, passando a entender-se como *preço de referência*, o valor sobre o qual incidiria a participação do Estado no preço dos medicamentos incluídos em cada um dos grupos homogêneos, de acordo com o escalão ou regime de participação aplicável ⁽¹¹¹⁾. Para além deste termo, houve necessidade adicional de definir *grupo homogêneo* ²⁹ e *medicamento genérico existente no mercado* ^{30 (111)}.

O preço de referência para cada grupo homogêneo, que obrigatoriamente passou a constar da rotulagem do medicamento, correspondia ao PVP do medicamento genérico existente no mercado e tivesse o PVP mais elevado ⁽¹¹¹⁾. O preço de referência devia ser aprovado, mediante proposta do INFARMED, por despacho comum dos Ministros da Saúde e da Economia, até 31 de Março de cada ano ⁽¹¹¹⁾. O mesmo se aplicava aos preços de referência para cada novo grupo homogêneo que pudesse vir a ser criado, como resultado da introdução no mercado de novos medicamentos genéricos ⁽¹¹¹⁾. Por sua vez, o INFARMED definiria e publicaria até 31 de Março de cada ano as listas de grupos homogêneos ⁽¹¹¹⁾.

A participação do Estado no preço dos medicamentos abrangidos pelo sistema de preços de referência implementado realizar-se-ia de acordo com o respectivo escalão ou regime de participação. No caso de serem medicamentos cujos PVP excedessem o preço de referência, a participação do Estado teria como base o respectivo preço de referência ⁽¹¹¹⁾; no caso de serem medicamentos cujo PVP não excedesse o preço de referência, a participação do Estado teria como base o respectivo PVP em vigor ⁽¹¹¹⁾. O preço de referência de cada grupo homogêneo seria majorado (*sic*) em 25 % para os utentes abrangidos pelo regime especial de participação de medicamentos ^(88, 92, 95, 98), até 31 de Dezembro de 2003 ⁽¹¹¹⁾.

²⁹ Conjunto de medicamentos com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias activas, forma farmacêutica, dosagem e via de administração, no qual se incluisse pelo menos um medicamento genérico existente no mercado.

³⁰ Medicamento genérico que tivesse registado vendas efectivas no âmbito do SNS, no semestre anterior à elaboração pelo INFARMED das listas de grupos homogêneos.

Na dispensa de medicamentos abrangidos, o farmacêutico ou algum seu colaborador devidamente habilitado, deveria obedecer às disposições legais em vigor na respectiva matéria ⁽¹⁰¹⁾. Devia ser dispensado o medicamento genérico, sempre que fosse essa a opção do utente, e no prazo máximo de doze horas, salvo ocorrência de ruptura comprovada de stock do medicamento no mercado, sem prejuízo do utente, conforme o disposto na lei ^{31 (111, 112)}.

Era assumido que os cidadãos, *únicos* beneficiários da prescrição medicamentosa e *principais interessados* na utilização criteriosa dos dinheiros públicos, deviam dispor da possibilidade de, no acto de fornecimento ou dispensa dos medicamentos, optar pelo medicamento com a mesma substância activa, segurança e valor terapêutico, ao menor preço ⁽¹¹³⁾. Simultaneamente, eram assumidas, também, a necessidade de se promoverem medidas de maior racionalização, numa perspectiva de rentabilização das despesas para o utente e para o Estado, e a necessidade de concretização futura do objectivo do desenvolvimento de uma relação sustentável entre o benefício e o custo do medicamento envolvendo a aprovação de medidas de racionalização da política do medicamento no âmbito do SNS ⁽¹¹³⁾.

O reconhecimento da necessidade do ajuste do dimensionamento das embalagens de medicamentos constituiu um dos importantes instrumentos de racionalização dos respectivos gastos ^(93, 94). Desse modo, corrigiu-se a redacção do estipulado na lei, de modo a permitir que a comparticipação pelo Estado no preço dos medicamentos pudesse depender, entre outros requisitos, da adequação da dimensão da embalagem à necessidade terapêutica ^(92, 114, 115). Além disso, a prescrição de medicamentos contendo substâncias activas para as quais existam já medicamentos genéricos autorizados, seria efectuada por meio da indicação da respectiva DCI ou do nome genérico, sendo admitido, a seguir a essa indicação, o registo do nome de marca do medicamento ou do nome do titular da AIM, acompanhado, em todos os casos, da dosagem, da forma farmacêutica e da posologia ⁽¹¹³⁾. Previa-se também que, se o médico prescritor o entendesse, poderia ele mesmo indicar o nome de marca do medicamento ou do titular da AIM na respectiva prescrição, e,

³¹ Artigo 63º: quando o farmacêutico não tenha o medicamento solicitado, deve providenciar no sentido de o obter o mais rapidamente possível, se o cliente assim o desejar, sem que esse facto permita a cobrança de qualquer importância suplementar.

simultânea e obrigatoriamente, informar o utente da existência também de medicamentos genéricos equivalentes comparticipados pelo SNS, com identificação do equivalente de preço mais baixo ⁽¹¹³⁾. Ainda assim, e no acto da dispensa dos medicamentos prescritos, o farmacêutico, ou seu colaborador devidamente habilitado, mantinha o dever de ceder idêntica informação ao utente ^(101, 113). Não obstante, mesmo reconhecida a liberdade de opção por parte do utente, quanto à dispensa dos medicamentos, ou por parte do médico prescriptor, quanto ao cumprimento da orientação terapêutica adequada, o farmacêutico, ou seu colaborador devidamente habilitado, só poderia alterar o medicamento prescrito a pedido do utente e, simultaneamente, se não houvesse uma declaração expressa do médico prescriptor ⁽¹¹³⁾. Nesse sentido, a receita médica deveria permitir assinalar, em rodapé bem visível, a declaração do médico prescriptor sobre a dispensa ou não do medicamento genérico, sendo que a ausência de opção por uma das alternativas previstas no rodapé ou o preenchimento de ambas em simultâneo pressupunha a concordância do médico prescriptor com a dispensa do medicamento genérico ⁽¹¹³⁾.

Na sequência da necessidade de racionalização da prescrição de medicamentos, da legislação relativa à obrigatoriedade da prescrição por DCI de determinadas substâncias activas, bem como da concessão ao utente do direito de opção por um medicamento genérico (quando o médico prescriptor não se opusesse) e porque a regulamentação da receita médica se encontrava dispersa por legislação avulsa, que se não adaptava às novas exigências legais, pareceu justificada a introdução de um novo modelo único de receita médica. Este, de características uniformes, passível de adaptação ao formato integralmente electrónico, passava a ser de utilização obrigatória para prescrição de medicamentos, incluindo os medicamentos manipulados, a comparticipar pelo SNS, independentemente do seu local de prescrição (em hospitais, centros de saúde ou em consultórios médicos particulares) sem prejuízo da sua utilização por outros subsistemas de saúde que o viessem a adoptar ⁽¹¹⁶⁾. Foi introduzida, ainda, nova regulamentação referente a receita médica renovável, facilitando o acesso dos doentes aos medicamentos de que necessitassem em caso de tratamentos prolongados, sem prejuízo do imprescindível controlo médico sobre os níveis quantitativos de prescrição ⁽¹¹⁶⁾. Essa nova regulamentação associava-se às vantagens da diminuição dos custos sociais e de uma relevante contribuição para o

descongestionamento dos serviços prestadores de cuidados de saúde ⁽¹¹⁶⁾. O novo modelo electrónico de receita médica em suporte de papel pré-impreso, modelo exclusivo da Imprensa Nacional-Casa da Moeda, S. A., foi aprovado. A sua utilização, a contar dessa altura, tornou-se obrigatória para todos os prescritores de medicamentos no âmbito do SNS, incluindo os subsistemas relacionados, sem prejuízo do disposto na legislação especial sobre medicamentos contendo estupefacientes e psicotrópicos ⁽¹¹⁶⁾. Cada receita médica, preenchida manual ou informaticamente, podia, na altura, conter a prescrição até quatro medicamentos distintos, com o limite máximo total de quatro embalagens, sem prejuízo do já disposto na lei ^(115, 116). Verificavam-se algumas excepções em relação a medicamentos pertencentes a determinados grupos terapêuticos, os quais podiam ser prescritos numa só receita até duas ou quatro embalagens ^(93, 94, 116) (ver *Anexo I* e *Anexo II*).

Sempre que a receita fosse dirigida para um doente abrangido por regime especial de comparticipação de medicamentos ^(88, 92, 98), o facto deveria ser mencionado na mesma pelo médico prescritor, ainda que de forma manual, se não fosse possível a sua impressão informatizada ⁽¹¹⁶⁾. No caso de o doente ser beneficiário de um subsistema ou de um seguro de saúde, seria obrigatório o preenchimento, manual ou informático, do campo relativo à entidade financiadora ⁽¹¹⁶⁾. Sempre que a prescrição fosse dirigida para um doente pensionista, abrangido pelas condições legais em vigor ^(88, 98), e quando não fosse possível a impressão informática da receita médica, deveria ser colocada uma vinheta de cor verde, pelos serviços respectivos e em local apropriado, identificando a unidade de saúde prestadora dos cuidados ⁽¹¹⁶⁾. No caso de trabalhadores migrantes, os serviços administrativos das respectivas instituições deveriam marcar na receita médica, entre outros, o termo *migrante*, com o carimbo em vigor, e registar o nome desse trabalhador e o nome da entidade emissora do livrete ⁽¹¹⁶⁾.

A receita médica só seria susceptível de ser validada se estivessem preenchidos na totalidade todos os campos obrigatórios, ou seja, se, entre outros parâmetros, incluisse o número próprio e sua representação em código de barras, o local de prescrição e sua representação também em código de barras, sempre que aplicável, a identificação do médico prescritor (nome, especialidade médica, número da cédula profissional e respectivo

código de barras), o nome e número de utente, incluindo a letra correspondente, constantes do cartão de utente do SNS ou número de beneficiário, a indicação da entidade financeira responsável e do regime especial de participação, se aplicável, a designação do medicamento (DCI ou nome genérico), a dosagem, forma farmacêutica, número de embalagens, dimensão das embalagens e posologia, e a data da prescrição ⁽¹¹⁶⁾. A validação dependia ainda, no caso de preenchimento manual, da verificação da assinatura e aposição da vinheta identificativa do médico prescriptor, bem como, quando aplicável, da vinheta da unidade prestadora de cuidados de saúde ⁽¹¹⁶⁾. No caso de preenchimento informático dependia, ainda, do registo dos respectivos códigos de barras identificativos do médico prescriptor e da unidade prestadora de cuidados de saúde ⁽¹¹⁶⁾. A receita médica seria válida pelo prazo máximo de dez dias úteis a contar da data da sua emissão, excepto em casos de receita médica renovável ⁽¹¹⁶⁾. Neste caso, constituída por um original e duas cópias quando em suporte de papel, ou por três exemplares impressos quando em suporte informático, a validade máxima seria de seis meses, e não seriam permitidas mais de três renovações ⁽¹¹⁶⁾.

No acto da dispensa de medicamentos, o farmacêutico ou seu colaborador devidamente habilitado, deveria datar, assinar e carimbar a receita e nela colar a etiqueta destacável das embalagens dispensadas ou, em alternativa, imprimir nela informaticamente os respectivos códigos identificadores, devendo o utente ou um seu representante assinar a receita quando dispensado um medicamento genérico em vez do medicamento prescrito ⁽¹¹⁶⁾.

As despesas inerentes aos impressos do receituário a utilizar seriam do encargo de cada uma das administrações regionais de saúde; os profissionais e as unidades de saúde privados que utilizassem tal modelo de receituário deveriam adquiri-lo nas administrações regionais de saúde da respectiva zona de actuação ⁽¹¹⁶⁾.

- Determinações políticas de redução de custos e expansão do mercado de medicamentos genéricos no período de 2002 a 2004

O Programa do XV Governo Constitucional (ver *Anexo XI*), orientado por propósitos de rigor no controlo da despesa pública, e, em particular, pela respectiva repercussão nos gastos com medicamentos, por forma a poder suportar tal despesa e a possibilitar a redistribuição de recursos, previu, em matéria de saúde e de política do medicamento, a expansão do mercado de genéricos e a prescrição por DCI ^(111, 117). Para o efeito, regulamentou os mecanismos de comparticipação dos medicamentos de eficácia terapêutica comprovada, através da introdução gradual da comparticipação de referência para grupos homogêneos de medicamentos ^(111, 117).

De forma a permitir a execução desses princípios, tinham sido recentemente publicados, para o SNS, diplomas estabelecendo o sistema de preços de referência para efeitos de comparticipação pelo Estado no preço dos medicamentos ⁽¹¹¹⁾, aprovadas medidas para a racionalização da política do medicamento no âmbito do SNS ⁽¹¹³⁾ e aprovado o modelo de receita médica destinado à prescrição de medicamentos, incluindo a de medicamentos manipulados ⁽¹¹⁶⁾.

Agora, eram criadas condições para que, gradualmente, idênticas preocupações de controlo e rigor, fossem estendidas a todos os subsistemas de saúde geridos por serviços e organismos do Estado que comparticipavam nos preços dos medicamentos dos seus beneficiários ⁽¹¹⁷⁾.

As alterações legislativas verificadas ao longo dos anos ^(85, 101, 118), permitiram a passagem de especialidades farmacêuticas já existentes no mercado à categoria de medicamentos genéricos. Para tal ser possível, as especialidades farmacêuticas tiveram de obedecer aos requisitos legais exigidos e, adicionalmente, comprovarem a redução de gastos para o Estado e para os utentes ^(85, 88, 101, 118, 119). Essa passagem estava afectada por condicionalismos legais, passíveis de uma interpretação demasiado restritiva, a qual se não mostrava suficientemente atractiva para incentivar os titulares das AIM daqueles medicamentos a requerer a sua passagem a medicamentos genéricos. Com a introdução da legislação relativa ao sistema de comparticipação por preço de referência ⁽¹¹¹⁾ e às regras

aplicáveis à prescrição por DCI ⁽¹¹³⁾, as condições de passagem de medicamentos de marca a medicamentos genéricos ficaram clarificadas, permitindo a aferição do impacto na redução de encargos tanto para o utente como para o Estado. Por outro lado, as medidas tomadas no âmbito da política do medicamento, inseridas em contexto mais amplo de desenvolvimento a nível comunitário, apontavam no sentido de uma maior racionalização do mercado dos medicamentos, promovendo a introdução e utilização dos medicamentos genéricos, a par da criação de condições que promovessem a acessibilidade aos medicamentos inovadores ⁽¹¹⁹⁻¹²²⁾.

Nesse contexto, porque o mercado nacional do medicamento apresentava especificidades resultantes da evolução dos preceitos legais aplicáveis à protecção da propriedade industrial ⁽¹²³⁾, caracterizado pela existência de um elevado número de medicamentos de marca semelhantes aos medicamentos originais, importava criar condições que visassem estimular a passagem desses medicamentos de marca a medicamentos genéricos, promovendo a racionalização do mercado do medicamento e o desenvolvimento dos medicamentos genéricos ⁽¹¹⁹⁾.

Sem prejuízo da possibilidade, legalmente prevista, de introdução de medicamentos de uso humano, já bem estabelecida ⁽¹⁰¹⁾, o mercado do medicamento tendeu, progressivamente, a transformar-se no comércio de medicamentos genéricos, com um sector de medicamentos inovadores ⁽¹¹⁹⁾. No âmbito do INFARMED, pela plena operacionalização do *Laboratório de Comprovação da Qualidade do Medicamento e dos Produtos de Saúde*, declaravam-se asseguradas, em conjugação com a verificação do cumprimento das boas práticas de fabrico e, no caso dos medicamentos genéricos, da comprovação da bioequivalência, através dos estudos de biodisponibilidade, as condições necessárias à garantia da qualidade de medicamentos disponíveis em Portugal ⁽¹¹⁹⁾.

As crescentes exigências e preocupações de garantia da qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos, quer a nível comunitário quer a nível nacional, e as obrigações reflectidas no Programa do XV Governo Constitucional, justificavam a introdução de ajustamentos no regime legal em vigor. A autorização de transferência de especialidades farmacêuticas, já existentes no mercado ^(85, 101, 118), de acordo com as exigências legais, para medicamentos genéricos, foi uma forma de promoção de maior

acessibilidade do cidadão ao medicamento genérico, permitindo, em simultâneo, racionalizar a utilização dos recursos disponíveis ⁽¹¹⁹⁾. Manteve-se, no entanto, a necessidade de o requerente da transferência demonstrar a bioequivalência entre o medicamento em causa e o medicamento de referência. Após obtenção da autorização prevista, os anteriores medicamentos comparticipados, passavam a usufruir, automaticamente, da respectiva comparticipação como medicamentos genéricos, devendo, para o efeito, serem notificadas sobre o novo preço a praticar as entidades competentes, com a antecedência mínima de trinta dias ⁽¹¹⁹⁾.

Os recém classificados medicamentos genéricos mantinham as condições de identificação exigidas ⁽¹⁰¹⁾, podendo, após o nome do titular da AIM, ser seguidos de um nome de fantasia ⁽¹¹⁹⁾. Caso já existisse preço de referência aprovado para o grupo homogêneo correspondente ^(88, 111), o respectivo PVP do novo medicamento genérico não podia ser superior a esse valor ⁽¹¹⁹⁾. Entretanto, os medicamentos recém classificados como medicamentos genéricos ficavam sujeitos a um regime transitório de formação de preços, conforme a legislação em vigor ^(85, 111). Se o novo preço fosse inferior ao preço de referência, em caso de existência, ou ao preço resultante do regime de formação de preço dos medicamentos genéricos, o aumento de preço ficava condicionado a um valor máximo de 10 %, não podendo exceder o respectivo preço de referência ou o resultante da aplicação do regime de formação ⁽¹⁰⁴⁾. Porém, o novo preço do medicamento podia ser superior em 10 % ao preço resultante da aplicação do regime de formação de preço dos medicamentos genéricos, desde que não excedesse o seu anterior PVP, e desde que, à data do pedido, não existissem medicamentos genéricos autorizados com idêntica composição qualitativa e quantitativa em substâncias activas ⁽¹¹⁹⁾.

A política do medicamento que vinha a ser desenvolvida pelo XV Governo Constitucional assentava no aumento do mercado de medicamentos genéricos e na comparticipação do Estado no preço dos medicamentos, através de um sistema de preços de referência. No entanto, a execução dessa política, por implicar uma profunda reforma ao nível da prescrição e dispensa de medicamentos, e pela própria cultura dos agentes e

parceiros do sector e dos utentes, foi faseada e progressiva, visando a maximização dos resultados.

Decorrido pouco mais de um ano sobre a publicação dos primeiros diplomas que marcaram o início da concretização dessa política ^(111, 113, 119), considerou-se apropriado dar mais um passo no rumo traçado, promovendo a melhor acessibilidade do cidadão ao medicamento, nomeadamente através do medicamento genérico. Por conseguinte, procedeu-se ao aumento da periodicidade de aprovação de preços de referência decorrentes da comercialização de novos genéricos, de modo a possibilitar a agilização do mecanismo de criação de novos grupos homogéneos ⁽¹²⁴⁾. Redefiniu-se também o conceito de *medicamento genérico existente no mercado* ^{32 (124)}. Simultaneamente, criaram-se as condições necessárias para que os utentes pudessem beneficiar de um número cada vez maior de grupos homogéneos, oferecendo-se, igualmente, melhores condições de *desenvolvimento do mercado aos operadores da indústria farmacêutica* ⁽¹²⁴⁾. Paralelamente, definiram-se os elementos obrigatórios que, em termos de preços, deviam constar da rotulagem dos medicamentos comparticipados ⁽¹²⁴⁾. Assim, e sempre que se verificassem variações nos preços de referência, não seria necessária a remarcação das embalagens, evitando, com esta medida, gastos adicionais. O regime da inclusão ou exclusão na lista de medicamentos comparticipados foi também melhorado. Para facilidade da facturação, fez-se coincidir o regime de inclusão com o início do mês, nos termos indicados na notificação levada a cabo pelos titulares de AIM, e o regime de exclusão com o início do mês seguinte à notificação da decisão de exclusão ⁽¹²⁴⁾. Até ao décimo quinto dia do último mês de cada trimestre civil, os preços de referência para cada um dos grupos homogéneos de medicamentos, bem como os correspondentes a novos grupos homogéneos a criar como resultado da introdução no mercado de novos medicamentos genéricos, teriam de ser aprovados, sob a forma de despacho, pelos Ministros da Saúde e da Economia, mediante proposta do INFARMED ⁽¹²⁴⁾. Os preços de referência passavam a entrar em vigor no primeiro dia do mês seguinte à publicação do despacho de aprovação respectivo ⁽¹²⁴⁾.

³² Medicamento genérico que registe vendas efectivas ou cuja comercialização, conforme notificação do AIM, se iniciasse até à data da elaboração pelo INFARMED das listas de grupos homogéneos.

No seguimento do ajustamento das determinações políticas sobre a saúde, foi julgado oportuno aperfeiçoar as definições de *preparado oficial*³³ e *fórmula magistral*³⁴, consagradas no denominado *Estatuto do Medicamento*^(85, 125). Este aprimoramento tinha certamente a intenção de melhorar o acesso a medicamentos de qualidade, incluindo as especialidades farmacêuticas produzidas industrialmente e também os denominados medicamentos manipulados, ou seja, o acesso a formulações preparadas nas farmácias de oficina, quando o serviço farmacêutico do hospital requerente não reunisse as condições materiais exigidas para preparação desses mesmos produtos, e nos serviços farmacêuticos hospitalares^(85, 125). Desde que obedecessem às *Boas Práticas a Observar na Preparação de Medicamentos Manipulados em Farmácia de Oficina e Hospitalar*⁽¹²⁶⁾, às normas estabelecidas no *Guia para o Bom Fabrico de Medicamentos*^(127, 128) e às demais normas aplicáveis ao fabrico de medicamentos, os hospitais poderiam contratar, com outras entidades, a produção de preparados oficinais, para uso exclusivo nos respectivos estabelecimentos. O pedido de produção, porém, exigia, paralela e cumulativamente, que o serviço farmacêutico do hospital requerente não tivesse as necessárias condições materiais para preparação do produto em causa, não existissem em Portugal medicamentos essencialmente similares aprovados com idêntica composição qualitativa e quantitativa, em substâncias activas, e na forma farmacêutica, ou, caso existissem, não fossem comercializados, e que o produto apenas se destinasse a resolver problemas clínicos comprovadamente sem terapêutica alternativa⁽¹²⁵⁾. A prescrição e a preparação desses medicamentos manipulados, bem como os termos de aprovação das boas práticas de fabrico e os preços a cobrar, seriam aprovados por Decreto-Lei, podendo ficar sujeitos a uma taxa de comparticipação pelo Estado de 50 % sobre o respectivo PVP^(85, 125).

O XVI Governo Constitucional, formado com base na maioria parlamentar resultante das eleições de 2002, com início de funções em 17 de Julho de 2004, e cessação de mandato em 12 de Março de 2005, por dissolução da Assembleia da República pelo

³³ Qualquer medicamento preparado segundo as indicações oficiais, de uma farmacopeia ou de um formulário, numa farmácia de oficina ou nos serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado directamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço.

³⁴ Todo o medicamento preparado numa farmácia ou serviço farmacêutico hospitalar, segundo uma receita médica e destinado a um doente determinado.

Presidente da República, apresentava um programa para a área da saúde, em geral, e do medicamento, em particular, que visava assegurar à população uma prestação de cuidados de saúde tecnicamente eficiente e socialmente mais justa (ver *Anexo XII*). Contudo, para alcançar tal objectivo, seria julgada necessária a introdução de uma maior racionalidade na utilização dos medicamentos. O problema da dimensão das embalagens dos medicamentos comparticipados pelo Estado, objecto de regulamentação legal nos últimos anos ^(93-94, 116), foi de novo objecto de ajustamentos ⁽¹²⁹⁾.

A análise do mercado de medicamentos continuava a revelar um desajustamento entre o número de unidades das embalagens de medicamentos à disposição do público e a quantidade de medicamentos correspondentes às necessidades terapêuticas ⁽¹²⁹⁾. Mais uma vez eram revelados também desperdícios desnecessários com custos inerentes, tanto para o cidadão, como para o SNS, os subsistemas de saúde públicos e subsistemas de saúde privados.

Pretendendo aproximar a quantidade de medicamento disponível em cada embalagem às reais necessidades terapêuticas da maioria dos doentes, e tendo em conta bases científicas, a ética médica e farmacêutica, o respeito pelos direitos dos utentes e, ainda, a necessidade de racionalização do número de apresentações comparticipadas disponíveis para o mesmo medicamento, foram incorporadas novas alterações à lei ⁽¹²⁹⁾. No seguimento de tais medidas, foram permitidas, para as formas orais sólidas, duas dimensões de embalagens, a pequena e a grande, com tendência a comportarem, num período transitório de cerca de dois anos, apenas vinte e sessenta unidades cada, respectivamente ⁽¹²⁹⁾. Admitiam-se, no entanto, excepções a essa regra, desde que devidamente justificadas e avaliadas pelo INFARMED, e desde que em obediência aos princípios de adequação a determinados tempos de duração da terapêutica, necessidade de vigilância clínica, e forma farmacêutica, princípios esses que deveriam nortear as dimensões das embalagens das demais formas farmacêuticas ⁽¹²⁹⁾. Igualmente se considerou imprescindível que o medicamento genérico apenas tivesse embalagens de dimensões iguais à do medicamento de referência ⁽¹²⁹⁾.

A observância da adequação da dimensão da embalagem ao respectivo tratamento seria determinante para efeitos de comparticipação e de manutenção da comparticipação

pelo Estado no PVP do medicamento. A dimensão das embalagens dos medicamentos genéricos passava a ser exactamente igual à dos respectivos medicamentos de referência, no que respeita ao número de unidades de cada embalagem, podendo o INFARMED, em casos excepcionais e devidamente justificados, autorizar embalagens de medicamentos genéricos contendo múltiplos inteiros das embalagens do medicamento de referência ⁽¹²⁹⁾.

Para efeito de comparticipação, o cálculo dos preços das especialidades farmacêuticas, quer sujeitas a adequação das respectivas dimensões das embalagens quer mesmo com novas dimensões, passaria a ser efectuado, tendo em consideração, para além do nome ou denominação da forma farmacêutica e da dosagem, a forma proporcional do PVP da apresentação comparticipada de dimensão mais aproximada daquela ⁽¹²⁹⁾ (ver *Anexo V*). Se ambas as apresentações fossem igualmente aproximadas, deveria ter-se por referência a de dimensão mais reduzida ⁽¹²⁹⁾.

- MNSRM, venda livre e auto-medicação

A facilidade de acesso, a publicidade generalizada, a falsa ideia da completa ausência de malefícios na toma e o preço relativamente acessível dos MNSRM, para além do acesso, progressivamente crescente, dos consumidores à informação sobre saúde e sobre medicamentos, nem sempre globalmente compreendida nem correctamente interpretada, permitia a vulgarização da prática de auto-medicação ^{35 (130)}, que, se não for limitada a situações clínicas muito bem definidas e se não estiver associada a uma utilização responsável, de acordo com as especificações estabelecidas, pode ter resultados graves para a saúde individual e pública.

Desde 1994, altura coincidente com o início da classificação de medicamentos quanto à sua dispensa ao público ^(91, 110), têm sido desenvolvidos trabalhos permanentes na área da auto-medicação. O objectivo primacial foi a definição de critérios respeitantes aos

³⁵ Utilização de MNSRM de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde.

MNSRM, de forma a uniformizar as regras de utilização dos mesmos. Para tal, tornava-se necessária a definição de diversos critérios, incluindo a definição das situações clínicas susceptíveis de auto-medicação. Por forma a ser possível uma posição comum relativamente a esse assunto, seria necessária a colaboração das entidades e dos vários parceiros com responsabilidades nesta matéria, designadamente o INFARMED, enquanto autoridade reguladora em matéria de medicamentos, as associações representativas dos profissionais do sector da saúde (Ordem dos Médicos, Ordem dos Farmacêuticos, Ordem dos Médicos Dentistas, Associação Nacional das Farmácias, e Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral), a indústria farmacêutica (Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica), e os consumidores (Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor - DECO) ⁽¹³¹⁾.

Em 2002, na sequência da prática de auto-medicação associada a diversos problemas decorrentes, fundamentalmente, da sua inadequada administração, consequência, na maior parte das situações, de uma informação inadequada e insuficiente, e de uma cultura fármaco-terapêutica não consolidada nas suas bases, foi criado o *Grupo de Consenso sobre Auto-Medicação*, e aprovada a lista de indicações passíveis de auto-medicação (ver *Tabela 8*) ⁽¹³¹⁾, a qual foi em seguida homologada.

Essa listagem, sofreu, posteriormente, correcções, tendo, em 2007, sido adicionados de algumas outras situações (ver *Tabela 9*) ⁽¹³⁰⁾.

Pelas normas e critérios técnico-científicos relativos aos medicamentos considerados MNSRM, no que respeita ao seu estatuto de dispensa ao público ⁽¹¹⁰⁾, foi tida por necessária nova revisão legislativa, com revogação e suspensão, durante todo o processo de avaliação, da legislação em vigor ^(110, 132), e, em 2005, foi concedida autorização para a venda de MNSRM *fora* das farmácias ⁽¹³³⁾.

Tabela 8

<i>Sistema</i>	<i>Situações consideradas oficialmente como passíveis de auto-medicação</i>
Digestivo	Diarreia Hemorróidas (diagnóstico confirmado) Pirose, enfartamento, flatulência Obstipação Vômitos, enjoo do movimento Higiene oral e da orofaringe Endoparasitoses intestinais Estomatites (excluindo graves) e gengivites Odontalgias
Respiratório	Sintomatologia associada a estados gripais e constipações Odinofagia, faringite (excluindo amigdalite) Rinorreia e congestão nasal Tosse e rouquidão
Cutâneo	Queimaduras de 1.º grau, incluindo solares Verrugas Acne ligeiro a moderado Desinfecção e higiene da pele e mucosas Micoses interdigitais Ectoparasitoses Picadas de insectos Pitiríase capitis (caspa) Herpes labial Feridas superficiais Dermatite das fraldas Seborreia Alopécia Calos e calosidades Frieiras
Nervoso/psique	Cefaleias ligeiras a moderadas
Muscular/ósseo	Dores musculares ligeiras a moderadas Contusões Dores pós-traumáticas
Geral	Febre (menos de três dias) Estados de astenia de causa identificada Prevenção de avitaminoses
Ocular	Hipossecreção conjuntival, irritação ocular de duração inferior a três dias
Ginecológico	Dismenorreia primária Contraceção de emergência Métodos contraceptivos de barreira e químicos Higiene vaginal
Vascular	Síndrome varicosa — terapêutica tópica adjuvante

Tabela 8.: Lista de situações passíveis de auto-medicação, em 20 de Março de 2002.

Tabela 9

<i>Sistema</i>	<i>Situações passíveis de auto-medicação - adenda</i>
Digestivo	Profilaxia da cárie dentária Candidíase oral recorrente com diagnóstico médico prévio Modificação dos termos de higiene oral por desinfecção oral Estomatite aftosa
Respiratório	Tratamento sintomático da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio Adjuvante mucolítico do tratamento antibacteriano das infecções respiratórias em presença de hipersecreção brônquica Prevenção e tratamento da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio (corticóide em inalador nasal)
Cutâneo	Tratamento da pitiríase versicolor Candidíase balânica Anestesia tópica em mucosas e pele nomeadamente mucosa oral e rectal Tratamento sintomático localizado de eczema e dermatite com diagnóstico médico prévio
Nervoso/psique	Tratamento da dependência da nicotina para alívio dos sintomas de privação desta substância em pessoas que desejem deixar de fumar Enxaqueca com diagnóstico médico prévio Ansiedade ligeira temporária Dificuldade temporária em adormecer
Muscular/ósseo	Dores reumáticas ligeiras moderadas (osteoartrite/osteoartrite) Dores articulares ligeiras a moderadas Tratamento tópico de sinovites, artrites (não infecciosa), bursites, tendinites Inflamação moderada de origem músculo-esquelética nomeadamente pós-traumática ou de origem reumática
Ocular	Tratamento preventivo da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio Tratamento sintomático da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio
Ginecológico	Modificação dos termos de higiene vaginal por desinfecção vaginal Candidíase vaginal recorrente com diagnóstico médico prévio (situação clínica caracterizada por corrimento vaginal esbranquiçado, acompanhado de prurido vaginal e habitualmente com exacerbação pré-menstrual) Terapêutica tópica nas alterações tróficas do tracto génito-urinário inferior acompanhadas de queixas vaginais como disparêunia, secura e prurido
Vascular	Tratamento sintomático por via oral da insuficiência venosa crónica (com descrição de sintomatologia)

Tabela 9.: Adenda à lista de situações passíveis de auto-medicação, em 10 de Agosto de 2007.

- Actividade farmacêutica e parafarmacêutica

O Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos, aprovado pela Ordem dos Farmacêuticos aquando da oficialização legal dessa instituição profissional ⁽¹³⁴⁾, foi posteriormente alterado, em 1979, para adequação à nova filosofia da Constituição da República Portuguesa ⁽¹³⁵⁾, tendo sido, por isso, afectado pelas condições políticas em constante ajustamento após a Revolução do 25 de Abril de 1974. Reconhece a *profissão farmacêutica*, como uma profissão de *interesse geral relevante* e, na sua prestação, uma *profissão com autonomia técnica, participante, entre outras áreas, no prosseguimento de uma correcta política nacional de saúde e respectiva execução adequada* ⁽¹³⁵⁾. A exigência da formulação de preceitos deontológicos específicos e de uma estrutura disciplinar autónoma, assim como a exigência, para o seu exercício, da preparação universitária, revelam a *importância social* dos interesses servidos pela respectiva profissão e as implicações que, normativamente, resultam para a autonomia técnica da realização dessa actividade ^(134, 135). Considera, também, a autonomia jurídica para a prestação da actividade profissional, reconhecida de interesse público, como uma actividade sanitária *exclusiva* dos farmacêuticos, totalmente capacitados para preparar, conservar e distribuir medicamentos ao público ^(134, 135). No exercício da sua profissão, os farmacêuticos, inscritos na Ordem, ficam obrigados, entre outros aspectos, a zelar pelos interesses da saúde pública enquanto esta estiver, por alguma forma, dependente do *acto farmacêutico*, estando subordinados à satisfação dos interesses da saúde pública no que se refere a organização técnica e económica da actividade profissional. É-lhes também requerido espírito de total discrição no tratamento de assuntos profissionais, para além do exigido sigilo profissional ^(134, 135). Considera-se como dever a contribuição para o progresso da Farmácia, mediante o culto da ciência e da técnica farmacêutica, pela aquisição de informações e experiências através de conferências, congressos e outros meios apropriados, abstenção de reclamos sensacionais e cumprimento das prescrições legais sobre o exercício da profissão ^(134, 135).

Em 2001, através de novo ajustamento do Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos, ficaram estipuladas as actividades afectas ao *acto farmacêutico* ⁽¹³⁶⁾. Entre outras, passaram a fazer parte as actividades relacionadas com o desenvolvimento e preparação da forma

farmacêutica dos medicamentos, o registo, fabrico e controlo dos medicamentos de uso humano e veterinário e dos dispositivos médicos, o controlo de qualidade dos medicamentos e dos dispositivos médicos (em laboratório de controlo de qualidade de medicamentos e dispositivos médicos), o armazenamento, a conservação e a distribuição por grosso dos medicamentos de uso humano e veterinário e dos dispositivos médicos ⁽¹³⁶⁾. Passaram também a fazer parte as actividades que envolvem a preparação, o controlo, a selecção, a aquisição, o armazenamento e a *dispensa de medicamentos* de uso humano e veterinário e de dispositivos médicos em *farmácias abertas ao público, serviços farmacêuticos hospitalares e serviços farmacêuticos privativos* de quaisquer outras entidades públicas e privadas ⁽¹³⁶⁾. Será também das funções do farmacêutico e da sua responsabilidade a preparação de soluções anti-sépticas, de desinfectantes e de misturas intravenosas, a interpretação e a avaliação das prescrições médicas, a informação e a consulta sobre medicamentos de uso humano e veterinário e sobre dispositivos médicos, tanto os sujeitos como os não sujeitos a prescrição médica, junto de profissionais de saúde e de doentes, de modo a promover a sua correcta utilização, assim como o acompanhamento, a vigilância e o controlo da distribuição, dispensa e utilização de medicamentos de uso humano e veterinário e de dispositivos médicos ⁽¹³⁶⁾. A monitorização de fármacos, incluindo a determinação de parâmetros fármaco-cinéticos e o estabelecimento de esquemas posológicos individualizados, a colheita de produtos biológicos, a execução e a interpretação de análises clínicas e a determinação de níveis séricos, a execução e a interpretação de análises toxicológicas, hidrológicas e bromatológicas e todos os actos ou funções directamente ligados às actividades descritas nas competências anteriores são funções da responsabilidade do próprio acto farmacêutico ⁽¹³⁶⁾.

Contudo, em 2005, o Governo foi autorizado pela Assembleia da República a legislar no sentido de alterar o Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos em vigor ^{36 (136)}, com

³⁶ Alínea e), artigo 77º, referente à reparação, controlo, selecção, aquisição, armazenamento e dispensa de medicamentos de uso humano e veterinário e de dispositivos médicos em farmácias abertas ao público, serviços farmacêuticos hospitalares e serviços farmacêuticos privativos de quaisquer outras entidades públicas e privadas.

o objectivo de permitir a *distribuição de MNSRM fora das farmácias*, por farmacêuticos ou por técnicos de farmácia ⁽¹³³⁾.

Ao considerar que alguns medicamentos para uso humano, designadamente os que não necessitavam de receita médica (MNSRM), podem ser comercializados fora das farmácias, o Governo procurava proporcionar benefícios aos consumidores, disponibilizando um leque mais alargado de pontos de venda, facilitando a acessibilidade a MNSRM ⁽¹³⁷⁾. Paralelamente, possibilitava a prática de preços mais reduzidos, liberalizando a fixação das margens de comercialização, promovendo uma concorrência efectiva entre os vários canais de distribuição e comercialização ⁽¹³⁷⁾. Promovia, também, o alargamento do mercado de emprego para os jovens farmacêuticos e técnicos de farmácia, criando novas oportunidades de trabalho, uma vez que a venda de tais medicamentos devia continuar a ser efectuada por pessoal qualificado ou sob a sua supervisão ⁽¹³⁷⁾. Além disso, permitia que Portugal se aproximasse da tendência internacional de alargar os pontos de venda deste tipo de medicamentos, processo na altura já adoptado em diversos países europeus ⁽¹³⁷⁾.

Para aplicação destas novas medidas políticas, tornava-se necessário alterar os preceitos legais do regime da actividade farmacêutica e do estatuto profissional dos farmacêuticos, diplomas que reservavam justamente para os farmacêuticos o fornecimento de medicamentos ao público, admitindo apenas o exercício dessa actividade profissional nas farmácias ^(136, 137). Contudo, mantinham-se as regras e os procedimentos em vigor como suportes do sistema de regulação dos medicamentos, de forma a garantir a qualidade e a segurança da sua utilização. Admitia-se também a legislação referente aos medicamentos passíveis de comercialização fora das farmácias. Os novos locais de venda seriam objecto de registo prévio junto do INFARMED, ficando sujeitos à respectiva fiscalização ⁽¹³⁷⁾.

A medida de alteração do local de venda dos MNSRM foi aprovada após audição da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Farmacêuticos, da Ordem dos Médicos Dentistas, da Ordem dos Enfermeiros, da Associação Nacional das Farmácias, da Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, da Associação de Farmácias de Portugal, da Associação Portuguesa de Empresas de Distribuição, das associações de grossistas,

importadores e armazenistas de produtos químicos e farmacêuticos, da Federação de Cooperativas de Distribuição, da Associação de Consumidores de Portugal, do Instituto do Consumidor, da Autoridade da Concorrência e dos sindicatos do sector ⁽¹³⁷⁾.

A definição das condições em que se processava a venda do MNSRM, o registo dos locais de venda e os requisitos de instalação e funcionamento desses mesmos locais, assim como a preservação do ciclo de conservação e vigilância dos medicamentos, incluindo os mecanismos inerentes ao sistema de fármaco-vigilância e a operacionalização do sistema de alertas de segurança e de qualidade e recolha de medicamentos, foram regulamentados por portaria conjunta dos Ministros da Saúde e da Economia e Inovação ⁽¹³⁸⁾. Para além da obrigatoriedade de as instalações de venda serem adequadas ao exercício da dispensa de MNSRM, reunindo as condições indispensáveis para uma correcta preservação da qualidade do produto, elas deveriam ter um responsável técnico e pessoal com formação adequada às funções ⁽¹³⁸⁾. Deviam, também, exibir referência, em local bem visível, à aprovação oficial para estabelecimento de venda de MNSRM, com indicação do respectivo registo no INFARMED, da indicação do nome do responsável técnico e respectiva habilitação profissional, só podendo vender ao público MNSRM adquiridos a entidades devidamente licenciadas e autorizadas para fabricar, importar ou distribuir por grosso os medicamentos, cabendo ao responsável técnico assegurar o cumprimento desta exigência ⁽¹³⁸⁾.

- Alterações ao Estatuto do Medicamento, entre 2005 e 2006

Desde 2005, o Estatuto do Medicamento, no que respeita à reclassificação da dispensa ao público, e os textos referentes aos regimes de participação do Estado no PVP dos medicamentos, têm sido sujeitos a diversas alterações e ajustamentos.

O ano de 2006, marca uma profunda mudança no sector do medicamento, designadamente nas áreas do fabrico, controlo da qualidade, segurança e eficácia, introdução no mercado e comercialização dos medicamentos para uso humano ⁽¹³⁹⁾.

A implementação de aspectos jurídicos na área dos medicamentos de uso humano, com início em 1991 ⁽⁸⁵⁾, procurou garantir coerência e uniformização de parâmetros num sector anteriormente regido por um conjunto disperso de normas diversas.

O incessante progresso técnico e científico, os problemas emergentes, as novas prioridades políticas e a permanente necessidade de adaptação da legislação nacional a orientações políticas e de saúde da Comunidade Europeia ³⁷, causavam uma fragmentação excessiva da legislação aplicável aos medicamentos para uso humano, justificando-se uma necessidade de uma nova revisão da legislação.

A legislação dispersa foi reunida num único texto legal, respeitando-se, no entanto, a autonomia e especialidade de certas matérias como, por exemplo, a *Lei dos Ensaio Clínicos* ⁽¹⁴⁰⁾ e os diplomas dos regimes de preços e participações do Estado no preço dos medicamentos ^(98, 101-103, 141, 142), que se mantiveram fora do âmbito de aplicação dessa lei, mas com os quais a nova legislação tinha que interagir ⁽¹³⁹⁾.

De entre os aspectos inovadores a implementar, podiam destacar-se as alterações respeitantes aos procedimentos de AIM (permissão para efectuar, em vários Estados membros e, em simultâneo, um pedido de AIM) ⁽¹³⁹⁾. Adicionalmente, o regime da

³⁷ - Directiva 2001/83/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 6 de Novembro de 2001: estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano.

- Directiva 2002/98/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de Janeiro de 2003, Artigo 31º: estabelece normas de qualidade e segurança em relação à colheita, análise, processamento, armazenamento e distribuição de sangue humano e de componentes sanguíneos (altera a Directiva 2001/83).

- Directiva 2003/63/CE, da Comissão, de 25 de Junho de 2003 (altera a Directiva 2001/83/CE).

- Directiva 2003/94/CE, da Comissão, de 8 de Outubro de 2003: estabelece princípios e directrizes das boas práticas de fabrico de medicamentos para uso humano e de medicamentos experimentais para uso humano.

- Directiva 2004/24/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março de 2004 (altera, em relação aos medicamentos tradicionais à base de plantas, a Directiva 2001/83/CE).

- Directiva 2004/27/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março de 2004 (altera a Directiva 2001/83/CE).

- Directiva 2001/83/CE: estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano, no que diz respeito às competências de execução atribuídas à Comissão.

- Directiva 2001/83/CE: estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano, no que diz respeito às competências de execução atribuídas à Comissão.

- Directiva 2001/83/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho: estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano no que diz respeito aos medicamentos de terapia avançada.

- Directiva 2001/83/CE: estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano.

- Directiva 2001/83/CE: estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano, para impedir a introdução na cadeia de abastecimento legal, de medicamentos falsificados.

- Directiva 2001/83/CE: no que diz respeito à fármaco-vigilância.

renovação das AIM, até então obrigatoriamente renovável com uma periodicidade de cinco anos ⁽¹⁴³⁾, passou a observar o princípio da renovação única e por período ilimitado, salvo se razões de fármaco-vigilância impusessem solução diferente ⁽¹³⁹⁾. Paralelamente, em cumprimento de uma obrigação comunitária ⁽¹⁴⁴⁾, introduziu-se um novo procedimento, designado por *autorização excepcional*, que permitiria dotar o mercado nacional de oferta de medicamentos não comercializados a nível nacional nem objecto de pedidos regulares de AIM segundo os procedimentos tradicionais, possibilitando uma maior oferta e concorrência, no mercado nacional, sem prejuízo da obrigatoriedade de assegurar o respeito pela saúde pública e pelos interesses dos consumidores ⁽¹³⁹⁾.

De entre as matérias reguladas, foram, também, alvo de ajustamentos a reformulação de alguns outros aspectos, incluindo a rotulagem e o folheto informativo, alvos de uma preocupação especial na garantia do fornecimento de uma informação ao público correcta e compreensível, especialmente tratando-se de medicamentos com a possibilidade de interferir com a capacidade de condução de veículos ⁽¹³⁹⁾. Foi também considerada a questão da publicidade dos medicamentos, contemplando a necessidade de assegurar o pleno respeito pelo direito à saúde, conjugado com a protecção constitucional dos consumidores, no quadro dos valores constitucionalmente protegidos e também acolhidos no plano da ordem jurídica e jurisdicional da União Europeia ⁽¹³⁹⁾. Foi ainda tida em conta a inovação relativa à prescrição de medicamentos que, gradualmente, passaria a ser feita por via electrónica, possibilitando a prescrição de todos os medicamentos com a indicação da denominação comum da substância activa ⁽¹³⁹⁾. Foi igualmente regulamentada a base XXI da Lei de Bases da Saúde ^{38 (80)}, a qual remetia a actividade farmacêutica para legislação especial, submetendo-a à disciplina e fiscalização dos ministérios competentes,

³⁸ Base XXI - Actividade farmacêutica:

1. A actividade farmacêutica abrange a produção, comercialização, importação e exportação de medicamentos e produtos medicamentosos.
2. A actividade farmacêutica tem legislação especial e fica submetida à disciplina e fiscalização conjuntas dos ministérios competentes, de forma a garantir a defesa e a protecção da saúde, a satisfação das necessidades da população e a racionalização do consumo de medicamentos e produtos medicamentosos.
3. A disciplina referida no número anterior incide sobre a instalação de equipamentos produtores e os estabelecimentos distribuidores de medicamentos e produtos medicamentosos e o seu funcionamento.

de forma a garantir a defesa e a protecção da saúde, a satisfação das necessidades da população e a racionalização do consumo de medicamentos ⁽¹³⁹⁾.

Todas as alterações citadas foram submetidas à consideração do Conselho Nacional do Consumo, da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Farmacêuticos, da Ordem dos Médicos Dentistas, da Associação Nacional das Farmácias, da Associação de Farmácias de Portugal, da Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, do Instituto Nacional da Propriedade Industrial, da Associação Portuguesa de Empresas de Distribuição, da Agência Portuguesa para o Investimento, da Associação Portuguesa das Empresas Químicas, da Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal, da Associação Portuguesa de Alimentação Racional e Dietética, da Associação Portuguesa das Empresas de Dispositivos Médicos, da Associação Portuguesa de Genéricos, da Associação Portuguesa das Empresas de Publicidade e Comunicação, da Plataforma Saúde em Diálogo, e de outras associações representativas do sector, assim como da Comissão Nacional de Protecção de Dados.

Os medicamentos classificados como MSRM distinguidos, relativamente à sua dispensa ao público, como medicamentos de receita médica renovável, medicamentos de receita médica especial, medicamentos de receita médica restrita e medicamentos de utilização reservada a certos meios especializados, poderiam, desde então, ser sujeitos a outras classificações, designadamente se razões de gestão do risco o justificassem após aval do INFARMED e por indicação do MS ⁽¹³⁹⁾. Os medicamentos homeopáticos e os medicamentos tradicionais com base em plantas seriam classificados como MNSRM, salvo se estivessem preenchidos quaisquer outros requisitos exigidos para serem MSRM ³⁹ ⁽¹³⁹⁾.

Para além da possibilidade de o médico mencionar na receita, de forma expressa, clara e suficiente, as justificações técnicas ⁴⁰ que impedem a substituição do medicamento

³⁹ Estão sujeitos a receita médica os medicamentos que possam constituir um risco para a saúde do doente, directa ou indirectamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, em caso de utilização sem vigilância médica; possam constituir um risco, directo ou indirecto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam; contenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja actividade ou reacções adversas seja indispensável aprofundar; e se destinem a ser administrados por via parentérica.

⁴⁰ Medicamento com margem ou índice terapêutico estreito, de acordo com informação prestada pelo INFARMED; suspeita fundamentada, e previamente reportada ao INFARMED, de intolerância ou reacção adversa a um medicamento com a mesma substância ativa, mas identificado por outra denominação

prescrito, a prescrição electrónica de medicamentos devia incluir as indicações da DCI da substância activa, da marca, do nome do titular da AIM, da forma farmacêutica da dosagem, e da posologia ⁽¹³⁹⁾. No acto de dispensa do medicamento, o farmacêutico ou o seu colaborador devidamente habilitado deveria informar o doente da existência dos medicamentos disponíveis na farmácia com a mesma substância activa, forma farmacêutica, apresentação e dosagem do medicamento prescrito, bem como sobre os participados pelo SNS, e sobre os de preço mais baixo no mercado. As farmácias deveriam ter sempre, no mínimo, três medicamentos disponíveis para venda com a mesma substância activa, forma farmacêutica e dosagem, de entre os que correspondessem aos cinco preços mais baixos de cada grupo homogéneo ⁽¹³⁹⁾. O farmacêutico deveria dispensar o de menor preço, salvo se fosse outra a opção do doente ⁽¹³⁹⁾.

Passou também a ser permitido ao doente o direito de preferência por qualquer medicamento que contivesse a mesma DCI da substância activa, forma farmacêutica e dosagem do medicamento constante da prescrição médica, salvo nos casos de o medicamento prescrito conter uma substância activa sem correspondência a um medicamento genérico ou existência exclusiva do original de marca, com licenças, e com indicação expressa do médico prescriptor justificar tecnicamente a não autorização de substituição do medicamento prescrito ⁽¹³⁹⁾. Assim, o doente poderia exercer o *direito de opção*, mediante assinatura da receita médica, quando pretendesse um medicamento de preço inferior ao do medicamento prescrito, sendo vedado, à farmácia, proceder a qualquer substituição por medicamento de preço superior ao preço mínimo do medicamento receitado ⁽¹³⁹⁾.

comercial; e prescrição de medicamento destinado a assegurar a continuidade de um tratamento com duração estimada superior a vinte e oito dias.

- Melhoria da acessibilidade dos cidadãos à dispensa de medicamentos entre 2005 e 2006

O XVII Governo Constitucional manteve como prioridade da política de saúde a melhoria da acessibilidade dos cidadãos à dispensa de medicamentos, nomeadamente através da instalação, abertura e funcionamento ininterrupto de farmácias para dispensa de medicamentos ao público geral nos hospitais do SNS com serviços de urgência.

Para tal, foram introduzidas alterações legislativas adicionais, e verificadas inovações no sector das farmácias, com ajustamentos centrados no cidadão.

Foi imposta uma avaliação paralela e sucessiva do impacto da aplicação dessas medidas com vista a garantir a concretização desse objectivo, nomeadamente da acessibilidade em situações de urgência ^(145, 146).

O Governo entendia que estas farmácias de dispensa de medicamentos ao público em geral nos hospitais do SNS deviam obedecer a um processo de concurso público, visando assegurar a maior transparência na atribuição das respectivas concessões, assim como garantir a concorrência e a salvaguarda dos interesses legítimos das farmácias localizadas na zona do hospital e das farmácias cuja facturação pudesse ser afectada com a abertura deste serviço público ^(145, 146). A iniciativa do pedido de autorização de abertura do concurso público seria da competência do respectivo hospital do SNS, e o aval do mesmo da responsabilidade do INFARMED.

A concessão de autorização para exploração da farmácia, que obedecia às regras, legais e regulamentares, aplicáveis às farmácias de oficina, podia envolver as necessárias adaptações e compreender a construção, a remodelação ou a adaptação do local disponibilizado pelo hospital, bem como o fornecimento, a montagem e a manutenção dos equipamentos necessários ao funcionamento da unidade ^(145, 146). O critério de adjudicação do concorrente seria o do valor mais elevado, de entre limites máximo e mínimo estipulados por lei, apresentado como parcela variável da renda ^(145, 146).

O equilíbrio entre a prossecução do interesse público na dispensa de medicamentos nas instalações do hospital e a tutela dos interesses das farmácias de oficina foi tentado

pela definição *farmácia da zona* ⁴¹ (145, 146). Em simultâneo, e de acordo com a opção política do Governo de alargar a propriedade das farmácias a não farmacêuticos, estabelecia-se, também, a possibilidade de conceder, num processo progressivo e dependente do hospital e do INFARMED, a exploração da farmácia a sociedades comerciais, independentemente da sua titularidade por farmacêuticos ⁽¹⁴⁵⁾.

As condições mínimas de natureza técnica e profissional seriam definidas nos cadernos de encargos dos respectivos concursos públicos, pelo que a adjudicação seria feita apenas em função do valor oferecido pelos concorrentes, privilegiando a transparência e a objectividade, de forma a evitar decisões subjectivas e reparos dos sindicatos ^(145, 146).

A extensão de regime especial de acessibilidade a medicamentos em hospitais não pertencentes ao SNS também estava prevista e seria realizada posteriormente, após publicação de legislação própria ⁴² (145).

Mais uma vez, todo esse processo teve os pareceres, a título facultativo, da Ordem dos Farmacêuticos, da Ordem dos Médicos, da Associação Nacional das Farmácias, da Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, do Sindicato Nacional dos Farmacêuticos, da Associação das Farmácias de Portugal, da Associação Nacional dos Técnicos de Farmácia e da Associação Portuguesa dos Farmacêuticos Hospitalares ⁽¹⁴⁵⁾.

⁴¹ Nos municípios com menos de 100 000 habitantes, são farmácias da zona todas as farmácias situadas no município, bem como todas as situadas a menos de 2 km do perímetro do hospital concedente, contado em linha recta, ainda que situadas noutro município. Nos municípios com mais de 100 000 habitantes, são farmácias da zona as farmácias situadas a menos de 2 km do perímetro do hospital concedente, contado em linha recta, e qualquer farmácia com, pelo menos, 15 % da facturação anual, devidamente comprovada, proveniente de receituário do hospital concedente.

⁴² Apesar de ser uma alternativa prevista na lei, não foi possível encontrar legislação relacionada com a possibilidade de extensão de regime especial de acessibilidade a medicamentos em hospitais não pertencentes ao SNS.

- Medidas adicionais visando a redução de despesa do Estado na comparticipação dos medicamentos e a acessibilidade dos cidadãos aos medicamentos

Em 2005, a delicada situação financeira de Portugal exigia que o Governo adoptasse medidas de excepção que visassem reduzir o défice das contas públicas, de forma a contê-lo dentro dos limites admitidos pelo *Pacto de Estabilidade e Crescimento* (PEC) ⁴³. No leque de medidas de redução da despesa e de crescimento da receita já adoptadas, destacavam-se as intervenções ao nível do combate à fraude e à evasão fiscal bem como a consideração da equidade e da sustentabilidade da Segurança Social e do SNS ⁽¹⁴⁷⁾.

De acordo com o definido na Resolução do Conselho de Ministros de 2 de Junho de 2005 ⁽¹⁴⁸⁾, tornava-se necessário, também, intervir ao nível das despesas do Estado com propostas alternativas para fornecimento de medicamentos segundo processos mais racionais, dizia-se, com a diminuição dos gastos nesta área ^(147, 149).

O regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos prescritos aos utentes do SNS e aos beneficiários da ADSE, tinha sido já alvo de revisões e alterações ^(88, 98).

Agora, era necessário fazer novos ajustamentos.

Procedeu-se, então, à redução em 5 % no escalão máximo de comparticipação do Estado no PVP dos medicamentos, quer no regime geral quer nos regimes especiais de comparticipação escalonado por patologias e grupos especiais de utentes ⁽¹⁴⁷⁾.

Salvaguardava-se a protecção dos cidadãos mais desfavorecidos, ou seja, dos pensionistas cujo rendimento total anual não fosse superior a catorze vezes o salário mínimo nacional ⁽¹⁴⁷⁾. Em relação a estes, o Estado continuaria a suportar o preço daqueles

⁴³ Acordo assinado pelos países da União Europeia em 2 de Agosto de 1997, com o objectivo de evitar que políticas fiscais irresponsáveis tivessem efeitos nocivos sobre o crescimento e a estabilidade macroeconómica dos países da União Europeia, em particular daqueles que tivessem adoptado o Euro como sua moeda; todos esses países deviam apresentar, regularmente, programas de estabilidade ou programas de convergência, e respeitar os objectivos macroeconómicos contidos nesses programas, devendo evitar défices públicos superiores a 3 % do PIB, bem como valores da dívida pública superiores a 60 % do PIB. Défices superiores àquele valor podiam levar a sanções, incluindo pagamento de multas.

medicamentos na sua totalidade, de forma a tornar o sistema de comparticipação dos medicamentos mais racional e equitativo ^(147, 150).

Os cidadãos abrangidos por esse sistema de apoio excepcional seriam obrigados, perante os centros de saúde da sua inscrição, a fazer prova dos requisitos legalmente exigidos para o efeito ^(147, 150). No entanto, a difícil e morosa emissão dos respectivos documentos pelos serviços oficiais, acarretando a possibilidade de um desfaseamento temporal que poderia ser decisivo para a correcta e adequada assistência aos beneficiários abrangidos, exigia uma simplificação dos procedimentos burocráticos inerentes a essa obtenção. Optou-se por uma solução assente no princípio da *boa-fé* e, posteriormente, se necessário, após inequívoco consentimento do respectivo titular, nos termos da Lei Geral Tributária, de fácil confirmação pelos serviços competentes, pelo acto de declaração directa, efectuada pelos próprios utentes que pretendessem beneficiar desse regime especial de comparticipação. Esta solução foi, mais tarde, regulamentada legalmente ^(150, 151).

Não foi estabelecido, porém, qualquer procedimento legal específico para os pensionistas beneficiários da ADSE, o que obrigou à adaptação da regulamentação prevista ⁽¹⁵⁰⁾ às especificidades da ADSE no sentido de viabilizar a emissão do cartão modelo existente para comprovação do direito a esse mesmo regime ⁽¹⁵²⁾, salvaguardando a adequada conferência da facturação das farmácias no âmbito da comparticipação de medicamentos por parte da ADSE ⁽¹⁵³⁾. Em consequência, os pensionistas beneficiários da ADSE que pretendessem usufruir do regime especial de comparticipação passaram, desde Julho de 2006, a poder apresentar o respectivo documento comprovativo junto do competente serviço da ADSE ⁽¹⁵³⁾.

Decorrido cerca de um ano e meio sobre a adopção da medida que permitia a venda de MNSRM fora das farmácias ⁽¹³³⁾, o Governo julgou oportuno proceder à avaliação dos respectivos resultados.

Essa medida legislativa tinha revelado a criação de cerca de quatro centenas de locais de venda de MNSRM distribuídos por todo o País, numa relação de grande proximidade com as populações e de acessibilidade, gerando, também, mais postos de

trabalho ⁽¹⁵⁴⁾. Permitiu, ainda, reduzir os preços desses medicamentos, sobretudo nas situações em que o poder aquisitivo dos empresários permitia melhorar a negociação junto dos laboratórios farmacêuticos e distribuidores grossistas, para além de assegurar a ausência de notificações de problemas de segurança desses medicamentos para o consumidor ⁴⁴ ⁽¹⁵⁴⁾. Tais resultados permitiram ao Governo concluir que a decisão da permissão desses medicamentos fora das farmácias podia ser imposta em termos técnicos e políticos, vencendo resistências corporativas e explícitos interesses instalados, nomeadamente por parte das entidades intermediárias da cadeia de medicamentos ^(154, 155). Importava, então, consolidar e ampliar esses resultados de forma a continuar a garantir os benefícios proporcionados aos consumidores, em termos de maior oferta.

Foi solicitada ao INFARMED a identificação de todas as substâncias incluídas no conceito de MNSRM, permitindo, por sua vez, aumentar, em número, a oferta de medicamentos com a classificação de MNSRM, prática seguida por outros países europeus, como o Reino Unido, a Finlândia, a Holanda e a Alemanha, onde essa medida já era executada com sucesso há tempo suficiente para avaliação do seu interesse, nas condições de segurança vigentes em Portugal ^(154, 155). Foram, também, criadas condições para a concretização do alargamento da lista de MNSRM, de forma a abranger medicamentos que, por serem similares de outros com o mesmo estatuto, deviam como tal ser reclassificados ⁽¹⁵⁴⁾. Foi também autorizada a venda de MNSRM comparticipados fora das farmácias naqueles mesmos locais de venda, embora sem a comparticipação do SNS no seu preço, não ocorrendo conflito com a filosofia subjacente à política de liberalização de comercialização de medicamentos em vigor, pois esses medicamentos poderiam vir a ser vendidos por um preço mais baixo, no quadro de um novo regime de formação de preços ^(154, 155). Com efeito, o cingir a comparticipação dos MNSRM às farmácias decorria da complexidade do sistema administrativo da comparticipação de medicamentos que impossibilitava o seu alargamento ⁽¹⁵⁴⁾.

⁴⁴ Conclusão contrária ao reportado no relatório do Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde do Infarmed, em 2011, o qual revela um crescimento na taxa da despesa do mercado total (englobando o mercado do SNS, o mercado de MNSRM e restante mercado, incluindo sub-sistemas e seguros privados) entre 2003 e 2010, com um crescimento de 18,5 %, sendo que em 2004 atingiu o valor máximo de 9%, e desde esse ano a a registar taxas de crescimento inferiores.

- Modernização da Administração Pública e reformulação da Lei Orgânica da Saúde

A modernização da Administração Pública implementada em 2006, foi uma das bandeiras políticas do Governo em funções na altura. Foi proposta como um dos instrumentos essenciais da estratégia de desenvolvimento do País, através do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado ⁴⁵ ⁽¹⁵⁶⁾. Tinha como objectivo a promoção da cidadania, do desenvolvimento económico e da qualidade dos serviços públicos, com ganhos de eficiência através da simplificação, racionalização e automatização, com conseqüente diminuição do número de serviços e dos recursos interpostos ⁽¹⁵⁷⁾. As orientações gerais definidas para a reorganização dos serviços centrais dos Ministérios propunham a introdução de um novo modelo organizacional tendo por base a racionalização de estruturas, o reforço e a homogenização das funções estratégicas de suporte à governação, a aproximação da Administração Central aos cidadãos e a devolução de poderes ao nível local ou regional ^(156, 157).

No seguimento da reformulação administrativa, o MS foi reorganizado nos seus serviços centrais para o exercício de funções de apoio à governação, de gestão de recursos, de natureza consultiva, de coordenação interministerial e operacional ⁴⁶ ⁽¹⁵⁷⁾. Era já responsável por propor a definição da política nacional de saúde, exercer as correspondentes funções normativas e promover e avaliar a respectiva execução, e, por intermédio dos respectivos serviços centrais ⁴⁷ e serviços personalizados ⁴⁸, colaborar nas

⁴⁵ Processo reformador da Administração Pública, defendido pelo Programa do XVII Governo Constitucional, e que visa alcançar uma administração eficaz, que sirva bem os cidadãos e as empresas, à altura do que se espera de um Estado moderno, enquadrando o desenvolvimento de acções em três linhas de actuação: facilitar a vida aos cidadãos e às empresas, melhorar a qualidade do serviço pela valorização dos recursos humanos e das condições de trabalho e tornar a Administração *amiga* da economia, ajustando-a aos recursos financeiros sustentáveis do País e contribuindo para um ambiente favorável ao crescimento.

⁴⁶ Na sequência da Lei Orgânica do MS em 1993, foram extintos a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, a Direcção-Geral dos Hospitais, a Direcção-Geral dos Assuntos Farmacêuticos, o Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde, o Serviço de Informática do Ministério da Saúde, o Centro de Estudos do Medicamento, e as Comissões Inter-Hospitalares de Lisboa, Porto e Coimbra.

⁴⁷ Os serviços centrais incluem a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, a Inspecção-Geral da Saúde, a Direcção-Geral da Saúde, a Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde, o Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, e o Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

acções necessárias à formulação e execução da política de saúde, e exercer, em relação ao SNS, funções de regulamentação, orientação, planeamento, avaliação e inspecção ⁽¹⁵⁸⁾. Relativamente às actividades e prestações de serviços de saúde desenvolvidas pelo sector privado, integradas ou não no sistema de saúde, incluindo os profissionais nelas envolvidos, considerava as funções da respectiva inspecção e fiscalização ⁽¹⁵⁸⁾.

A reformulação da Lei Orgânica da Saúde, contemplou o reforço das atribuições das suas funções, passando a incluir a coordenação da actividade do MS nos domínios do planeamento estratégico e das relações internacionais, assumindo especificidade no que se refere à absorção das atribuições previstas para os gabinetes de planeamento estratégico, avaliação e relações internacionais ⁽¹⁵⁷⁾.

Essa orgânica concretizava a inovação importante advinda da opção de distinguir a gestão dos recursos dos serviços centrais e regionais do MS da gestão dos recursos internos do SNS, pelo que se procedeu à criação da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., extinguindo-se, por isso, o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, a Direcção Geral de Instalações e Equipamentos da Saúde e o Instituto da Qualidade em Saúde ⁽¹⁵⁷⁾. Este novo organismo passou a assegurar a gestão integrada dos recursos do SNS, absorvendo as atribuições dos organismos extintos e, também, da Secretaria-Geral, em matéria de recursos humanos do SNS ⁽¹⁵⁷⁾.

Em virtude dessa opção, a Secretaria-Geral reorganizou-se de forma a assumir as atribuições dos serviços homólogos dos outros ministérios, e a Inspeção-Geral das Actividades em Saúde alargou o seu âmbito de actuação, passando a incluir, também, as entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, que desenvolviam actividades no domínio da saúde ⁽¹⁵⁷⁾.

Foi criada ainda a Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação, com a finalidade de fiscalizar e de controlar as actividades dos serviços de sangue e dos de colheita, análise e manipulação de tecidos e células humanas, acompanhando o direito

⁴⁸ São serviços personalizados o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge*, o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, o Instituto Nacional de Emergência Médica, o Instituto Português do Sangue*, o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência*, o Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde*, os Serviços Sociais do Ministério da Saúde (* serviços financiados por verbas do SNS).

comunitário, que releva a importância crescente e os riscos associados que assumem estas actividades ⁽¹⁵⁷⁾.

Não obstante a reestruturação em vigor, mantiveram-se em funções a DGS, o INFARMED, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), e o Instituto Português do Sangue (IPS), em virtude da inequívoca missão que estas instituições assumiam no âmbito das atribuições do MS ⁽¹⁵⁷⁾. Ainda com o propósito da simplificação da estrutura orgânica existente, foram reforçadas algumas atribuições de serviços e organismos como, por exemplo, o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, que absorveu as atribuições do Instituto de Genética Médica Dr. Jacinto de Magalhães, e o Instituto da Droga e da Toxicoddependência, que absorveu as atribuições dos Centros Regionais de Alcoologia do Centro, Norte e Sul ⁽¹⁵⁷⁾.

A regulamentação da Lei de Bases da Saúde de 1990 ⁽⁸⁰⁾, tinha conduzido, já em 1993, à aprovação de um novo estatuto do SNS ⁽¹⁵⁹⁾. Em 2006, e na sequência da modernização da Administração Pública ⁽¹⁵⁶⁾, o SNS passou a contemplar todas as entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação, as unidades locais de saúde e os centros de saúde e seus agrupamentos ⁽¹⁵⁷⁾.

A adicionar a esses ajustamentos, sem prejuízo dos poderes conferidos por lei ao Conselho de Ministros e ao membro do Governo responsável pela área das Finanças, e sob a supervisão de um controlador financeiro ⁴⁹ ⁽¹⁶⁰⁾, foi reforçado o poder do membro do Governo responsável pela área da Saúde, através da atribuição das competências necessárias para definir as orientações empresariais da saúde e acompanhar as respectivas execuções ⁽¹⁵⁷⁾.

⁴⁹ Entidade que reporta ao Ministério das Finanças e é responsável por rever o processo de preparação, execução e avaliação orçamental das áreas dos diversos ministérios, com o objectivo da consolidação das finanças públicas, à semelhança do que sucede nas grandes empresas privadas e conforme as melhores práticas de outras administrações públicas, a fim de melhorar o controlo da execução orçamental.

- Actualização do regime jurídico das farmácias de oficina

O regime jurídico das farmácias de oficina, que remontava à década de 60 ⁽¹⁶¹⁾, foi reavaliado em 2007 ⁽¹⁶²⁾.

A evolução da sociedade, o dinamismo das farmácias e as profundas alterações no sector do medicamento pareciam conduzir à necessidade dessa reforma legislativa. Por outro lado, para abranger a realidade nacional, a legislação devia ser adaptada às obrigações europeias.

Esta reforma modificou um regime jurídico de acesso à propriedade, julgado pelo Estado como desadequado e injustificadamente limitador, e por alguns, como ferindo princípios e direitos constitucionais, como o direito à liberdade de profissão, o direito à liberdade de iniciativa económica privada, o direito de propriedade privada, o princípio da proporcionalidade e o princípio da igualdade ⁽¹⁶³⁾, afastando as regras, embora com limitações ⁵⁰ ⁽¹⁶²⁾, que a restringiam exclusivamente a farmacêuticos ⁽¹⁶¹⁾. Visando equilibrar o livre acesso à propriedade, e permitindo um mais apertado controlo administrativo da respectiva titularidade, nenhuma pessoa singular ou sociedade comercial podia deter ou exercer, em simultâneo, directa ou indirectamente, a propriedade, a exploração ou a gestão de mais de quatro farmácias ⁽¹⁶²⁾. Impunha-se, adicionalmente, a alteração da propriedade das farmácias detidas por instituições particulares de solidariedade social, de modo a que, no futuro, pudessem ser constituídas como sociedades comerciais, em ordem a garantir a igualdade fiscal com as demais farmácias ^(156, 162).

Mantinha-se, no entanto, a inultrapassável exigência de a direcção técnica ser assegurada, em permanência e exclusividade, por um farmacêutico sujeito a regras deontológicas próprias e exigentes, de modo a garantir e promover a qualidade e melhoria contínua dos serviços prestados aos utentes ^(161, 162). Como consequência, a autonomia da função do director técnico ganhava relevo, atendendo à dissociação entre propriedade da

⁵⁰ Não era permitido deter ou exercer, directa ou indirectamente, a propriedade, a exploração ou a gestão de farmácias a profissionais de saúde prescritores de medicamentos, associações representativas das farmácias, das empresas de distribuição grossista de medicamentos ou das empresas da indústria farmacêutica, ou dos respectivos trabalhadores, empresas de distribuição grossista de medicamentos, empresas da indústria farmacêutica, empresas privadas prestadoras de cuidados de saúde e subsistemas que participam no preço dos medicamentos.

farmácia e titularidade por farmacêutico, requerendo deveres precisos, oponíveis por vezes aos objectivos do próprio proprietário, valorizando as regras deontológicas, e permitindo a manutenção das funções de promoção do uso racional do medicamento, os deveres de colaboração e de fármaco-vigilância, reflectindo o interesse público que caracteriza a actividade de dispensa de medicamentos ⁽¹⁶²⁾.

O horário de funcionamento das farmácias, superior ao estabelecido para o profissional pelo regime laboral, abrangia os períodos de funcionamento, diário e semanal, e os turnos de serviço permanente, de regime de reforço e de regime de disponibilidade, regulados por lei ⁽¹⁶²⁾. Por consequência, e por necessidade da presença permanente de um farmacêutico, ficou estabelecido que, no quadro de pessoal, progressivamente mais qualificado, se dispusesse, no mínimo, de dois farmacêuticos de modo a permitir a substituição do director técnico, na sua ausência, por outro elemento da mesma categoria profissional, e a permitir o período semanal de abertura da farmácia ao público ⁽¹⁶²⁾.

Acompanhando a evolução da tecnologia, dependente de comunicação prévia ao INFARMED, passou a ser possível a apresentação do pedido às farmácias através dos diversos meios de comunicação, incluindo a página electrónica na *internet* de cada farmácia ⁽¹⁶²⁾. Contudo, a dispensa e entrega de medicamentos ao público, nas instalações desta ou no domicílio do utente, mantinham-se da responsabilidade exclusiva do pessoal da farmácia, de acordo com estabelecido na lei; a prestação da informação necessária à adequada utilização do medicamento, bem como o registo de cada pedido de entrega ao domicílio, mantinha-se da responsabilidade do director técnico da farmácia ou do responsável do INFARMED ⁽¹⁶²⁾.

As inovadoras facilidades na dispensa de medicamentos, sem que para tal tivesse sido previsto qualquer restrição de cobrança, visavam, adicionalmente, um relacionamento mais estreito entre as farmácias e os utentes e um acesso mais cómodo ao medicamento, especialmente em situações de impossibilidade de deslocação à farmácia.

Ainda no que concerne aos produtos à venda nas farmácias, iniciava-se a possibilidade de estas adquirirem medicamentos através de concurso, situação expressamente proibida na lei até então ⁽¹⁶²⁾.

A possibilidade de as farmácias prestarem serviços farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes, nos termos a definir pelo Governo, permitia às farmácias, a par da dispensa de medicamentos, desempenharem outras funções de relevante interesse público, como seja a promoção de cuidados de saúde, e contribuírem para a sustentabilidade dos encargos do SNS e para a acessibilidade dos cidadãos aos medicamentos ^(162, 164, 165). A preocupação com a qualidade desses serviços, cujo interesse público assumia a maior relevância, justificava a expressa previsão legislativa, de modo a garantir a resolução efectiva e eficaz de ocasionais situações irregulares, designadamente contrárias às normas legalmente instituídas ou de deficiente prestação de serviços, bem como a prevenção de infracções deontológicas. Conduziu também à instituição da obrigatoriedade de as farmácias disporem de livros de reclamações, e à possibilidade de a reclamação ser realizada, em certas áreas, através da *internet* ⁽¹⁶²⁾.

- Código Hospitalar Nacional do Medicamento

Na falta de um regime obrigatório de codificação dos medicamentos utilizados nos hospitais e noutros serviços do SNS, co-existiam múltiplos sistemas de codificação criados pelos hospitais, dificultando a tarefa da identificação e da gestão do circuito dos medicamentos como um todo.

Importava, por isso, uniformizar a informação sobre a utilização dos medicamentos utilizados pelos hospitais e demais serviços do SNS, assim como os métodos de recolha e de análise dessa informação, para ser possível uma utilização mais racional desses mesmos medicamentos. Para tanto, foi criado um código único de medicamentos utilizados, o *Código Hospitalar Nacional do Medicamento*, ainda hoje em vigor, que inclui a codificação atribuída pelo INFARMED a todos os medicamentos com AIM, autorização de utilização especial, autorização de utilização excepcional e autorização de importação paralela ^{51 (139)}, utilizados nos hospitais e outros serviços do SNS, sem prejuízo de poder

⁵¹ Autorizações de carácter excepcional, carecendo de autorização prévia a conceder pelo INFARMED, ao abrigo do disposto na lei.

ser disponibilizado a outras entidades que nessas matérias manifestassem interesse legítimo (166).

A informação sobre o consumo de medicamentos colhida pelos hospitais e pelos outros serviços do SNS passou, depois, a ser disponibilizada mensalmente ao INFARMED para posterior tratamento analítico (166).

- Normalização e uniformização da classificação fármaco-terapêutica

Em 1992, tinham sido fixadas as comparticipações do Estado no custo dos medicamentos e, simultaneamente, introduzidas algumas alterações formais quanto ao respectivo regime de comparticipação (88). Entre as regras que foram formalmente alteradas, contavam-se a definição dos grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos que integravam os diferentes escalões de comparticipação, estabelecendo-se a graduação da comparticipação do Estado no custo de medicamentos, a qual devia ter em conta não só as indicações terapêuticas do medicamento em si, mas também a sua utilização, as entidades que o prescreviam, e ainda o consumo acrescido para certos tipos de doentes (167) (ver *Anexo III*).

Para tornar uniforme e mais fácil identificar os medicamentos de acordo com as suas finalidade terapêuticas impunha-se uma classificação fármaco-terapêutica dos medicamentos, através de um processo de sistematização em função da relação identidade dos medicamentos e das respectivas indicações.

Em Portugal existiam, em 1985, 3 597 marcas de medicamentos, número em constante ascensão, sendo, em 2002, já de 6 424, com 306 AIM verificadas em 1996 (168). Exigia-se, então, também, a actualização periódica, de modo a permitir aos profissionais de saúde a mais rápida identificação dos produtos disponíveis em função das terapêuticas visadas.

As diversas classificações fármaco-terapêuticas existentes, nem sempre coincidentes entre si, encontravam-se dispersas por vários diplomas e instrumentos de apoio à prescrição. Verificava-se alguma desconformidade, embora pouco acentuada, e

ausência de correspondência entre os textos normativos e os de simples apoio clínico que lhe faziam referência, como sejam, por exemplo, o Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos, e a classificação adoptada para efeitos de comparticipação daqueles produtos ⁽¹⁶⁹⁾.

Essa desconformidade, o aumento crescente do número de moléculas com actividade terapêutica, e a reconhecida vantagem na adopção da classificação ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical Code*) da OMS, aconselhavam uma uniformização na classificação fármaco-terapêutica dos medicamentos que, em Portugal, havia sido intentada pela primeira vez em 1998, seguindo a classificação oficial do ATC da OMS ⁽¹⁶⁹⁾.

Em 2004, foi aprovada uma nova classificação fármaco-terapêutica oficial e estabelecida a sua correspondência com a classificação ATC, facilitando o manuseamento de ambas pelos profissionais de saúde ⁽¹⁷⁰⁾ (ver *Anexo IV*).

Ao mesmo tempo, a nova classificação era adoptada em instrumentos oficiais de apoio à prescrição (como é o caso do Prontuário Terapêutico e do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos), bem como nos processos de AIM de medicamentos e nos instrumentos normativos em matéria de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos ⁽¹⁷⁰⁾.

Acresce-se, ainda, que a normalização e uniformização da classificação fármaco-terapêutica constituiu um instrumento essencial no desenvolvimento de sistemas de informação para as actividades dos profissionais de saúde e para o sistema de saúde, não apenas numa perspectiva nacional mas também na perspectiva do desenvolvimento das bases de dados de medicamentos na União Europeia, designadamente do sistema EuroPHARM, no qual o INFARMED vinha assumindo papel destacado ⁽¹⁷⁰⁾. Por outro lado, foi, também, mais um passo no sentido de dotar os profissionais de saúde com instrumentos adequados de apoio.

- Revisão dos preços dos medicamentos no ano de 2005

A necessidade de harmonizar os grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos participáveis, adaptando-os à nova classificação fármaco-terapêutica, a vontade do Governo em assegurar uma prestação *tecnicamente eficiente e socialmente justa* de cuidados de saúde à população e a exigência de uma maior racionalidade na utilização dos medicamentos, permitiram aproveitar a oportunidade para actualizar a legislação em vigor (129, 171).

Os grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos foram organizados em função da graduação da participação do Estado no custo de medicamentos, a qual, por sua vez, tinha em consideração as indicações terapêuticas do medicamento, a sua utilização, as entidades prescritoras e, ainda, o consumo acrescido por certos tipos de doentes (171). Procurava-se, desse modo, garantir que da simples aplicação da nova indicação legal não resultasse a participação de medicamentos ou de grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos até então não participados, nem a desparticipação de medicamentos já participados (171) (ver *Anexo VI*).

No leque de medidas de redução da despesa e de crescimento da receita, conforme o estabelecido pelo PEC em 2005, destacavam-se as intervenções ao nível da equidade e sustentabilidade da Segurança Social e do SNS (156). Como medida de racionalização dos gastos, verificou-se, também, mais uma vez, a intervenção ao nível das despesas do Estado com os medicamentos.

Na sequência desse esforço, para além da revisão dos regimes de participação do Estado no PVP e da já expressa previsão da intervenção ao nível da fixação dos respectivos PVP de medicamentos resultante da resolução do Conselho de Ministros de 2005 (156), procedeu-se a uma redução extraordinária do preço dos medicamentos pelo SNS, e à consequente alteração da lei (147, 149, 172). A diminuição dos proventos, resultantes dessa alteração seria, segundo o sugerido na lei, distribuído do modo tido por adequado pelos intervenientes no circuito do medicamento: os fabricantes, os distribuidores e as farmácias (149). Foram também instituídos mecanismos de actualização futura dos preços, isentando-se das revisões de preços os produtos cujas AIM fossem detidas por empresas

que tivessem realizado um significativo esforço de investimento, superior a um valor anual de cinco milhões de euros em actividade científica e na tecnologia medicamentosa, por forma a considerar a importância estratégica da investigação original nesta matéria realizada em Portugal ⁽¹⁴⁹⁾.

Em 15 de Setembro de 2005, os PVP aprovados, de todos os medicamentos, foram reduzidos em 6 %, sem prejuízo do especialmente estabelecido para os medicamentos não participados, e após apresentação à Direcção-Geral da Empresa ⁵² e ao INFARMED, das listagens dos preços que as empresas titulares de AIM de medicamentos, ou seus representantes legais, pretendiam praticar ⁽¹⁴⁹⁾.

A revisão dos preços dos medicamentos com PVP aprovados provisoriamente, por impossibilidade de, à data, não estarem determinados os preços na base do que acontecia nos países de referência (Espanha, França e Itália) ⁽¹⁷²⁾, seria processada posteriormente, após aplicação da redução geral fixada ⁽¹⁴⁹⁾, sendo os novos PVP respectivos resultantes da aplicação das regras definidas na lei ⁽¹⁷²⁾. No caso do PVP resultante ser inferior ou superior ao efectivamente praticado, a aproximação ao limite máximo autorizado seria gradual, através de um aumento ou redução anual de 10 %, respectivamente ⁽¹⁴⁹⁾. No caso de continuar a não existir especialidade farmacêutica similar nos países de referência, aos PVP em vigor aplicar-se-ia a redução geral de 6 % fixada, continuando a ter carácter provisório e sendo objecto de revisão anual quando se verificassem os pressupostos exigidos ⁽¹⁴⁹⁾.

As decisões de fixação de preços de novos medicamentos para uso humano teriam de obedecer ao disposto na lei, sem que daí resultassem prejuízos para os medicamentos genéricos. Ou seja, para cálculo do PVP, o *preço de venda ao armazenista* (PVA) foi reduzido em 3 %, após o que se aplicariam as margens de comercialização e o *imposto sobre o valor acrescentado* (IVA) ⁽¹⁴⁹⁾. As margens máximas de comercialização, calculadas sobre o PVP e deduzidos do IVA, passaram a ser de 7.45 % para os distribuidores por grosso, e de 19,15 % para as farmácias ⁽¹⁴⁹⁾.

⁵² Direcção-Geral do Comércio e da Concorrência.

- Revisão das margens de participação pelo Estado no PVP de medicamentos no ano de 2005

Na sequência da redução extraordinária do preço dos medicamentos ⁽¹⁴⁹⁾, verificou-se a redução em sede de participação do Estado no preço dos medicamentos, quer no regime geral quer nos regimes especiais de participação por patologias e grupos especiais de utentes, conforme já apontado (ver *Página 145*) ⁽¹⁴⁷⁾.

O escalão máximo de contribuição do Estado ⁵³ no preço dos medicamentos foi reduzido em 5 %: de 100 % para 95 %, quer no regime geral quer nos regimes especiais de participação por patologias e grupos especiais de utentes, salvaguardando-se a protecção dos cidadãos mais desfavorecidos, em relação aos quais o Estado continuaria a suportar o preço daqueles medicamentos na sua totalidade ^(98, 147). A majoração em 10 % da participação dos medicamentos genéricos integrados nos escalões B (70 %), C (40 %) e D (20 %) ⁽⁹⁸⁾, foi eliminada por se considerar que os mesmos já dispunham, na altura (2005), de uma adequada implantação no mercado ⁽¹⁴⁷⁾.

O pedido para participação do Estado no preço do medicamento podia ser requerido pelo titular da AIM do medicamento, após a obtenção do preço, através de requerimento dirigido ao MS, conforme as exigências legais, caducando, para todas as apresentações com a mesma dosagem e forma farmacêutica, se, no prazo de um ano a contar da notificação da decisão, o requerente não o comercializasse no âmbito do SNS e ADSE ou se, após a comercialização, o medicamento não estivesse disponível no mercado por prazo superior a noventa dias ⁽¹⁴⁷⁾. Para além disso, o INFARMED deveria proceder à reavaliação sistemática dos medicamentos participados, com uma periodicidade não superior a três anos, por forma a verificar se os mesmos continuavam a reunir os requisitos legais de participação ⁽¹⁴⁷⁾.

A participação do Estado no preço de medicamentos utilizados no tratamento de determinadas patologias ou por grupos especiais de utentes ficava como objecto de regime especial a regulamentar por legislação própria, e, assim, diferentemente graduada

⁵³ Exceptuando os medicamentos que, por despacho MS, fossem considerados imprescindíveis em termos de sustentação de vida, e cujo preço se mantinha sob total responsabilidade do Estado.

em função das entidades que o prescrevessem ou dispensassem, podendo, ainda, ser restringida a determinadas indicações terapêuticas fixadas no respectivo despacho de comparticipação (ver *Tabela 10*)⁽¹⁴⁷⁾.

Tabela 10

<i>Escalão de comparticipação no PVP de medicamentos a cargo do Estado</i>	<i>Descrição</i>
A – 95 %	A comparticipação do Estado é de 95 % do preço dos medicamentos *
B – 70 %	A comparticipação do Estado é de 70 % do preço dos medicamentos **
50 %	<i>Medicamentos comparticipáveis em 50 % do PVP pelo Estado ***</i>
C – 40 %	A comparticipação do Estado é de 40 % do preço dos medicamentos **
D – 20 %	A comparticipação do Estado é de 20 % do preço dos medicamentos*

Tabela 10.: Fixação dos escalões de comparticipação do Estado no custo dos medicamentos, em 11 de Agosto de 2005.

* *Comparticipação do Estado acrescida de 5% para os pensionistas cujo rendimento total anual não exceda catorze vezes o salário mínimo nacional, após prova formal dessa qualidade através de documento emitido pelos serviços oficiais competentes, em termos a definir pelo MS;*

** *Comparticipação do Estado acrescida de 15% para os pensionistas cujo rendimento total anual não exceda catorze vezes o salário mínimo nacional, após prova formal dessa qualidade através de documento emitido pelos serviços oficiais competentes, em termos a definir pelo MS;*

*** *Medicamentos manipulados comparticipáveis constantes de lista a aprovar anualmente pelo MS, mediante proposta do conselho de administração do INFARMED, e novos medicamentos, medicamentos com comparticipação ajustada⁵⁴, ou medicamentos que, por razões específicas e após parecer fundamentado emitido no âmbito do processo de avaliação do pedido de comparticipação, fiquem abrangidos por um regime de comparticipação transitório*

⁵⁴ *Comparticipação condicionada de um medicamento, conforme celebração de acordo entre o INFARMED e o titular da respectiva AIM, com fundamento na defesa dos interesses da saúde pública e dos doentes, e que envolva um período limitado no tempo, findo o qual se procede à redução do montante de comparticipação, com equivalente redução do PVP do medicamento, ou à respectiva descomparticipação; um período limitado no tempo durante o qual seja apresentado um estudo fármaco-económico que fundamente a decisão de manter a comparticipação ou de alterar o respectivo escalão; redução dos montantes de comparticipação e dos PVP quer do medicamento para que é solicitada comparticipação quer de outro ou outros medicamentos com AIM detida pelo titular e com comparticipação já aprovada; e fixação de um valor máximo de vendas do medicamento a participar, o qual, uma vez ultrapassado, determinará o reembolso ao SNS, pelo titular da respectiva AIM, do montante de comparticipação correspondente à facturação que exceda o valor acordado.*

O potencial impacto negativo destas medidas seria anulado pelo facto de, por redução extraordinária no PVP, os medicamentos passarem a custar menos 6 % ^(147, 149).

A prossecução destas medidas visava a sustentabilidade do SNS, através de um mais adequado sistema de comparticipação do Estado nos medicamentos com garantia da efectiva acessibilidade dos cidadãos com menos rendimentos. Como no passado, nos casos respeitantes à área da saúde, as suas aplicações foram implementadas após conhecimento da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Farmacêuticos, da Ordem dos Médicos Dentistas, da Ordem dos Enfermeiros, da Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, da Associação Nacional de Farmácias e da Associação das Farmácias de Portugal ⁽¹⁴⁷⁾.

- Revisão das margens de comparticipação pelo Estado no PVP de medicamentos no ano de 2007

O regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos foi de novo actualizado em 2007.

A Lei do Orçamento do Estado para o ano de 2007 estabelecia a redução em 6 % dos PVP dos medicamentos comparticipados ^(173, 174).

Em simultâneo, promovia a revisão do sistema de fixação das margens de comercialização de medicamentos comparticipados para os armazenistas e para as farmácias, de forma a torná-lo *gerador de maior eficiência económica e simultaneamente aproximar-se de valores correspondentes à anterior proporcionalidade de margens no preço final* ^(173, 174). As novas margens máximas de comercialização passaram a ser de 6.87 % para o distribuidor por grosso, e de 18.25 % para as farmácias, sendo, em ambos os casos, calculadas sobre o PVP, deduzido o IVA ⁽¹⁷³⁻¹⁷⁵⁾.

Foram criadas, também, taxas moderadoras para acesso a prestações de saúde, no âmbito do SNS, passando a ser cobrados, respectivamente, valores de 5 € por dia de internamento até ao limite de dez dias, e de 10 € por cada acto cirúrgico realizado em ambulatório, mantendo-se isentos do pagamento dessas taxas os utentes referenciados na lei ^(173, 176).

Como consequência, foi necessária uma nova revisão do regime de alguns dos escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos (ver *Tabela 11*)⁽¹⁷³⁾.

O impacto dessas intervenções seria repartido, de um modo que o Estado considerava ser o adequado, por entre todos os intervenientes no circuito do medicamento⁽¹⁷⁴⁾.

Tabela 11

<i>Escalão de comparticipação no PVP de medicamentos a cargo do Estado</i>	<i>Descrição</i>
A – 95 %	A comparticipação do Estado é de 95 % do preço dos medicamentos
B – 69 %	A comparticipação do Estado é de 69 % do preço dos medicamentos
50 %	<i>Medicamentos participáveis em 50 % do PVP pelo Estado</i>
C – 37 %	A comparticipação do Estado é de 37 % do preço dos medicamentos
D – 15 %	A comparticipação do Estado é de 15 % do preço dos medicamentos

Tabela 11.: Fixação dos escalões de comparticipação do Estado no custo dos medicamentos para 2007.

- Aprovação de novo regime da formação do preço dos MSRM e dos MNSRM comparticipados no ano de 2007

Em 2007, foi aprovado novo regime de formação dos preços dos MSRM e dos MNSRM comparticipados⁽¹⁷⁵⁾.

O Estatuto do Medicamento estabelecia que o regime de preços dos MSRM e dos MNSRM comparticipados devia ser fixado por Decreto-Lei⁽¹³⁹⁾.

Consagrava-se, agora, uma nova metodologia do cálculo dos preços, obrigando à clarificação de alguns conceitos^{55 (175)}. Como inovação foi instaurado um *regime de preços*

⁵⁵ *Preço de venda ao armazenista* é o preço máximo para os medicamentos no estágio de produção ou importação; *Preço de venda ao público* é o preço máximo para os medicamentos no estágio de retalho; *Preços fixados com carácter provisório* são os preços que não foram determinados com base no preço do

máximos para os medicamentos de uso humano sujeitos a receita médica e para os não sujeitos a receita médica comparticipados, exceptuando-se os MSRM que fossem de uso exclusivamente hospitalar ⁽¹⁷⁵⁾. Adicionalmente, alargava-se, à Grécia, *o conjunto dos países de referência* em relação aos quais o preço dos medicamentos era inicialmente formado ^(172, 175). Por último introduzia-se o *princípio da estabilidade do preço dos medicamentos* ^{56 (175)}.

A prática de descontos em todo o circuito do medicamento, desde o fabricante ao retalhista, passou a ser permitida ⁽¹⁷⁵⁾. As farmácias passavam a poder oferecer descontos nos preços dos medicamentos comparticipados pelo Estado, sendo esse desconto exclusivamente sobre a parte do preço não comparticipada ⁽¹⁷⁵⁾.

Excepcionalmente, por razões de interesse público ou por iniciativa do titular da AIM, o preço do medicamento podia ser revisto, mediante despacho fundamentado dos Ministros da Saúde e da Economia, sob proposta da Direcção-Geral das Actividades Económicas (DGAE) após consulta do INFARMED ⁽¹⁷⁵⁾ ao qual competia a regulação dos preços dos medicamentos comparticipados ou a *comparticipar* ^(88, 92, 98, 125, 147).

O regime de formação do PVP do medicamento, em vigor desde 1990 ⁽¹⁷²⁾, passava a ser composto pelo PVA, pela margem de comercialização do distribuidor grossista, pela margem de comercialização do retalhista, pela taxa sobre a comercialização dos medicamentos e pelo IVA ⁽¹⁷⁵⁾.

No regime geral, o PVP dos preços dos medicamentos a introduzir pela primeira vez no mercado nacional, ou os referentes a alterações da forma farmacêutica e da dosagem, não podiam exceder a média que resultasse da comparação com preços nos estádios de produção ou importação, ou seja, com o PVA em vigor nos países de referência

mesmo medicamento ou, caso este não exista, das especialidades farmacêuticas idênticas ou essencialmente similares de pelo menos dois dos quatro países de referência; *Regime de preço máximo* é a fixação do seu valor na venda ao público, o qual não pode ser ultrapassado.

⁵⁶ O preço do medicamento teria carácter provisório caso não tivesse sido determinado com base no preço do mesmo medicamento ou, caso de esse não existir, no preço das especialidades farmacêuticas idênticas ou essencialmente similares dos países de referência, e teria validade até que o seu preço pudesse ser determinado com base no preço do mesmo medicamento ou, caso este não existisse, no preços das especialidades farmacêuticas idênticas ou essencialmente similares em dois dos quatro países de referência. A conversão do preço provisório em preço definitivo operaria, a partir dessa data, uma estabilização do preço do medicamento por um período de três anos.

⁵⁷ para o mesmo medicamento ou, caso este não existisse, para as especialidades farmacêuticas idênticas ou essencialmente similares, sem taxas nem impostos, acrescido das margens de comercialização, taxas e impostos vigentes em Portugal ⁵⁸ (175). O PVP dos preços dos medicamentos seria sujeito a revisão anual (175).

O PVP dos medicamentos genéricos, sujeito a regime especial de formação de preços, e os medicamentos objecto de AIM, sujeitos a pedido de transição para a categoria de medicamentos genéricos (139), seria inferior, no mínimo, em 35 % ao PVP do medicamento de referência ⁵⁹, com igual dosagem e na mesma forma farmacêutica (175). No caso, porém, do PVP do medicamento de referência ser inferior a 10 € no PVA em todas as apresentações, o PVP do medicamento genérico seria inferior, no mínimo, em 20 % ao PVP do medicamento de referência ⁵⁷, com igual dosagem e na mesma forma farmacêutica (175). Excluíam-se, nesse regime, os medicamentos genéricos a introduzir no mercado para os quais já existisse grupo homogêneo, caso em que o respectivo PVP devia ser igual ou

⁵⁷ Espanha, França, Itália e Grécia.

⁵⁸ O PVA em Portugal não podia exceder a média do PVA em vigor em todos os países de referência para o mesmo medicamento ou, caso este não existisse em todos eles, a média do PVA em vigor em pelo menos dois desses países. No caso de só existir o mesmo medicamento num dos quatro países de referência, o PVA em vigor nesse país, o PVA em Portugal não podia ser exceder o PVA nesse país. No caso do mesmo medicamento não existir em nenhum dos países de referência, o PVA em Portugal não podia ser superior à média dos PVA mais baixos das especialidades farmacêuticas idênticas ou essencialmente similares desse medicamento em vigor no maior número possível destes países, excluindo os medicamentos genéricos. No caso de não existir o mesmo medicamento nem especialidades farmacêuticas idênticas ou essencialmente similares desse medicamento em qualquer dos países de referência e existir em Portugal, o PVA em Portugal não o podia ser maior que o PVA fixado para a especialidade farmacêutica idêntica ou essencialmente similar que estivesse a ser comercializada no mercado nacional. E, no caso de não existir o mesmo medicamento ou a especialidade farmacêutica idêntica ou essencialmente similar desse medicamento em qualquer dos países de referência e no mercado nacional, o PVA em Portugal não poderia exceder o PVA em vigor no país de origem. As comparações de preços efectuadas com o mesmo medicamento ou, caso este não existisse, com a especialidade farmacêutica idêntica ou essencialmente similar do medicamento em causa existentes nos países de referência, em Portugal ou no país de origem, são efectuadas com a mesma forma farmacêutica, dosagem e apresentação, e com a mesma forma farmacêutica e com dosagem e apresentação mais aproximada., tendo como referência a apresentação de menor dimensão em Portugal, cujo PVA é determinado com base na comparação com o PVA da apresentação mais aproximada em cada um dos países de referência.

⁵⁹ Medicamento que esteja, ou tenha sido, autorizado há mais tempo em Portugal com base em documentação completa, incluindo resultados de ensaios farmacêuticos, pré-clínicos e clínicos com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias activas. Caso o medicamento de referência não esteja ou não tenha sido autorizado em Portugal mas esteja ou tenha sido autorizado noutro Estado membro da União Europeia, é calculado um PVP de acordo com a lei.

inferior ao preço de referência desse grupo, deduzido das margens de comercialização, taxas e impostos vigentes em Portugal ⁽¹⁷⁵⁾. De forma semelhante ao praticado para os medicamentos gerais, o PVP dos preços dos medicamentos genéricos também seria sujeito a revisão anual ⁽¹⁷⁵⁾.

A fixação das margens máximas de comercialização dos medicamentos comparticipados, calculadas sobre o PVP, deduzido do IVA, seriam de 6.87 % para os grossistas e de 18.25 % para as farmácias, respectivamente, como já foi anteriormente mencionado (ver *Página 159*), sendo para os medicamentos não comparticipados de 8 % para os grossistas e de 20 % para as farmácias, respectivamente ⁽¹⁷³⁻¹⁷⁵⁾.

- Redução dos preços máximos de venda ao público dos medicamentos genéricos em 2008

Apesar de, ao longo do seu mandato, o XVII Governo ter tomado, por duas vezes, medidas de redução administrativa de preços de medicamentos ^(172, 175), essas medidas foram tidas por insuficientes relativamente aos medicamentos genéricos.

As medidas de redução de preços *justificavam-se* pela prioridade política do equilíbrio das contas públicas no quadro dos compromissos exigidos pelo PEC e pela identificação de um elevado nível de despesa pública em medicamentos, com preços muito superiores ao existente noutros países europeus ^(147, 148, 177). Paralelamente, definiu-se um novo modelo de formação de preços dos medicamentos originais que previa reduções progressivas até se atingir, em 2009, a coincidência com o nível médio de preços verificado em Espanha, França, Itália e Grécia, países tomados para as referências ^(175, 177-179).

Um nível de preços dos medicamentos genéricos superior ao praticado nos restantes países europeus, mais concretamente em Espanha e França, criava em Portugal uma situação única na Europa, traduzida numa quota de mercado dos medicamentos genéricos em valor claramente *superior* à quota de mercado em volume ⁽¹⁷⁷⁾. Isso exigiu, como prioridade adicional, a inversão dessa relação de quotas, de forma a que fossem atingidos

valores normais, ou seja, uma quota de mercado em volume superior à quota de mercado em valor ⁽¹⁷⁷⁾.

Crescia, também, a despesa com medicamentos para a situação de ambulatório. Dentro de um crescimento anual avaliado em 5 %, a referida despesa atingia, logo no primeiro semestre de 2008, o valor de 4,2 %, o que ultrapassava o limite de crescimento desse tipo de despesa estabelecido na Lei do Orçamento para esse ano (2,9 %) ^(177, 180).

A *título excepcional*, alegando, mais uma vez motivos de interesse público, o Governo, pelos Ministros da Saúde e da Economia, promulgou nova lei, impondo a redução dos preços dos medicamentos genéricos ⁽¹⁷⁷⁾.

Os PVP máximos dos medicamentos genéricos, em todas as suas apresentações, foram reduzidos em 30 %, com exceção dos medicamentos genéricos com PVP inferiores a 5 €, que ficaram isentos de variações ⁽¹⁷⁷⁾. Da aplicação da redução prevista, não podia resultar um PVP do medicamento genérico com valor inferior a 50 % do respectivo preço do medicamento de referência ^{60 (177)}.

Essa legislação teria efeito sobre os PVP máximos de medicamentos genéricos aprovados até 31 de Março de 2008, não produzindo efeitos quanto aos preços de referência aprovados e a aprovar até 15 de Setembro de 2008, os quais entrariam em vigor no dia 1 de Outubro de 2008. A partir de 1 de Outubro desse mesmo ano, não poderiam ser dispensados ao público medicamentos genéricos que apresentassem preços diferentes dos resultantes da aplicação dessa mesma lei ⁽¹⁷⁷⁾. A partir de 24 de Setembro de 2008, de forma a uniformizar os preços, foi estipulado que não poderiam ser fornecidos às farmácias medicamentos genéricos que apresentassem preços diferentes ⁽¹⁷⁷⁾.

A legislação, ainda em vigor, estipulava que a revisão dos preços de referência para cada um dos grupos homogêneos de medicamentos fosse aprovada por despacho conjunto até ao décimo quinto dia do último mês de cada trimestre civil, entrando em vigor no primeiro dia do mês seguinte à publicação desse despacho ^(111, 124). Referia, também, que a redução dos PVP dos medicamentos genéricos produziria efeitos quanto aos preços de

⁶⁰ As comparações de preços com os medicamentos de referência fazem -se com as mesmas apresentações de igual dosagem. Relativamente a apresentações diferentes, o PVP é o resultante da comparação, em termos unitários, com o PVP da apresentação mais aproximada do medicamento de referência.

referência aprovados e a aprovar até 15 de Dezembro de 2008 para entrada em vigor no dia 1 de Janeiro de 2009 ⁽¹²⁴⁾.

O desencontro na lei no referente à redução dos PVP de referência, dos medicamentos genéricos aprovados e a aprovar até 15 de Dezembro de 2008 para entrada em vigor no dia 1 de Janeiro de 2009, poderia traduzir-se num aumento brusco dos encargos dos utentes com a aquisição dos medicamentos (não genéricos), pois o preço de referência para cada grupo homogéneo correspondia ao PVP do medicamento genérico existente no mercado que integrasse aquele grupo e que tivesse o PVP mais elevado ^(124, 181).

Foi então necessário fasear a produção de efeitos dos preços de referência aprovados e a aprovar na redução do PVP dos medicamentos genéricos. A indicação da redução do PVP dos medicamentos genéricos de 15 de Setembro de 2008 ⁽¹⁷⁷⁾, estendeu-se aos preços de referência aprovados e a aprovar até 15 de Dezembro de 2008, para entrada em vigor no dia 1 de Janeiro de 2009, e, depois, até 15 de Março de 2009, para entrada em vigor no dia 1 de Abril de 2009 ⁽¹⁸¹⁾.

Mesmo com as alterações administrativas verificadas, a alteração dos PVP máximos dos medicamentos genéricos veio a sofrer novo ajustamento. No contexto económico-social da altura e perante a incerteza da sua evolução, justificava-se manter, por mais algum tempo, o efeito temporal das medidas decorrentes da redução dos PVP dos medicamentos genéricos ⁽¹⁷⁸⁾. Foi redigido novo texto legal, estipulando que a redução dos PVP de referência dos medicamentos genéricos não produziria efeitos quanto aos preços de referência aprovados e a aprovar até 15 de Junho de 2009, para entrada em vigor no dia 1 de Julho de 2009 ⁽¹⁷⁸⁾.

Em Setembro ⁶¹ ⁽¹⁷⁹⁾ e em Dezembro de 2009 ⁽¹⁸²⁾, foram realizadas novas alterações na legislação referente à redução dos preços máximos de PVP dos medicamentos genéricos, sendo estabelecida uma excepção na produção de efeitos quanto aos preços de referência apresentados e a apresentar, com o objectivo de diminuir o impacto dessa redução ^(177, 181). O adiamento da produção de efeitos justificava-se, mais

⁶¹ Erradamente mencionado nesse Diário da República como Portaria N.º 1151/2008, de 31 de Dezembro, de 2008, que, na realidade, deve ser lido como Portaria N.º 1551/2008, de 31 de Dezembro, de 2008.

uma vez, pelo contexto económico-social, consentindo na manutenção dessa excepção até 15 de Setembro de 2009, para entrada em vigor no dia 1 de Outubro de 2009 ⁽¹⁷⁹⁾ e, posteriormente, até 15 de Dezembro de 2009, para entrada em vigor no dia 1 de Janeiro de 2010 ⁽¹⁸²⁾.

- Protecção aos cidadãos mais necessitados e prorrogação da majoração de participação do preço de referência dos medicamentos adquiridos pelos utentes do regime especial em 2010

Em 1972, o sistema de preços de referência para efeitos de participação pelo Estado no preço dos medicamentos tinha sido implementado em Portugal com as justificações da necessidade de garantir o controlo da despesa farmacêutica, de incentivar a racionalização na utilização dos medicamentos e de incrementar a respectiva acessibilidade ⁽¹¹¹⁾. Nessa altura, era previsto uma majoração (*sic*) de 25 %, relativamente ao preço de referência de cada grupo homogéneo, para os utentes abrangidos pelo regime especial de participação, até 31 de Dezembro de 2003, tendo sido, depois, sucessivamente prorrogada até 30 de Junho de 2006 ^(183, 184).

O regime de participação do Estado no preço dos medicamentos prescritos aos utentes do SNS e beneficiários da ADSE, em vigor desde 1992, definia quatro escalões de participação, aplicados em função dos preços dos medicamentos e tendo por critérios de essencialidade a *justiça social* ^(88, 185). No entanto, pela situação económico-social que se vivia, impunha-se a adopção de medidas para apoio às famílias e, em particular, para ajuda aos mais idosos, mantendo a observação dos mesmos critérios de *justiça social*.

Entre 2002 e 2006, os pensionistas de mais baixos rendimentos, beneficiaram de uma majoração (*sic*) da participação do Estado no preço dos medicamentos de referência, na ordem dos 25 % ^(183, 184).

Em 2009, seguindo o propósito de apoio às famílias, em particular aos mais idosos, com base nos critérios de justiça social já referidos, foi duplicada a participação específica nos medicamentos genéricos, que acrescia ao regime geral, para os pensionistas

cujos rendimentos totais anuais não excedesse catorze vezes o salário mínimo nacional em vigor em 2009 ou catorze vezes o valor do indexante dos apoios sociais em vigor quando este ultrapassasse aquele montante ⁽¹⁸⁵⁾. Nestes casos, e para todos os escalões, os medicamentos genéricos passavam a ter a comparticipação de 100 % por parte do Estado ⁽¹⁸⁵⁾.

Por consequência, o Estado actuava em duas frentes, apoiando os idosos mais carenciados, por um lado, e incentivando o consumo de medicamentos genéricos, por outro ⁽¹⁸⁵⁾.

Através de nova redacção da lei, os pensionistas, desde que em condições de rendimentos limitados, poderiam usufruir de majorações especiais nas comparticipações do Estado no preço dos medicamentos, sem prejuízo do disposto para os medicamentos genéricos, cuja comparticipação do Estado seria de 100 % para os pensionistas com rendimento que não excedesse o valor mínimo estabelecido em lei ⁽¹⁸⁵⁾.

Essa comparticipação extraordinária, que não abrangia os medicamentos genéricos mas apenas os medicamentos de referência, vulgarmente conhecidos como medicamentos de marca ⁽¹⁸⁵⁾, que era de 20 % até 31 de Dezembro de 2006 ⁽¹⁸⁶⁾, foi sendo sucessivamente prorrogada, com a justificação de *necessidade da existência de um tempo de adaptação do prescriptor aos genéricos*, e, também, pela *necessidade de redução do impacto nos grupos sociais mais carenciados*, até 31 de Dezembro de 2009 ^(183, 187-189) e, posteriormente, até à entrada em vigor de novo regime jurídico de revisão do sistema de preços de referência ⁽¹⁸⁴⁾, o que só veio a acontecer em 2010 ⁽¹⁹⁰⁻¹⁹³⁾.

A protecção concedida aos grupos sociais mais carenciados conheceu, assim, uma evolução positiva muito significativa, por força de medidas adoptadas pelo XVII Governo Constitucional, pois a generalidade dos idosos e pensionistas, cujo rendimento total anual não excedesse catorze vezes o salário mínimo nacional, passava a beneficiar de uma comparticipação a 100 % nos medicamentos genéricos, muito superior à mera majoração da contribuição de 20 % ou 25 % por parte do Estado nos medicamentos de referência. Essa iniciativa permitia beneficiar utentes de grupos sociais vulneráveis, o que se revelava especialmente importante para ultrapassar a crise que também se fazia sentir em Portugal por essa altura, e no resto do Mundo também.

- Revisão do regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos em 2010

A necessidade de redução do impacto das medidas de estabilização da economia nacional nos grupos sociais mais carenciados exigia a revisão do sistema de comparticipação e dos preços dos medicamentos de modo a criar condições de maior acessibilidade dos doentes a medicamentos de qualidade, eficazes e seguros, a preços comportáveis.

O Programa do XVIII Governo Constitucional (ver *Anexo XIV*), resultante das eleições legislativas de 27 de Setembro de 2009, com início de funções em 26 de Outubro de 2009, defendia a saúde como um valor, para todos, e pretendia a promoção da *revisão global do corrente sistema de comparticipação do medicamento, com especial enfoque nos regimes especiais, no sentido de obter melhor equidade e mais valor para todos os cidadãos*, propondo-se fazer essa revisão ⁽¹⁹⁴⁾.

Até à concretização de uma revisão global do sistema de comparticipação e preços de referência, justificava-se a manutenção da majoração (*sic*) de 20 % da comparticipação do Estado na compra de medicamentos de referência para os utentes do regime especial de comparticipação, o que, como já foi referido, fez com que o prazo de manutenção desse regime de majoração fosse prorrogado até data a anunciar, ou seja, até entrada de novo regime jurídico que revisse o sistema de preços de referência ^(184, 193).

Era também intenção do Governo tornar o sistema de comparticipações do Estado mais racional e eficiente, de modo a garantir esses benefícios para o cidadão no presente e no futuro, e promover a generalização da utilização do *medicamento genérico*, dada a sua comprovada qualidade e óbvio benefício para o cidadão, referia o Governo ^(191, 194).

Tratava-se, no entender do Governo, de uma conduta fundamental para continuar a assegurar um SNS *universal e eficiente*, que garantisse *mais e melhor* saúde *para todos*.

Foram implementadas diversas medidas para cumprimento desses objectivos. Entre elas, destacavam-se a comparticipação a 100 % para os utentes do regime especial nos medicamentos que apresentassem os cinco PVP mais baixos do respectivo grupo homogéneo e a redução do prazo de decisão do pedido de comparticipação do Estado no

preço do medicamento genérico ⁽¹⁹¹⁾. Para além disso, definiram-se novas regras para a determinação do preço de cada novo medicamento genérico a entrar em grupo homogéneo, quando neste existisse pelo menos 5 % de quota do mercado de medicamentos genéricos, com clarificação, também, das regras de notificação do início de comercialização do medicamento participado ⁽¹⁹¹⁾. Ao nível do sistema de preços de referência, verificava-se a regra da comparticipação pelo preço de referência independentemente do valor do medicamento, excepto quando este fosse inferior ao valor dessa comparticipação ⁽¹⁹¹⁾. Introduziam-se também alterações na fixação das margens de comercialização sem que tal implicasse quaisquer modificações nos PVP aprovados ou impacto nos encargos para o SNS ⁽¹⁹¹⁾.

Com essas medidas era possível, também, alcançar um objectivo paralelo, ou seja, o da sistematização da legislação dispersa referente ao regime das comparticipações do Estado no custo dos medicamentos ⁽¹⁹¹⁾.

Alegadamente, essas medidas representavam um esforço acrescido na racionalização dos gastos com medicamentos, *não se pretendendo com tais ajustamentos gastar menos mas sim gastar melhor*, beneficiando directamente quem, pelas suas condições económico-sociais, enfrentasse maiores dificuldades no acesso a medicamentos, ao mesmo tempo que atendia a padrões de racionalidade ⁽¹⁹¹⁾. Assim, era possível melhorar o acesso ao medicamento, *reduzir o custo do medicamento para os cidadãos*, manter a *garantia da sua qualidade* e *reduzir a factura do SNS com o medicamento, sem ser à custa da qualidade nem da transferência de custos para o utente* ⁽¹⁹¹⁾.

Foi fixado o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos para os utentes os SNS e para os beneficiários da ADSE (ver *Tabela 11, Página 159*), e revisto o sistema de preços de referência aplicável à comparticipação do Estado no preço dos medicamentos ^(174, 191). Mantiveram-se os regimes especiais de comparticipação em função dos beneficiários (ver *Tabela 11, Página 160*) ^(174, 191), com uma comparticipação do Estado acrescida, respectivamente, de 5 % no Escalão A e de 15 % nos Escalões B, C e D para os pensionistas com rendimento total não superior a catorze vezes a retribuição mínima mensal garantida em vigor no ano civil transacto, ou catorze vezes o valor do indexante dos apoios sociais em vigor, desde que estes cidadãos

fizessem prova formal dessa qualidade. Os pensionistas poderiam usufruir de comparticipação extraordinária do Estado de 100 % no PVP dos medicamentos cujos PVP correspondessem a um dos cinco preços mais baixos do grupo homogéneo em que se inserissem, desde que iguais ou inferiores ao preço de referência desse grupo ⁽¹⁹¹⁾. Os grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos que integravam os diferentes escalões de comparticipação seriam fixados por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde ⁽¹⁹¹⁾.

Foi também definida, através de despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, a comparticipação do Estado no PVP de medicamentos em função das *patologias* ou de *grupos especiais de utentes*, diferentemente graduada em função das entidades que os prescrevessem ou dispensassem, podendo a comparticipação do medicamento ficar restringida a determinadas indicações terapêuticas fixadas em lei ⁽¹⁹¹⁾. A comparticipação do Estado no preço dos medicamentos que viessem a ser incluídos em sistemas de gestão integrada de doenças seria objecto de regime especial a estabelecer em legislação própria ^(191, 195) (ver *Anexo VII*).

O PVP dos medicamentos que, por despacho ministerial fossem considerados imprescindíveis em termos de sustentação de vida, seria *inteiramente* suportado pelo Estado ⁽¹⁹¹⁾.

A *comparticipação de medicamentos genéricos* foi concretizada mediante a fixação de um PVP máximo, em 5 % inferior ao PVP máximo do medicamento genérico cujo pedido válido de comparticipação fosse imediatamente anterior, independentemente dessa decisão, oferecendo-se, por esta via, uma vantagem económica por redução do valor de comparticipação relativamente ao valor corrente ⁽¹⁹¹⁾. O titular de AIM não poderia, contudo, requerer comparticipação para mais de um medicamento genérico com a mesma composição quantitativa e qualitativa em substâncias activas, a mesma dosagem e a mesma forma farmacêutica ⁽¹⁹¹⁾.

Os *medicamentos manipulados* seriam comparticipados em 50 % do seu preço, desde que constassem na lista a aprovar anualmente por despacho do MS, proposta pelo conselho directivo do INFARMED ⁽¹⁹¹⁾.

O PVP dos medicamentos comparticipados seria autorizado pela *DGAE*, ficando esta entidade também responsável por fixar o PVP máximo dos medicamentos ⁽¹⁹¹⁾. O *INFARMED* manter-se-ia responsável pela regulação dos preços dos medicamentos comparticipados ou a comparticipar, e pela revisão anual dos preços dos medicamentos abrangidos com base na comparação com a média dos preços praticados nos países de referência à data de 1 de Janeiro de cada ano ^(191, 196).

A título excepcional, por motivos de *interesse público* ou por *iniciativa do titular da AIM*, o preço do medicamento podia ser revisto, mediante despacho fundamentado do *MS* e do membro do Governo responsável pela área da economia, sob proposta da *DGAE*, após consulta do *INFARMED*, sendo definidos por despacho desses mesmos membros do Governo os critérios, prazos e demais procedimentos que presidissem à *revisão excepcional* de preço ⁽¹⁹¹⁾.

As margens máximas de comercialização dos medicamentos, calculadas sobre o PVP, deduzido o IVA, e até agora distintas conforme fossem referentes a medicamentos comparticipados ou a medicamentos não comparticipados ⁽¹⁷³⁻¹⁷⁵⁾, passavam a ser de 8 % para os grossistas e de de 20 % para as farmácias, respectivamente, qualquer que fosse essa classificação ⁽¹⁹¹⁾.

O acesso à comparticipação de medicamentos para os utentes do *SNS* e beneficiários da *ADSE* apenas seria consentido se os medicamentos fossem prescritos em receita médica destinada a esse fim, de acordo com modelo aprovado por portaria do *MS* ⁽¹⁹¹⁾.

A decisão sobre a inclusão ou exclusão de medicamento na qualidade de comparticipação, condicionada, entre outros parâmetros, pela demonstração técnico-científica do seu valor terapêutico acrescentado para as indicações terapêuticas reclamadas ou à demonstração da sua vantagem económica, era da competência do membro do Governo responsável pela área da saúde, e, no caso dos medicamentos genéricos, a competência prevista podia ser delegada no conselho directivo do *INFARMED* ⁽¹⁹¹⁾.

Com fundamento na *defesa dos interesses da saúde pública e dos doentes*, a *comparticipação extraordinária de um medicamento* poderia ficar sujeita a acordo, a celebrar entre o *INFARMED* e o titular da respectiva *AIM*, desde que sujeita a um período

limitado no tempo, findo o qual teria de proceder-se à redução do montante de comparticipação, com equivalente redução do PVP, ou à respectiva exclusão da comparticipação ⁽¹⁹¹⁾. Nesse período limitado de tempo seria necessário apresentar um estudo fármaco-económico que fundamentasse a decisão de manter ou alterar a comparticipação e o respectivo escalão ⁽¹⁹¹⁾. A comparticipação transitória do medicamento podia também ficar condicionada pela fixação de um limite máximo de vendas, o qual, uma vez ultrapassado, determinaria o reembolso do montante de comparticipação correspondente à facturação excedente do valor acordado com o SNS pelo titular da respectiva AIM ⁽¹⁹¹⁾.

A lista dos medicamentos comparticipados pelo SNS, actualizada periodicamente e divulgada pelo INFARMED junto das entidades competentes através dos meios considerados mais adequados, devia conter o nome do medicamento, a DCI da substância activa, a dosagem, a forma farmacêutica, a apresentação, o preço, o escalão e o valor da comparticipação, bem como as informações relativas a quaisquer condições especiais dessa comparticipação ⁽¹⁹¹⁾.

A comparticipação no medicamento caducaria, para todas as apresentações com a mesma dosagem e forma farmacêutica, se, no prazo de seis meses a contar da notificação da autorização de comparticipação, o requerente não o comercializasse no âmbito do SNS e da ADSE, ou se, após o início da comercialização, o medicamento não estivesse disponível no mercado num prazo excedendo os noventa dias. A caducidade implicaria a exclusão do medicamento da comparticipação, não impedindo o titular da AIM de, no futuro, formular novo pedido de comparticipação ⁽¹⁹¹⁾.

- Definição dos grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos a integrar nos diferentes escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos em 2010

A redefinição dos grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos compreendidos nos diferentes escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos foram

redefinidos no seguimento das determinações políticas de comparticipação ^(171, 191, 197, 198), pois foi julgado da maior relevância serem feitas regularmente ponderações sobre o efeito terapêutico e a necessidade da disponibilização pública de determinados grupos de medicamentos *versus* o respectivo nível de comparticipação ⁽¹⁹⁵⁾.

Por outro lado, este nível de comparticipação não deveria incorporar qualquer estímulo económico à sobreutilização de determinados medicamentos. Os objectivos da sustentabilidade, do rigor e da contenção orçamentais exigiam, também, que fosse reequacionada a inclusão de alguns grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos nos vários escalões de medicamentos comparticipáveis, à luz de critérios técnico-científicos e das necessidades mais prementes de terapêutica ⁽¹⁹⁵⁾.

Importava pois proceder a essa revisão, adoptando um único diploma sobre a matéria em causa, prevenindo incertezas jurídicas decorrente do já vasto leque de diplomas sobre esta matéria.

Os grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos foram então distribuídos pelos vários escalões consoante o grau da comparticipação do Estado no preço dos medicamentos, tendo em consideração as *indicações terapêuticas* do medicamento, a *sua utilização*, as *entidades* que o prescrevem ou fornecem e as *necessidades terapêuticas acrescidas* de certas patologias ⁽¹⁹⁵⁾ (ver *Anexo VII*).

Apesar da aprovação dos grupos e subgrupos farmacoterapêuticos integrantes dos diferentes escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos, a lei era omissa quanto ao subgrupo 10.1 dos anti-histamínicos e sub-grupo 10.1.1 dos anti-histamínicos H 1 sedativos, que, à luz dos critérios que presidiram à elaboração da mesma portaria, deveriam constar do escalão C de comparticipação ⁽¹⁹⁵⁾.

Foi necessário, por isso, preencher essa falha, tendo sido emitida nova legislação para o efeito ⁽¹⁹⁹⁾.

Pelos mesmos critérios, deveria constar, igualmente, do escalão C o subgrupo 10.1.2 dos anti-histamínicos H 1 não sedativos, não contemplado anteriormente, o que só veio a verificar-se a partir de 15 de Outubro de 2010, por publicação de nova portaria ⁽²⁰⁰⁾.

Acresce que a inclusão das associações de antiasmáticos e de broncodilatadores (sub-grupo 5.1) no escalão B ^(199, 201), decidida por portaria do MS, em consequência de

uma proposta de Fevereiro de 2009, apresentada pelo coordenador da Comissão e Acompanhamento do Programa Nacional de Controlo da Asma, o qual sugeria a subida de escalão para as associações fixas de broncodilatadores em formulação farmacêutica única, a fim de melhorar a adesão ao tratamento e controlo da asma, se manteve em vigor até 31 de Outubro de 2011 ⁽¹⁷¹⁾.

- Acesso aos medicamentos e medidas de combate à fraude e ao abuso, na comparticipação de medicamentos, e de racionalização da política do medicamento no âmbito do SNS em 2010

O XVIII Governo Constitucional declarou ter como objectivo para a saúde a concretização de um SNS com uma política de saúde *centrada nos cidadãos* e orientada para *mais e melhor saúde, e um sistema nacional de saúde sustentável e bem gerido* ^(194, 202). Adicionalmente, pretendia estabelecer um sistema de comparticipação do medicamentos que fosse direccionado *no sentido de obter melhor equidade e mais valor para todos os cidadãos* ^(194, 202).

Era necessário legislar, então, no sentido de garantir um SNS sustentável e bem gerido, com vista a reduzir, racionalizar e tornar mais eficiente a despesa com o medicamento, combater a fraude e o abuso nos benefícios concedidos pelo sistema de comparticipação de medicamentos, de modo a distribuí-los mais criteriosamente, para que fossem beneficiadas as pessoas que, de facto, deles necessitassem, e adoptar regras mais justas no acesso aos medicamentos ⁽²⁰²⁾.

Consequentemente, foi determinado que, para efeitos de comparticipação do Estado, o cálculo do preço de referência dos medicamentos correspondesse à média dos cinco medicamentos mais baratos existentes no mercado e que integrassem cada grupo homogéneo, em vez de corresponder ao medicamento genérico com o PVP mais elevado, como sucedia até então ^(139, 202). Desse modo, seria possível racionalizar e disciplinar a gestão dos dinheiros públicos permitindo ao Estado continuar a assegurar elevadas taxas de

comparticipação e a continuação do acesso a medicamentos com taxas de participação elevadas ⁽²⁰²⁾.

As taxas para os diversos escalões de participação do Estado no preço dos medicamentos foram ajustadas, tendo o escalão A do regime geral sido reduzida para 90 % e mantidas as condições especiais de participação do Estado no custo dos medicamentos para os pensionistas com rendimento total anual não excedente catorze vezes o salário mínimo nacional em vigor em 2009 ou catorze vezes o valor do indexante dos apoios sociais em vigor (ver *Tabela 12*) ⁽²⁰²⁾.

Os medicamentos manipulados participados e constantes de lista a aprovar anualmente por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, mediante proposta do conselho directivo do INFARMED, seriam participados pelo Estado em 30 % do seu preço ⁽²⁰²⁾.

Tabela 12

<i>Escalão de participação no PVP de medicamentos a cargo do Estado</i>	<i>Descrição</i>
A – 90 %	A participação do Estado é de 90 % do preço dos medicamentos *
B – 69 %	A participação do Estado é de 69 % do preço dos medicamentos **
50 %	<i>Medicamentos participáveis em 50 % do PVP pelo Estado</i>
C – 37 %	A participação do Estado é de 37 % do preço dos medicamentos **
D – 15 %	A participação do Estado é de 15 % do preço dos medicamentos **

Tabela 12.: Fixação dos escalões de participação do Estado no custo dos medicamentos para 2010.

** Participação do Estado acrescida de 5% para os pensionistas cujo rendimento total anual não exceda catorze vezes o salário mínimo nacional, após prova formal dessa qualidade através de documento emitido pelos serviços oficiais competentes, em termos a definir pelo MS;*

*** Participação do Estado acrescida de 15% para os pensionistas cujo rendimento total anual não exceda catorze vezes o salário mínimo nacional, após prova formal dessa qualidade através de documento emitido pelos serviços oficiais competentes, em termos a definir pelo MS*

O financiamento em 100 % no regime especial de participação, induzia, segundo pareceres do Estado, um aumento do consumo e a utilização abusiva do estatuto

de regime especial, desviando participações do regime normal para o regime especial, o que, por sua vez, implicava um gasto indevido para o SNS ⁽²⁰²⁾. A redução para 95 % no regime especial visava evitar a fraude e o abuso detectados e direccionar o sistema de participações para quem efectivamente dele necessitasse ⁽²⁰²⁾. Foi previsto também que, em caso de abuso comprovado, a pessoa em questão ficasse sem direito a concessão do benefício durante um período de vinte e quatro meses após o conhecimento do facto ⁽²⁰²⁾.

Ainda no conjunto dessas medidas de ajustamento, foi incentivada, de forma decisiva, a prescrição de medicamentos por via electrónica, estabelecendo-se que a partir de 1 de Março de 2011 apenas seriam participadas receitas prescritas por essa via ⁽²⁰²⁾. Este procedimento permitiria também uma gestão mais eficiente de todo o sistema de dispensa de medicamentos, gerando vantagens adicionais, tais como a possibilidade de o utente poder ser informado sobre a existência de um medicamento alternativo mais barato do que o prescrito e poder livremente solicitá-lo ao balcão da farmácia ⁽²⁰²⁾.

As regras para a determinação das condições de recursos a ter em conta na atribuição e manutenção das prestações do subsistema de protecção familiar e do subsistema de solidariedade, bem como para a atribuição de outros apoios sociais públicos tinham já sido estabelecidas ⁽²⁰³⁾. Essas regras estendiam-se também ao regime especial de participação de medicamentos para sujeitos com exíguos rendimentos e reduzidos bens pessoais, que pretendessem obter uma prestação de segurança social ou apoio social, sendo considerado como proveitos o conjunto dos rendimentos, e a composição e capitação dos rendimentos do agregado familiar ^(176, 203, 204).

O regime especial previa dois tipos de participação, uma em função dos *beneficiários* e outra em função das *patologias ou de grupos especiais de utentes* ⁽²⁰³⁾. Para atribuição do regime especial em função dos beneficiários, que fizessem prova da sua qualidade através de documento emitido pelos serviços oficiais competentes, eram avaliados os respectivos rendimentos, sendo o rendimento total correspondente ao resultado da divisão do rendimento do agregado familiar pelo número de membros desse mesmo agregado ^(191, 203).

Tornava-se então necessário adequar determinadas situações legais de isenção às regras e, em particular, tornar claro o conceito de rendimentos ^(203, 205). Para efeitos do cálculo do rendimento total anual dos pensionistas com direito ao regime especial de comparticipação de medicamentos passou a ser considerado o valor da totalidade dos rendimentos auferidos no ano civil anterior pelo próprio e pelos membros do respectivo agregado familiar, dividido por catorze e, sucessivamente, pelo número de membros do agregado familiar ^(203, 205).

A qualidade da condição de beneficiário de regime especial em função dos rendimentos passava a constar da receita electrónica ou emitida por meios electrónicos ⁽²⁰⁵⁾. Para comprovação do rendimento total do pensionista e dos membros do seu agregado familiar, os centros de saúde deviam solicitar a entrega de declaração de autorização, concedida ao beneficiário de forma livre, específica e inequívoca, de forma a aceder a informação detida por terceiros, designadamente informação fiscal e bancária ⁽²⁰⁵⁾. Desse modo, a ACS poderia aceder à base de dados do Instituto de Informática do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, de acordo com os protocolos legais ⁽²⁰⁵⁾.

Foi, finalmente, pensada a possibilidade da eliminação da indicação do PVP da embalagem para MSRM comparticipados, garantindo-se, ao utente, a correcta informação sobre o preço dos medicamentos no momento de dispensa nas farmácias e emissão da respectiva factura ⁽²⁰²⁾. A garantia do preço do medicamento seria reforçada pela utilização do Centro de Conferência de Facturas, que entrou em funcionamento em 1 de Março de 2010, responsável pela uniformização dos procedimentos de pagamento da comparticipação do Estado às farmácias, controlo e verificação dos preços dos medicamentos, prevenindo situações de fraude, e desmaterialização de todo o processo entre a prescrição do medicamento e a emissão da respectiva factura ^(202, 206).

Mantinha-se a possibilidade de os membros do Governo responsáveis pelas áreas da Saúde e da Economia poderem, através de publicação de legislação adicional e, por razões de interesse público ou de regularização do mercado, determinar a prática de deduções sobre os PVP máximos autorizados ⁽²⁰²⁾. Mantinham-se, também, as condições cumulativas da comparticipação de medicamentos para medicamentos com demonstrada

competência técnico-científica de valor terapêutico acrescentado ou de equivalência terapêutica para as indicações terapêuticas reclamadas, e sua vantagem económica ⁽²⁰²⁾.

- Dedução sobre os PVP máximos autorizados dos medicamentos comparticipados de uso humano em 2011 e 2012

Desde 2007 a prática de deduções sobre os PVP máximos autorizados dos medicamentos, quer por motivos de interesse público, quer por regularização do mercado, podia ser determinada por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da Saúde e da Economia ^(175, 202).

A necessidade de assegurar o acesso a medicamentos a quem deles mais carece e, paralelamente, de garantir a sustentabilidade dos gastos do Estado com medicamentos exige um esforço de contenção, cada vez mais necessária, que envolve todos os parceiros do sector, no quadro de uma *responsabilidade social* das empresas.

Por motivos de interesse público na sustentabilidade dos gastos do Estado com os medicamentos, foi estabelecida, em Outubro de 2010, uma dedução a praticar sobre os PVP máximos autorizados, dos medicamentos comparticipados de uso humano, passando esses medicamentos a ser dispensados a um preço inferior a 6 % do PVP máximo autorizado, mantendo-se inalteradas as margens máximas de comercialização ^(175, 207). Essa dedução não se aplicava nos casos em que o seu montante fosse igual ou inferior a 0.18 € ⁽²⁰⁷⁾.

Para efeitos de comparticipação, os medicamentos manipulados deviam verificar critérios de natureza técnico-científica que evidenciassem a sua eficácia e efectividade terapêutica ^(191, 202, 208). Para comparticipação pelo SNS e pela ADSE era requerida também uma avaliação suplementar referente às preparações que justificassem essa mesma comparticipação. Considerando-se importante aprofundar o estudo desta matéria, o conselho directivo do INFARMED constituiu um grupo técnico com o objectivo de assegurar a elaboração da primeira *lista de medicamentos manipulados comparticipáveis*, apoiando e reforçando as actividades do INFARMED na área dos medicamentos ⁽²⁰⁸⁾. Com

conhecimento da Ordem dos Farmacêuticos e da Ordem dos Médicos, das associações representativas das farmácias e dos farmacêuticos hospitalares e da Comissão de Avaliação de Medicamentos, foi considerado que poderiam ser objecto de comparticipação os medicamentos manipulados que não tivessem equivalência no mercado de especialidades farmacêuticas com igual substância activa na forma farmacêutica pretendida, verificassem a existência de lacuna terapêutica ao nível dos medicamentos preparados industrialmente e obrigassem à necessidade de adaptação de dosagens ou formas farmacêuticas às carências terapêuticas de populações específicas, como seria, por exemplo, o caso da pediatria ou da geriatria ⁽²⁰⁸⁾ (ver *Anexo VIII*). Esses medicamentos seriam comparticipados pelo Estado em 30 % do respectivo preço ⁽²⁰⁸⁾.

No entanto, e por inexactidão referente a publicação oficial, foi necessário, ainda em 2011, proceder à rectificação do texto referente à prescrição de medicamento manipulado comparticipado ⁽²⁰⁹⁾. Onde se encontrava mencionado que *o medicamento manipulado comparticipado deve ser prescrito mediante indicação na receita da substância ou substâncias activas, respectiva concentração, excipiente ou excipientes aprovados e forma farmacêutica* deveria ler-se *o medicamento manipulado comparticipado deve ser prescrito mediante indicação na receita da substância ou substâncias activas, respectiva concentração, excipiente ou excipientes apropriados e forma farmacêutica* ⁽²⁰⁹⁾.

Em 2011, foi feita ainda mais uma alteração à lei ⁽¹³⁹⁾, rectificando-se, sem justificação oficial associada, o texto referente à indicação do preço na embalagem dos medicamentos, com reposição da obrigatoriedade de indicação PVP na rotulagem dos mesmos ^(202, 210).

- Revisão dos regimes especiais de comparticipação do Estado nos preços dos medicamentos em 2011 e 2012

Desde 1992 que a comparticipação dos medicamentos utilizados no tratamento de determinadas patologias ou grupos especiais de utentes era definida por despacho do MS e

diferentemente graduada em função das entidades que o prescrevessem ou dispensassem (89, 191). A maioria dos regimes especiais de comparticipação de medicamentos abrangidos pelo citado preceito constavam de diversas publicações oficiais, que, ao abrigo da lei (88), foram alteradas diversas vezes (147, 150, 151, 153, 185, 195, 202, 205, 210-212).

No seguimento do plano do Governo para a simplificação e racionalização da política de saúde, foi realizada uma profunda revisão de todos esses regimes especiais. Com o propósito de evitar a complexidade dessas determinações políticas, foi estipulado que qualquer medicamento comparticipado cuja comercialização se iniciasse a partir da entrada em vigor da lei, ou seja, a partir de 16 de Setembro de 2011, só poderia ficar abrangido pelo regime especial de comparticipação respectivo se se tratasse de medicamento utilizado no tratamento de determinada *patologia* ou se se destinasse a *grupo especial de utentes* (191, 202, 213, 214). Além disso, pelas especificidades de alguns desses regimes, importava esclarecer igualmente que não poderiam deles beneficiar medicamentos reservados exclusivamente a tratamentos em meio hospitalar, bem como outros MSRM de utilização restrita, quando apenas comercializados ao nível hospitalar, que já tivessem sido objecto de avaliação prévia pela Agência Europeia de Medicamentos (EMA) e, em simultâneo, ou sequencialmente, pelos vários Estados membros, assim como do procedimento nacional (191, 213).

- Medidas fundamentais para a revisão da política do medicamento em Portugal adoptadas em 2011 e 2012

Para promoção do acesso a medicamentos a custos comportáveis, foram adoptadas medidas julgadas fundamentais para a revisão da política do medicamento. Essas medidas teriam como objectivo a baixa generalizada dos preços, a garantia de mais elevado grau de transparência no mercado farmacêutico e uma maior sustentabilidade do SNS, através de uma política de simplificação administrativa de procedimentos (215). O Governo procurava, desse modo, garantir uma redução nos gastos públicos com medicamentos e incentivar as vendas de produtos farmacêuticos a mais baixo custo.

Algumas das medidas implementadas davam cumprimento a compromissos assumidos no Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica ⁶², firmado pelo Governo Português com o Fundo Monetário Internacional (FMI), a União Europeia e o Banco Central Europeu ⁽²¹⁵⁾.

No seguimento das recomendações acordadas e das orientações políticas do Governo, foi determinado que o PVP máximo do primeiro medicamento genérico a introduzir no mercado deveria ser igual ou inferior a 50 % do preço do produto de marca com o mesmo princípio activo, mantendo-se a excepção para os medicamentos cujo PVA, em todas as apresentações, fosse igual ou inferior a 10 €, uma vez que se tornava necessário garantir que a imposição de preços baixos em medicamentos genéricos não fosse impeditiva da respectiva entrada no mercado, com o inerente prejuízo para os consumidores e para o Estado ⁽²¹⁵⁾. Nesses casos, o PVP máximo do primeiro medicamento genérico a introduzir no mercado deveria ser igual ou inferior a 75 % do preço do produto de marca com o mesmo princípio activo ⁽²¹⁵⁾.

O sistema de referenciação de preços em vigor foi também revisto, tendo em consideração, doravante, os preços internacionais e os novos países de referência: a Espanha, a Itália e a Eslovénia ⁽²¹⁵⁾, em vez da Espanha, da França, da Itália e da Grécia ⁽¹⁷⁵⁾.

Tendo por base a experiência adquirida de outros Estados membros da União Europeia, foi alterada a margem de comercialização das empresas grossistas e das farmácias, numa base regressiva e por escalões de preços, no último dos quais a margem

⁶² Programa de Assistência Económica e Financeira acordado em Maio de 2011, entre as autoridades portuguesas, a União Europeia e o FMI. Foi uma carta de intenções, subscrita pelo Governador e pelo Ministro de Estado e das Finanças, e em memorandos de entendimento (Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica, com a Comissão Europeia, e Memorando de Políticas Económicas e Financeiras, com o FMI), visando o restabelecimento da confiança dos mercados financeiros internacionais e a promoção da competitividade e do crescimento económico sustentável, assente em três pilares essenciais, ou seja, a consolidação orçamental, a estabilidade do sistema financeiro e a transformação estrutural da economia portuguesa. O pacote de assistência financeira previa, para o período de 2011 a 2014, um total de 78 mil milhões de euros, dos quais 52 mil milhões de euros através dos mecanismos europeus (Mecanismo Europeu de Estabilização Financeira e Fundo Europeu de Estabilidade Financeira) e 26 mil milhões de euros a assistência do FMI, ao abrigo de um Programa de Financiamento Ampliado. Deste total, 12 mil milhões de euros foram destinados ao mecanismo de apoio público à solvabilidade de bancos viáveis (Bank Solvency Support Facility).

seria um valor fixo independentemente do preço do medicamento ⁽²¹⁵⁾. As margens de comercialização passariam a incorporar também valores fixos para as farmácias e para os grossistas ⁽²¹⁵⁾.

Por último, e atendendo às necessidades de simplificação e eficiência administrativas, estabelecia-se um *ponto único de recepção de requerimentos para comercialização de medicamentos*, incluindo recepção dos pedidos de AIM, de autorização de PVP e de comparticipação de medicamentos ⁽²¹⁵⁾.

Os medicamentos para uso humano comparticipados pelo Estado, com exceção dos usados apenas nos hospitais, ficariam sujeitos a novas regras para definição de preço a partir de 1 de Janeiro de 2012, podendo as embalagens postas à venda antes dessa data ser vendidas até 31 de Março de 2012 com o novo preço remarcado na embalagem quer pela própria farmácia quer pelo respectivo distribuidor ⁽²¹⁵⁾. Nesse novo regime de formação de preço, o PVP máximo passou a resultar do somatório do PVA ⁶³, da margem do distribuidor ⁶⁴, da margem da farmácia ⁶⁵, da taxa sobre a comercialização dos medicamentos paga ao INFARMED e do IVA pago ao Estado, não podendo ultrapassar a média dos PVA respectivos nos países de referência onde estivesse disponível ⁽²¹⁵⁾. Se o medicamento não estivesse à venda em nenhum dos países de referência, seria usado o PVA do país de origem ⁽²¹⁵⁾.

As alterações do regime de preços incluíram também alterações das margens máximas para os distribuidores e para as farmácias ⁽²¹⁵⁾. Os preços dos medicamentos comparticipados e não comparticipados pelo Estado passaram, a partir de 1 de Janeiro de 2012, a ser calculados com base no PVA do medicamento (ver *Tabela 13*) ⁽²¹⁵⁾.

Os medicamentos genéricos, que até então tinham de ser, no mínimo, 35 % ou 20 % mais baratos ⁽¹⁷⁵⁾, passaram a ser, no mínimo, 50 % mais baratos do que o equivalente medicamento de marca ⁽²¹⁵⁾. Caso o PVA do medicamento de marca fosse inferior a 10 €, o genérico deveria ser, no mínimo, 25 % mais barato do que o respectivo medicamento de marca ⁽²¹⁵⁾.

⁶³ Preço máximo a que o medicamento pode ser vendido pelo produtor ou importador aos distribuidores.

⁶⁴ Diferença máxima permitida entre o que o distribuidor pagou pelo medicamento e o preço a que o vende à farmácia.

⁶⁵ Diferença máxima permitida entre o que a farmácia pagou pelo medicamento e o preço a que vai vendê-lo.

Tabela 13

<i>PVA do medicamento</i>	<i>Margens máximas de comercialização dos medicamentos compartilhados e não compartilhados</i>	
	<i>Grossistas (% calculada sobre o PVA)</i>	<i>Farmácias (% calculada sobre o PVA)</i>
Igual ou inferior a 5.00 €	11.2 %	27.9 %
De 5,01 € a 7.00 €	10.85 %	25.7 % + 0.11 €
De 7,01 € a 10.00 €	10.6 %	24.4 % + 0.20 €
De 10,01 € a 20.00 €	10 %	21.9 % + 0.45 €
De 20,01 € a 50.00 €	9.2 %	18.4 % + 1.15 €
Superior a 50.00 €	4.60 €	10.35 €

Tabela 13.: Margens máximas de comercialização dos medicamentos compartilhados e não compartilhados em 2012.

Com o objectivo de simplificar os processos administrativos relacionados com a venda de medicamentos, só o INFARMED poderia passar, a partir de 1 de Janeiro de 2012, a receber os pedidos relacionados com os procedimentos envolvendo a AIM de um medicamento, a autorização de PVP e a participação de medicamentos ⁽²¹⁵⁾. Deste modo, seria possível incentivar a venda de medicamentos mais baratos, reduzindo a despesa do Estado e dos cidadãos ⁽²¹⁵⁾.

A possibilidade da revisão excepcional de preços dos medicamentos, quer por motivos de interesse público, quer por iniciativa do titular da AIM ^(191, 215), mantinha-se em vigor, e teria natureza casuística, justificando-se a decisão do respectivo pedido por motivos de saúde pública, de interesse público, de interesse económico, de equidade e de viabilidade produtiva ⁽²¹⁶⁾.

- Definição das regras de formação dos preços dos medicamentos em 2012

Em 2012 procedeu-se à redefinição das regras de formação, de alteração e de revisão anual dos preços dos medicamentos ⁽²¹⁷⁾. Os pedidos para autorização dos preços dos medicamentos, nos termos já estabelecidos em lei ⁽²¹⁵⁾, passavam a ser apresentados pelos titulares de AIM ou pelos seus representantes legais no *ponto único de recepção*, gerido pelo INFARMED em articulação com a DGAE ⁽²¹⁵⁾, não carecendo os pedidos da documentação já emitida pela DGAE ^(215, 217).

Eram considerados preços máximos os PVP autorizados pela DGAE ou, no caso de medicamentos comparticipados, os PVP definidos em sede de comparticipação ⁽²¹⁵⁻²¹⁷⁾. Porém, salvo disposição em contrário, os titulares de AIM ou seus representantes legais podiam proceder a alterações desses preços, desde que a nível inferior ao estipulado, e, mais tarde, praticar os PVP autorizados ⁽²¹⁷⁾. Essas alterações de preços deviam coincidir com o primeiro dia de cada mês, sempre que estivessem em causa medicamentos comparticipados, e deviam ser comunicadas através do ponto único de recepção até vinte dias antes da data da sua concretização ⁽²¹⁷⁾.

Estas disposições não chegaram a produzir efeito dado que em 2014, o nível médio de preços praticados para os *medicamentos genéricos* se mantinha, ainda, abaixo dos preços máximos que resultariam da sua revisão, considerou-se que não se justificava proceder à sua revisão em 2014, pois o mesmo nível médio não sofreria alterações significativas, tendo essa revisão anual de preços ficado suspensa nesse ano ⁽²¹⁸⁾.

A revisão anual dos preços de *medicamentos não genéricos* podia ser requisitada pelos titulares de AIM ou seus representantes legais, de acordo com a aplicação das regras em vigor, devendo ser apresentada até 15 de Dezembro de cada ano de modo a poder ser aprovada e entrar em vigor no dia 1 de Janeiro do ano seguinte ^(215, 217). Nos casos em que, da aplicação das regras legais, resultasse um PVP superior ao que se encontrava em vigor, esse montante manter-se-ia inalterado ^(215, 217). Ficavam isentos da aplicação dessas regras as apresentações de *medicamentos não genéricos* cujos PVP em vigor fossem inferiores ou iguais a 5 € ⁽²¹⁷⁾.

Relativamente aos *medicamentos genéricos*, a listagem de preços devia entrar em vigor no dia 1 de Fevereiro do ano seguinte, sendo também objecto de revisão anual ^(215, 217). Os respectivos PVP deviam ser reduzidos até ao valor correspondente a 50 % do preço máximo do medicamento de referência com igual dosagem e na mesma forma farmacêutica administrativamente fixado ⁽²¹⁷⁾. No caso em que o PVA de todas as apresentações do medicamento de referência, com igual dosagem e na mesma forma farmacêutica, fosse inferior a 10 €, o PVP do *medicamento genérico* devia ser reduzido até ao valor correspondente a 75 % do preço máximo ⁽²¹⁷⁾. Contudo, se da aplicação dessa redução resultasse um PVP superior ao que se encontrava em vigor, este manter-se-ia inalterado ⁽²¹⁷⁾. No caso de não existir medicamento de referência em nenhuma dosagem do medicamento genérico que, no âmbito da revisão, pudesse constituir base para a determinação do PVP, o PVP em vigor manter-se-ia inalterado ⁽²¹⁷⁾. Porém, se esse medicamento de referência existisse apenas em dosagens diferentes da do *medicamento genérico* objecto de revisão, considerar-se-ia para esse efeito o PVP do medicamento de referência da dosagem mais aproximada ⁽²¹⁷⁾. Ficavam isentos da aplicação da revisão anual as apresentações de *medicamentos genéricos* cujos PVP em vigor fossem inferiores ou iguais a 3.25 € ⁽²¹⁷⁾.

Foram também definidos os procedimentos para comparação de preços dos medicamentos não genéricos e genéricos. A referência para comparação dos preços dos *medicamentos não genéricos* era a respectiva apresentação de menor dimensão em Portugal, cujo PVA fosse determinado com base na comparação, em cada um dos países de referência, com o PVA da apresentação de dimensão mais aproximada ou, caso fossem equidistantes, com a de menor dimensão de entre estas ⁽²¹⁷⁾. A comparação a efectuar relativamente a cada país devia respeitar prioritariamente, o mesmo acondicionamento do medicamento ^(215, 217). A comparação a efectuar relativamente a cada país, devia ter em consideração, quando estivesse em causa uma dosagem diferente, a proporcionalidade entre as dosagens da substância activa em causa ^(215, 217). Tratando-se de associação de duas ou mais substâncias activas, a comparação a efectuar devia respeitar a proporção entre elas ⁽²¹⁷⁾.

As comparações dos PVP dos *medicamentos genéricos* com os PVP dos *medicamentos de referência* reportavam-se à mesma dosagem, forma farmacêutica e apresentação ⁽²¹⁷⁾. No caso de a apresentação do medicamento genérico não ter correspondência directa com a do medicamento de referência, o PVP da apresentação deste último seria determinado tendo em consideração os critérios definidos para a revisão anual dos preços de medicamentos genéricos ^(215, 217).

- Alterações ao regime da formação do preço dos medicamentos comparticipados em 2012 e 2013

O Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica, que determinava a implementação de medidas específicas em relação ao regime de fixação de preços de medicamentos, obrigou à primeira alteração legislativa do regime da formação do preço dos MSRM e dos MNSRM comparticipados, em Julho de 2012 ^(215, 219).

A procurada sustentabilidade do SNS implicava, e implica ainda, a adopção de medidas de maior eficiência na utilização de medicamentos que pudessem, e possam, ser traduzidas por relevantes poupanças de encargos públicos.

O crescente peso dos encargos com medicamentos utilizados pelos hospitais do SNS obrigava à revisão dos respectivos problemas. Consequentemente, em Fevereiro de 2013, foi realizada uma segunda alteração da lei que aprovava o regime da formação dos preços dos MSRM e MNSRM, através da introdução de mecanismos de comparação internacional dos preços dos medicamentos utilizados pelos hospitais do SNS, os quais não se encontravam abrangidos pelos mecanismos de regulação de preços determinados pela avaliação prévia ou pela comparticipação ^(215, 220). Determinava-se, desse modo, que fossem sistematicamente praticados preços de medicamentos em linha com o preço mais baixo dos países europeus tomados para comparação ⁽²²⁰⁾. Com base na experiência de implementação do regime de revisão de preços, foram introduzidas modificações no âmbito dos mecanismos de revisão internacional de preços, mantendo os critérios de comparabilidade internacional previamente definidos ⁽²²⁰⁾.

Entre as várias alterações realizadas, constou a rectificação do texto referente ao regime de preços máximos, permitindo ao titular da AIM ou seu representante legal praticar voluntariamente preços inferiores ao PVP ⁽²²⁰⁾. Os países de referência passaram a ser anualmente definidos, por portaria do membro do Governo responsável pela área da Saúde publicada até 15 de Novembro do ano precedente, seleccionando três países da União Europeia que apresentassem um PIB per capita comparável, em paridade de poder de compra ou com nível de preços mais baixo que Portugal ⁽²²⁰⁾. Os países de referência, que desde 2011, eram a Espanha, a Itália e a Eslovénia ⁽²¹⁵⁾, mantiveram-se como tal nos anos de 2013 ⁽²²⁰⁾ e de 2014 ⁽²²¹⁾. Os MSRM que não tivessem sido objecto de avaliação prévia para efeitos de aquisição pelos hospitais do SNS nem de decisão de comparticipação ficavam sujeitos a revisão anual de preços se se verificassem as condições de ausência de outro medicamento autorizado ou comercializado, ou a existência apenas do medicamento original de marca e licenças, com a mesma substância activa, dosagem e forma farmacêutica, e verificasse um valor de consumo, reportado pelos hospitais do SNS ao ano anterior, não inferior a um milhão de euros ⁽²²⁰⁾.

As alterações legislativas verificadas atribuíram ao MS a competência para a fixação do preço dos medicamentos ^(215, 219, 220, 222). Para tal, tornava-se necessário rever o processo de aprovação do preço de referência para cada grupo homogéneo de medicamentos que considerasse o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos ^(191, 202), incluindo a revisão do regime de composição dos litígios emergentes de direitos de propriedade industrial envolvendo medicamentos de referência e medicamentos genéricos ⁽²²³⁾. Procedeu-se, também, à alteração dos mecanismos de formação de grupos homogéneos e dos respectivos preços de referência, visando maximizar as poupanças decorrentes de um maior incentivo à utilização de medicamentos genéricos e promover o aumento da respectiva quota de mercado em linha com os compromissos internacionais do Estado Português ⁽²²²⁾.

- Reformas na Saúde instituídas pelo XIX Governo Constitucional, para o período de 2012 a 2015

As medidas previstas no Programa do XIX Governo Constitucional (ver *Anexo XVI*) delineavam linhas gerais para o *Plano de Redução e Melhoria da Administração Central*, julgadas como absolutamente estruturantes para o início de uma nova fase da reforma da Administração Pública, no sentido de a tornar eficiente e racional na utilização dos recursos públicos, e, simultaneamente, de dar cumprimento aos objectivos de redução da despesa pública a que o país estava vinculado ⁽²²⁴⁾. Atendiam também a uma *política do medicamento* com a prioridade de desenvolvimento de orientações terapêuticas para os serviços hospitalares e de ambulatório, apoiadas em bases sólidas de farmacologia clínica e evidência da economia da saúde ⁽²²⁴⁾.

O reconhecimento da importância de um *plano nacional de saúde* para o período de 2011 a 2016, como pilar fundamental da reforma do *sistema de saúde*, orientado para a qualidade clínica, a prevenção e a promoção de estilos de vida saudáveis, tendo em vista os objectivos de ganhos de saúde da população e programas nacionais e integrados, era uma ambição deste Governo, expressa tanto no seu Programa de Governo ⁽²²⁴⁾, como na efectivação de lei que posteriormente veio a publicar ⁽²²⁵⁾.

De entre as várias intenções programadas, o Governo pretendia sensibilizar os cidadãos para os custos associados à prestação de cuidados de saúde através da disponibilização da informação sobre o custo suportado pelo Estado em cada acto prestado ⁽²²⁴⁾. Pretendia também rever, nos termos do *Memorando de Entendimento*, a política de taxas moderadoras por forma a garantir que apenas se isentava do pagamento quem realmente necessitasse, e actualizasse o seu valor, promovendo uma maior responsabilização dos cidadãos pela utilização equilibrada dos recursos do sistema ⁽²²⁴⁾. Era também intenção governamental agendar a avaliação de oportunidades da concessão da gestão de hospitais a operadores do sector privado sempre que tal se revelasse mais eficiente, não alterando a natureza pública e *tendencialmente gratuita* dos serviços prestados, mantendo intacta a capacidade de acesso universal da população aos cuidados de saúde ⁽²²⁴⁾.

Nas *Grandes Opções do Plano para 2012-2015*, conforme documento publicado no Diário da República ⁽²²⁵⁾, o XIX Governo reconhecia, não obstante não o ter afirmado em lei, que a qualidade de gestão era um *imperativo ético* do serviço público, muito em especial num sector *dedicado às pessoas* como é o sector da saúde ⁽²²⁴⁾. O combate ao desperdício de recursos era considerado fundamental para garantir a todos uma afectação equilibrada dos recursos disponíveis ^(224, 225). A actuação pragmática e célere na redução de custos e no controlo da fraude, visando conter a evolução dos custos da saúde e atingir os objectivos acordados com as instituições internacionais, era indispensável para que o Estado pudesse continuar a apoiar a satisfação das necessidades sociais ^(224, 225). Em conformidade com o estipulado no *Memorando de Entendimento*, era considerado necessário desenvolver um programa específico de redução de custos nos hospitais, com medidas que não afectassem a qualidade dos cuidados prestados, mas optimizassem a utilização dos seus recursos, através da progressiva avaliação e concretização de oportunidades de fusão, concentração ou extinção de instituições ou de serviços que revelassem uma clara sobreposição de capacidades ou que levassem a cabo missões menos prioritárias na arquitectura do sistema de saúde ⁽²²⁴⁾.

Para envolver as entidades profissionais do sector na necessária avaliação e clarificação da arquitectura organizativa do sistema, ou seja, na definição das funções das diferentes entidades participantes, o Governo alegava o projecto de assegurar uma gestão mais eficaz do sistema ^(224, 225).

As reformas pretendidas para a Saúde, uma das áreas de maior peso nas despesas do Estado, juntamente com medidas de racionalização de recursos e controlo das despesas e uma adequada política de medicamento, com uma prescrição de medicamentos mais equilibrada e com a monitorização dos processos, deveriam permitir uma poupança de 0.6 % do PIB ⁽²²⁵⁾.

A *nova política do medicamento* devia, então, atender ao controlo da utilização dos medicamentos através da prescrição médica, dando prioridade ao desenvolvimento de orientações terapêuticas para os serviços hospitalares e de ambulatório apoiadas em bases sólidas de farmacologia clínica e evidência do rácio custo / efectividade ^(224, 225). Devia assegurar também aos cidadãos o *acesso* aos medicamentos e a *equidade* dos preços

através do aperfeiçoamento do sistema de preços e da revisão do sistema de comparticipação de medicamentos, garantindo a gestão eficiente e dinâmica dos recursos, e redefinindo o modelo de avaliação dos medicamentos para efeitos da sua comparticipação pelo Estado sem esquecer os cidadãos mais desprotegidos ⁽²²⁵⁾.

Entre as várias medidas previstas, incluíam-se a revisão da legislação no sentido de consagrar como regra a prescrição por DCI, conforme o estipulado no *Memorando de Entendimento*, e o aumento da quota de mercado de medicamentos genéricos pela normalização jurídica das patentes através da alteração do sistema de preços de referência ⁽²²⁴⁾. O Governo ambicionava também implementar um sistema que visasse a *gestão comum de medicamentos e dispositivos médicos no SNS* (negociação, aquisição e distribuição) tão centralizada quanto possível ⁽²²⁴⁾. Não menos relevante, era a vontade inequívoca da criação de condições para a *desmaterialização* da receita médica em todo o tipo de receituário com comparticipação pública que permitisse a implementação de um sistema ágil de *monitorização do consumo de medicamentos* para promoção clara da contabilização dos encargos do Estado e do cidadão com os medicamentos ^(224, 225).

As intenções expressas do Governo não esqueciam, porém, a cedência de um maior protagonismo dos cidadãos na utilização e gestão activa do sistema. Ao promover a liberdade de escolha em determinadas áreas e serviços, pretendia insistir no desejo de redução dos tempos médios de espera para consultas de especialidade e cirurgias ^(224, 225). Ao retomar e pretender concluir o processo legislativo anteriormente iniciado, assegurando a aprovação de uma lei de testamento vital, dava ao cidadão a possibilidade de este expressar a sua vontade sobre os cuidados de saúde que pretendesse ou não receber num estado de saúde mais precário ⁽²²⁴⁾.

O reconhecimento da oportunidade para melhoria da disponibilização da informação de gestão aos diferentes níveis de decisão, bem como do cumprimento do compromisso de total transparência da informação assumido pelo Governo em nome do cidadão, pretendia significar que o Governo cuidava de assegurar, ao longo da legislatura, uma política de investimento em sistemas de informação que permitisse otimizar as fontes de dados já existentes com informação útil para a gestão e a melhoria das condições de acesso dos cidadãos ao Sistema de Saúde. Pretendia também avaliar a utilização de um

cartão como meio de validação de todos os episódios de cuidados que lhe fossem prestados, assegurando o financiamento do respectivo prestador de forma mais eficiente e clara ^(224, 225).

Numa visão economicista, justificada pela prevenção do erro, da duplicação de exames e da fraude, o Governo pretendia generalizar a prescrição electrónica de medicamentos e o seu alargamento progressivo a todos os meios complementares de diagnóstico e terapêutica, evitando a proliferação de custos desnecessários ⁽²²⁴⁾.

Através de uma administração mais simples das entidades prestadoras de cuidados, pretendia, também, promover a eficácia e a rapidez de resposta às diversas necessidades, podendo, através do desenvolvimento de sistemas de registo informático simplificados, disponibilizar informação pública mensal sobre o desempenho dos hospitais, centros de saúde e serviços de saúde, e melhorar a transparência da informação em saúde ⁽²²⁴⁾. Esta *transparência* era, segundo o Governo, um dever assumido pelo Estado na prestação de informação aos cidadãos acerca dos serviços que prestavam cuidados de saúde com qualidade e segurança, incluindo a prestação pública de contas, bem como a divulgação de informação simples, objectiva e descodificada ⁽²²⁴⁾.

No âmbito do *Compromisso de Eficiência*, o XIX Governo Constitucional determinou as linhas gerais do *Plano de Redução e Melhoria da Administração Central*, afirmando que o primeiro e mais importante impulso do Plano deveria ser, desde logo, dado no processo de preparação das leis orgânicas dos ministérios e dos respectivos serviços ⁽²²⁶⁾. Era um plano considerado como absolutamente estruturante para o início de uma nova fase da reforma da Administração Pública, no sentido de a tornar eficiente e racional na utilização dos recursos públicos, e também para o cumprimento dos objectivos de redução da despesa pública a que o país está vinculado ⁽²²⁶⁾.

Consequentemente, com base em modelos de organização mais reduzidos e com custos menores, procedeu-se à revisão da estrutura orgânica das entidades sob a tutela ou superintendência do MS ⁽²²⁷⁾. Entre estas, estava incluído o INFARMED, entidade responsável por regular e supervisionar os sectores dos medicamentos de uso humano e produtos de saúde ⁽²²⁸⁾.

A elaboração e actualização do *Formulário Hospitalar de Medicamentos*, em vigor desde 1962, sob a responsabilidade de uma comissão consultiva do INFARMED, inicialmente designada por *Comissão Permanente do Formulário Hospitalar de Medicamentos* ⁽²²⁹⁾ e, posteriormente, por *Comissão do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos* ⁽²³⁰⁾, foi incorporada apenas numa comissão de carácter nacional, a *Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica* ⁽²³¹⁾. Esta comissão passou a ser responsável pela elaboração, actualização e inclusão ou exclusão de medicamentos do FNM, pela elaboração de protocolos de utilização de medicamentos e pela identificação e indicação das prioridades das áreas terapêuticas e dos medicamentos, objecto de análise no âmbito da elaboração e actualização do FNM ^(231, 232). No âmbito do SNS, a comissão ficou também responsável por monitorizar o cumprimento do FNM e os protocolos de utilização, assegurar a partilha de informação entre as Comissões de Farmácia e Terapêutica dos Hospitais do SNS e as Administrações Regionais de Saúde e elaborar estratégias efectivas de promoção da utilização racional do medicamento, *transversais* aos diferentes processos de cuidados de saúde e de integração entre cuidados de saúde primários e de especialidade, para se assegurar uma utilização mais eficiente dos medicamentos a nível nacional e a equidade dos utentes do SNS no acesso à terapêutica ^(231, 232).

Estabeleceu-se também que a utilização de medicamentos não incluídos no FNM ficaria dependente da respectiva inclusão em adenda, a aprovar pela *Comissão de Farmácia e Terapêutica* do estabelecimento hospitalar ou da *Administração Regional de Saúde* interessada, tendo em consideração os medicamentos cuja avaliação para utilização tivesse já sido efectuada pelo INFARMED. A aprovação da adenda ficava dependente de proposta consubstanciada em relatório fundamentado, a elaborar pelo director do serviço hospitalar ou pelo presidente do conselho clínico do *Agrupamento de Centros de Saúde* interessado. Ficava também dependente da demonstração do valor acrescentado do medicamento proposto, face às demais alternativas terapêuticas existentes ^{66 (231, 232)}. As

⁶⁶ A elaboração do FNM obedece aos princípios da autorização (apenas podem ser incluídos medicamentos que disponham de autorização, ou registo, de introdução no mercado concedida pelo INFARMED), da segurança (o medicamento deve apresentar um perfil de segurança adequado para utilização em medicina humana), da necessidade (o medicamento tem de ser necessário, sob o ponto de vista clínico, para o diagnóstico, tratamento ou profilaxia de uma determinada patologia), da eficácia (o medicamento tem de ter demonstrado um resultado terapêutico), da economia (o medicamento tem de ser custo-efetivo no tratamento

adendas, uma vez aprovadas, deveriam ser remetidas à Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica ^(231, 232).

O OGE para 2013 autorizava a ADSE a transferir até metade do montante da contribuição da entidade empregadora para o SNS, podendo essa transferência ficar retida para satisfazer débitos, vencidos e exigíveis, constituídos a favor da ADSE ⁽²³³⁾, e o SNS passava, desde de 1 de Abril de 2013, a encarregar-se do pagamento das participações do Estado na compra de medicamentos dispensados a beneficiários da ADSE, excluindo o pagamento dos medicamentos, mesmo que receitados por médicos do SNS, dispensados nas farmácias localizadas nas Regiões Autónomas ⁽²³⁴⁾. A contrapartida financeira a pagar pela ADSE foi transferida no ano de 2013 para a *Administração Central do Sistema de Saúde*, em montantes e prazos especificados em lei, sendo o pagamento de dívidas contraídas antes da data referida da responsabilidade da ADSE ⁽²³⁴⁾. Os beneficiários dos subsistemas de saúde teriam obrigatoriamente de se identificar, através da apresentação de cartão válido de beneficiário da ADSE, no acto da dispensa dos medicamentos ⁽²³⁴⁾.

Estas determinações sobre os medicamentos visavam a melhoria do acesso dos cidadãos aos medicamentos, promovendo, simultaneamente, o alcance de significativas poupanças públicas e privadas. Para garantir a desejada sustentabilidade do SNS, pareciam ser indispensáveis ajustamentos legislativos de modo a assegurar, entre outros, uma utilização de medicamentos orientada pela racionalidade e evidência científica, e criar, simultaneamente, condições mais favoráveis à continuidade do financiamento e acesso à inovação terapêutica. De entre esses ajustamentos, contemplavam-se medidas relativas à comparticipação de medicamentos através de procedimentos que permitiam, em cada momento, aferir a mais-valia dos medicamentos, para justificação da respectiva comparticipação pelo Estado ⁽²³⁵⁾. Essas alterações tinham como objectivo uma maior exigência nas demonstrações de eficácia, de efectividade e de valor terapêutico dos medicamentos comparticipados, permitindo maior escrutínio e racionalidade no incentivo público à sua utilização. Foi estabelecido um limite à dedução administrativa do preço de

de determinada patologia), e da alternativa terapêutica (a existência de medicamentos alternativos deve presidir à selecção entre várias opções terapêuticas identificadas como tal no FNM).

medicamentos genéricos para efeitos da sua comparticipação, através de um preço mínimo, sem prejuízo de reduções adicionais estabelecidas concorrencialmente, intentando desse modo, expressamente, maior equidade concorrencial entre os produtores de medicamentos ⁽²³⁵⁾. Foram clarificados os procedimentos inerentes à revisão internacional de preços de medicamentos ⁽²³⁵⁾. Com o objectivo de privilegiar a sustentabilidade do acesso a medicamentos e prevenir distorções na disponibilidade dos medicamentos mais baratos, e com base na experiência de implementação da introdução de margens regressivas na comercialização de medicamentos, procedeu-se também à revisão das respectivas componentes fixas e variáveis das margens de comercialização dos medicamentos ⁽²³⁵⁾.

O regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos, aprovado em 2010 ⁽¹⁹¹⁾ e alterado no mesmo ano ^(202, 223), passou a ter nova redacção (quarta alteração) agora, em 2014 ⁽²³⁵⁾. A avaliação e reavaliação da comparticipação, realizada na mesma forma comparativa com base nas alternativas terapêuticas, conveniência posológica, segurança do medicamento e relações efectividade / custo face às alternativas existentes, pretendem-se fundamentadas em critérios de natureza técnico-científica que permitam demonstrar a eficácia, igual ou superior, a efectividade, relativa, a respectiva vantagem económica e, ainda, fundamentada em critérios de impacto na história natural da doença e na qualidade de vida dos doentes e nos encargos do terceiro pagador (entidade responsável pelo encargo da aquisição do medicamento) ⁽²³⁵⁾.

O novo texto passou a referir que, sempre que fosse excluído um grupo ou subgrupo fármaco-terapêutico comparticipável ou sempre que ocorresse alguma alteração no escalão que lhe correspondia, tal implicava, respectivamente, a automática exclusão da comparticipação ou a alteração do escalão dos medicamentos comparticipados pertencentes a esse grupo ou subgrupo fármaco-terapêutico, com efeitos a partir do primeiro dia do mês imediato ao da publicação da portaria que introduzisse essas modificações ⁽²³⁵⁾. A possibilidade de anular essa exclusão poder-se-ia verificar por processo da iniciativa do titular de AIM ou seu representante, após solicitação de anulação apresentada ao INFARMED e demonstração efectiva da eficácia ou efectividade relativa e igual ou maior valor terapêutico comparativo ⁽²³⁵⁾. A comparticipação de um medicamento seria obrigatoriamente reavaliada, quando o mesmo fosse autorizado para uma indicação

terapêutica diversa da vigente à data da comparticipação ⁽²³⁵⁾. Da aplicação da revisão do pedido de comparticipação, tanto para MSRM como MNSRM, não podia resultar a fixação de um PVP inferior a 20 % do PVP do medicamento de referência considerado ⁽²³⁵⁾.

O processo de revisão anual dos novos preços a praticar ^(215, 219, 220) sofreu também alteração (terceira alteração) passando os preços a serem definidos por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, incluindo os termos e prazos para o titular do AIM ou o seu representante exercer o dever de comunicação ao INFARMED ⁽²³⁵⁾. O responsável pela AIM seria obrigado a transferir para a entidade responsável pelo orçamento do SNS o valor equivalente ao diferencial entre o preço por si comunicado e o preço corrigido pelo INFARMED no caso de detecção de incorrecta ou inadequada actualização do preço revisto relativamente a todas as embalagens do medicamento que tivessem sido comercializadas no âmbito do SNS com preço incorrecto ou inadequadamente actualizado ⁽²³⁵⁾.

As margens de lucro foram também corrigidas (ver *Tabela 14*) ⁽²³⁵⁾.

Tabela 14

<i>PVA do medicamento</i>	<i>Margens máximas de comercialização dos medicamentos comparticipados e não comparticipados</i>	
	<i>Grossistas (% calculada sobre o PVA)</i>	<i>Farmácias (% calculada sobre o PVA)</i>
Igual ou inferior a 5.00 €	2,24 % + 0,25 €	5,58 % + 0,63 €
De 5,01 € a 7.00 €	2,17 % + € 0,52 €	5,51 % + 1,31 €
De 7,01 € a 10.00 €	2,12 % + 0,71 €	5,36 % + 1,79 €
De 10,01 € a 20.00 €	2,00 % + 1,12 €	5,05 % + 2,80 €
De 20,01 € a 50.00 €	1,84 % + 2,20 €	4,49 % + 5,32 €
Superior a 50.00 €	1,18 % + 3,68 €	2,66 % + 8,28 €

Tabela 14.: Margens máximas de comercialização dos medicamentos comparticipados e não comparticipados em 2014.

Poderiam ser objecto de remuneração adicional as farmácias que dispensassem medicamentos genéricos (e, de entre estes, os mais baratos), e aderissem a programas de saúde pública, com os termos e condições pelo contributo para a redução da despesa do

SNS e dos utentes com medicamentos ⁽²³⁵⁾, através do aumento da quota de medicamentos genéricos comparticipados pelo SNS a serem definidos por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da Saúde e das Finanças ⁽²³⁶⁾.

- Revisão do regime das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos e grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos a integrar nos diferentes escalões de comparticipação em 2014

O processo de comparticipação de medicamentos mantém-se em permanente revisão desde o seu início, na década de 80 ⁽⁷²⁾, sendo actualizados também os critérios de avaliação que vão sendo julgados obsoletos.

O regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos previa a aprovação dos grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos comparticipáveis de acordo com os escalões de comparticipação previstos ^(191, 195, 235). Após reavaliação dos grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos comparticipados com base na comparação com as listas de comparticipação de seis outros países europeus, foram identificados medicamentos relativamente aos quais não existia prova da sua eficácia relativa em termos susceptíveis de justificar continuidade da sua comparticipação pelo SNS ou de não justificar a comparticipação nos termos em que vinha ocorrendo ⁽²³⁷⁾. Além disso, pela inovação terapêutica, foram criados novos grupos fármaco-terapêuticos com a consequente necessidade de actualização da respectiva classificação, de modo a tornar possível ajustar a sua caracterização ⁽²³⁷⁾. Foi necessário, portanto, proceder a nova modificação da lei (quinta alteração) ⁽²³⁷⁾ que definia os grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos a integrar nos diferentes escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos ^(195, 199, 200, 238, 239) (ver *Anexo IX*). Contudo, por inexactidões associadas à referida publicação ⁽²³⁷⁾, dois dias após a sua emissão foi publicada uma declaração rectificativa dos grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram os diferentes escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos ⁽²⁴⁰⁾ (ver *Anexo X*).

- Comparticipação do Estado no preço dos medicamentos para patologias específicas

Na maioria dos casos, a comparticipação oficial nos medicamentos pode ser interpretada como uma *ajuda* prestada na doença, pela comunidade através do Estado, ou como um *direito* do cidadão, mas, em casos especiais, pode compreende-se que apareça em função das doenças, quer porque, na história *natural* destas, a evolução seja inexorável relativamente à *corrupção* corporal e anímica do ser humano quer porque possam *organizar-se* para o mesmo destino. Estão nesses casos, respectivamente, a doença de Alzheimer, a diabetes e a asma, cujo tratamento é imprescindível, quer pelo estado actual que apresentam quer pela evolução que vão ter.

A doença de Alzheimer vai-se instalando a partir da normalidade mental com o aparecimento de dificuldades cognitivas surpreendendo muitas vezes não só quem as sofre mas também quem as observa.

A diabetes sem tratamento cursa inexoravelmente para a degração com as possibilidades da cegueira, da insuficiência renal, do enfarte do miocárdio ou da trombose cerebral.

A asma manifesta-se com agravamentos vários, por vezes mesmo súbitos, com a sensação de morte eminente e ocasional ocorrência desta, e pode ser curada ou progredir para a incapacidade respiratória.

O regime de comparticipação de medicamentos tem como objectivo permitir a aquisição de medicamentos ou apoiá-la, especialmente nos casos de carência económica e em que a qualidade de vida depende da terapêutica. Ao recair sobre medicamentos indispensáveis, de consumo elevado, o financiamento do Estado no custo parcial ou integral dos medicamentos aparece como um acto significativo, de comparticipação, ou gratuidade, na assistência medicamentosa e esclarecedor no definir das situações. Deste modo e ao determinar os escalões de comparticipação no custo dos medicamentos, o Estado assume os critérios de *essencialidade* e de *justiça social* ^(88, 92).

A comparticipação do Estado no preço dos medicamentos incluídos em sistemas de gestão integrada de doenças de indispensável tratamento é objecto de regime especial, estabelecido em legislação própria ^(88, 92, 98, 125, 147, 173, 241).

A legislação portuguesa prevê um regime próprio da comparticipação do Estado no custo de medicamentos em determinados casos de doença ^(147, 170, 171, 195, 199, 242).

Os medicamentos utilizados no tratamento de determinadas patologias ou por grupos especiais de utentes continuam a beneficiar da comparticipação do Estado nos termos previstos na lei ^(88, 147), sem prejuízo da sua revisão ⁽²⁴²⁾. Os medicamentos considerados, por despacho ministerial, imprescindíveis em termos de sustentação de vida (ver *Tabela 15*) que integram o escalão A são fornecidos pelo Estado a 100 % ⁽²⁴²⁾. Por forma a permitir uma mais fácil actualização dos medicamentos abrangidos, foi decidido definir os grupos fármaco-terapêuticos em que se integram esses medicamentos (ver *Tabela 15*) e encarregar o INFARMED de manter permanentemente actualizada a lista das apresentações dos medicamentos que em cada momento integram aqueles grupos fármaco-terapêuticos ⁽²⁴²⁾.

Tabela 15

<i>Grupos fármaco-terapêuticos em que se integram os medicamentos considerados imprescindíveis em termos de sustentação de vida</i>
Grupo 8—Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
8.1—Hormonas hipotalâmicas e hipofisárias, seus análogos e antagonistas: hormona antidiurética
8.4—Insulinas, antidiabéticos orais e glucagon:
8.4.1—Insulinas:
8.4.1.1—De acção curta
8.4.1.2—De acção intermédia
8.4.1.3—De acção prolongada
Grupo 16—Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores
16.3—Imunomoduladores

Tabela 15.: Grupos fármaco-terapêuticos em que se integram os medicamentos considerados imprescindíveis em termos de sustentação de vida.

Há doenças que, em grau distinto, afectam a qualidade de vida do doente, sendo por isso abrangidas por legislação especial. Estão sujeitos a regime próprio de comparticipação do Estado os medicamentos destinados à terapia das seguintes doenças:

- Regime de comparticipações pelo Estado no custo dos medicamentos em vigor em 2014

Presentemente, a comparticipação, com os escalões a variarem de acordo com as indicações terapêuticas do medicamento, a sua utilização, as entidades que o prescrevem e ainda com o consumo acrescido para doentes que sofram de determinadas patologias, está fixada de acordo com os seguintes escalões:

- Escalão A – 90 %;
- Escalão B – 69 %;
- Escalão C – 37 %;
- Escalão D – 15 %.

O regime especial de comparticipação de medicamentos prevê dois tipos de comparticipação, em função dos beneficiários e em função das patologias ou de grupos especiais de utentes, e tem acrescido descontos de 5 % para a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos integrados no escalão A, e 15 % nos escalões B, C e D para os pensionistas cujo rendimento total anual não exceda 14 vezes a retribuição mínima mensal garantida em vigor no ano civil transacto ou 14 vezes o valor do indexante dos apoios sociais em vigor, quando este ultrapassar aquele montante. A comparticipação do Estado no preço dos medicamentos para os beneficiários do regime especial de comparticipação de medicamentos é de 95 % para o conjunto dos escalões, para os medicamentos cujos PVP sejam iguais ou inferiores ao quinto preço mais baixo do grupo homogéneo em que se inserem.

De entre as várias classes de comparticipação no custo de medicamentos, é possível referir a concessão, não sendo apropriado falar em comparticipação, de medicamentos suportados a 100 % pelo Estado. Apesar de nem sempre ter sido esta a classificação, os grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos com concessão corrente a 100 % pelo Estado incluem os medicamentos do Grupo 8 (hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas) e do Grupo 16 (medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores) da classificação ATC.

Para além desses, é possível referir medicação suportada a 100 % pelo Estado e dispensada em farmácias de oficina e em farmácias hospitalares em casos de patologias específicas, desde que verificadas as exigências legais particulares:

Paramiloidose	Lúpus
Hemofilia	Hemoglobinopatias
Psicose maníaco-depressiva (carbonato de lítio)	Artrite reumatóide
Espondilite anquilosante	Artrite psoriática
Artrite idiopática juvenil poliarticular	Psoríase em placas
Fibrose quística	Doentes insuficientes renais crónicos e transplantados renais
Doentes insuficientes renais crónicos	Indivíduos afectados pelo VIH
Deficiência da hormona de crescimento na criança	Síndrome de Turner
Perturbações do crescimento	Síndrome de Prader-Willi
Terapêutica de substituição em adultos (medicamentos contendo hormona de crescimento)	Esclerose lateral amiotrófica
Síndrome de Lennox-Gastaut	Paraplegias espásticas familiares e ataxias cerebelosas hereditárias
Profilaxia da rejeição aguda de transplante renal alogénico	Profilaxia da rejeição aguda do transplante cardíaco alogénico
Profilaxia da rejeição aguda do transplante hepático alogénico	Doentes com hepatite C
Esclerose múltipla	Doentes acromegálicos
Doença de Crohn ou Colite Ulcerosa	Hiperfenilalaninemia

DISCUSSÃO

As observações registadas anteriormente serão agora discutidas tendo em vista o sentido *ético e justo* das participações no custo dos medicamentos no âmbito do SNS. Durante a pesquisa feita para esse efeito, a amplitude do assunto foi-se-me revelando não só relativamente ao *objecto* do estudo mas também ao *modo* adequado de *o sujeito* do mesmo conhecimento o fazer.

Uma *ciência* requiere *comparação* (a *quantificação* é a forma mais fácil de o fazer, e resulta quando o *objecto* é relativamente estável), mas tal não acontece no exercício das chamadas *ciências humanas* e particularmente no da *ética*, cujo conceito interessa rever.

As decisões humanas são processos complexos mas fundantes e incoactivos. Em determinadas áreas, como a da saúde, as decisões não devem ser tomadas na base exclusiva do conhecimento científico, devendo ser animadas pelo saber técnico e sustentadas pela prudência, que é também uma forma de saber. Só assim se torna possível associar e reunir as estimativas de utilidade esperada para cada alternativa que aparece com a avaliação clara e consciente dos resultados possíveis das acções efectuadas, e alcançar decisões valiosas mesmo quando há incertezas. E só é possível atingir respostas que possam, sob a forma de lei, ser exigidas à comunidade em geral através da consideração de princípios fundamentais, como são os princípios da *não maleficência* e da *justiça*, por obrigarem todos os seres humanos de igual modo, independentemente da opinião e da vontade das pessoas implicadas ⁽²⁴³⁾.

A *ética* manifesta-se, natural e obrigatoriamente, nas decisões e atitudes que dizem respeito à saúde e respectiva política, porque acompanha o conhecimento das mesmas e se espera que tais decisões e atitudes resultem do conhecimento consciente. Naturalmente, a *participação* no custo dos medicamentos surge com o sentido geral de contribuição para minorar o sofrimento humano através do cuidado que se presta a quem sofre. A própria *história* da medicina, desde as suas raízes *pré-históricas*, indicia essa participação, e o *Bom Samaritano* é desde há cerca de dois mil anos um emblema claro. A organização das ordens religiosas, desde as suas remotas origens, e, depois, durante a chamada *Idade Média*, dão conta disso. Certas instituições, como as *Misericórdias*, referidas na pesquisa bibliográfica deste trabalho, são também referências exemplares.

A *ética* estrutura-se no próprio movimento humano em que se evidenciam os valores, e a *comparação*, como característica científica, projecta-se sempre em momentos diferentes do movimento. É então o próprio movimento que está em causa e, por isso, pareceu-me apropriado considerar, embora em linhas muitíssimo gerais, os antecedentes do SNS, no que respeita a cuidados de saúde e, certamente, a simples referência ao futuro, que nem sempre será de pura profecia. Pareceu-me também acertado repensar o *conceito de saúde* e não afastar em absoluto a participação, no custo dos medicamentos, de *outras formas de participação que implicam custos*.

A *ética* é uma ciência da valoração dos procedimentos humanos. Os *valores*, que são fundamento das concepções do mundo e da vida ⁽²⁴⁴⁾, apresentam características ⁶⁷ ⁽²⁴⁴⁾ que permitem o seu reconhecimento. Portanto, a *ética* manifesta-se nesses procedimentos. O próprio estudo, pelas inter-relações descobertas, foi motivando o repensar dos seus alcances e, conseqüentemente, da sua definição. Para a compreensão do já apresentado, que recorre à *filosofia* e à *antropologia* para apuramento do acontecido no tempo e no espaço na abrangência histórica da matéria, o que depende do sujeito do conhecimento, o *método* será agora discutido, no início destas considerações.

A tentada fundamentação *natural* da *ética* não passa de um ensaio *ilusionista* que, a partir de postulados puramente *virtuais*, tenta encontrar conclusões *agradáveis*, e, por isso, *aceitáveis* para, a partir das conclusões, formular as *premissas necessárias*, falsificando o processo criacionista com a inversão do processo mental. Todos os trabalhos coligidos sob a direcção de Jean-Pierre Changeux, intitulado *Fundamentos Naturais da Ética* ⁽²⁴⁵⁾, utilizam esse mesmo método.

A apresentação dos *postulados* da ciência invocada e servida nesta dissertação, porque não segue o paradigma estabelecido, necessita de discussão, e a apresentação dos pontos de referência aparecerá justificada.

Não é intenção deste trabalho procurar o melhor entendimento e a melhor definição de *bioética*. Porém, e tendo em consideração os problemas da vida e a respectiva interdisciplinaridade da *bioética*, é propósito participar na *discussão bioética* e na teoria do conhecimento da vida, a partir do que respeita à problemática da *saúde*, e mais

⁶⁷ 1) o *valer*; 2) a *obrigatoriedade*; 3) a *não-dependência*; 4) a *polaridade*; 5) a *qualidade*; 6) a *hierarquia*.

particularmente, às questões relacionados com os *medicamentos* e a política, designadamente no respeitante à *comparticipação pelo Estado* no âmbito de um SNS.

O limite cronológico do ano de 2014 para a colheita da *heurística* pareceu-me razoável, porque, sendo necessário aceitar um limite, a matéria coligida me parece o bastante para a formulação de uma tese.

Será conveniente começar por rever o conceito de *saúde* e de *doença*.

- Conceitos de saúde e de doença

A *saúde* é, desde sempre, um tema delicado. Qualquer que seja a cultura em que se está inserido e o credo professado, é considerada como um bem supremo.

Na nossa contemporaneidade, pode afirma-se, assumindo a ilusão das máquinas pensantes, que, como o faz Miguel Baptista Pereira, atendendo a M. Kaku e R. Kurzweil, um super-computador permite sonhar que *as máquinas exigirão por si mesmas a posse da consciência e abrir-se-á o debate sobre a consciência e a dignidade da máquina em que participarão os computadores inteligentes e os homens auxiliados por neuro-implantações, acontecendo nos finais do Séc. XXI um novo salto na evolução em que homens e máquinas se fundirão sobre os escombros do homo sapiens da natureza* ^(246, 247).

Contudo, a discussão do tema tem-se mantido ininterrupta.

O mesmo autor acrescenta que os Gregos consideravam o *conceito de medida uma das condições supremas da vida honesta e o sofrimento do homem trágico o resultado da infracção da recta medida* ⁽²⁴⁶⁾. Diz também que a palavra latina *mederi*, curar ou restabelecer o equilíbrio, donde veio o termo *medicina*, tem na sua raiz o sentido *de medida, significando que a saúde corporal é o resultado de um estado em que todas as partes e processos do corpo realizam internamente o equilíbrio da medida* ^(246, 247). De *mederi* proveio também a palavra *moderatio*, que designa *a virtude da medida interior justa, base da acção e do comportamento sociais do homem*, e o termo *meditatio*, que significa *a ponderação, a pesagem ou a mensuração imanentes ao processo do entendimento, que reconduzem a actividade interna do pensamento a um estado de*

equilíbrio paradigmático e harmónico ^(246, 247). Na sua profundidade meditativa, *pensar significa pesar os seres e os acontecimentos sobretudo humanos, sentindo-lhes e avaliando a importância e, por contraste, sofrendo a dor e o pesar da sua destruição e perda, fazendo com que a meditação filosófica e a medicina sejam inseparáveis na estima e recuperação do ser da vida humana, esquecido pelo humanismo formal e livresco e já imolado no imaginário utópico de uma fusão futura entre homem e máquina* ⁽²⁴⁶⁾.

Como refere Daniel Serrão, Gadamer, no seu livro intitulado *Sobre a latência da Saúde*, afirma que *a saúde é a harmonia rítmica da vida, é um processo constante em que se restabelece sempre o equilíbrio* ⁽²⁴⁷⁾. Para Gadamer, como Miguel Baptista Pereira refere, *faz sentido perguntar se alguém se sente doente, mas “é quase ridículo” perguntar se alguém se sente de saúde, pelo facto de a saúde não ser “um sentir-se”, mas um ser-aí, um estar-no-mundo, um ser-com-os-homens, um estar, activa ou alegremente, realizado, nas tarefas próprias da vida* ^(246, 247). Todo o tratamento médico acontece no seio de uma totalidade que se oculta. Não se trata aqui de um simples acordo entre causa e efeito, entre intervenção e resultado, mas de uma harmonia latente, que se procura restabelecer e na qual reside o assombro da convalescença e o mistério da saúde no seu ocultamento ⁽²⁴⁷⁾. Nós mesmos somos natureza e é a natureza em nós que mantém o nosso equilíbrio interno com o sistema orgânico do nosso corpo e suas defesas, numa única expressão vital ⁽²⁴⁷⁾. Mais adianta, logo de seguida, que só podemos estar contra a natureza se formos natureza e se a natureza for em nós, e que jamais se olvidará que o doente e o médico se unem um ao outro, honrando a natureza, quando a cura lhes cabe em sorte ⁽²⁴⁷⁾.

Com grande mérito, em 1946 ⁶⁸, a OMS definiu saúde como sendo *a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity* ⁽²⁴⁸⁾. É um conceito complexo, pois o *bem ser/estar completo* é algo inatingível, havendo sempre no decorrer da vida, desde o nascimento até à morte, momentos, pontuais ou crónicos, em que tal estado é afectado, com possibilidade de atingir qualitativamente ⁶⁹

⁶⁸ Preâmbulo da Constituição da OMS conforme adoptado na Conferência Internacional de Saúde, Nova Iorque, 19 e 22 de Junho de 1946; assinada em 22 de Julho de 1946 pelos representantes dos 61 Estados (Registo Oficial da OMS, N.º 2, pág. 100), com entrada em vigor em 7 de Abril de 1948.

⁶⁹ *Percepção do indivíduo tanto da sua posição na vida, no contexto da cultura e nos sistemas de valores nos quais se insere, como em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.*

(248) e, até, limitar a própria vida dos indivíduos, o que não implica, obrigatoriamente, que o indivíduo seja doente. Tais desequilíbrios podem ocorrer, e podem reverter ou intensificar, pondo final à existência física.

O ser humano tem uma existência individual. Mas não é só isso. É, também, a sua *circunstância*, a sua ascendência e a sua descendência. E é inserido numa *comunidade*. A saúde física e psicológica, pelas suas relações sociais, pelo seu nível de independência e pelas suas relações com as características mais relevantes do seu meio ambiente, pelas suas relações com a família, amigos, emprego e residência, pode ser afectada de modo mais permanente.

É sabido que na *saúde* se inclui a *qualidade de vida*. E que esta é fundamental para que o indivíduo e a comunidade, estejam bem e prolonguem o seu tempo de vida. Interessa apontar que a saúde não pode ser entendida como um *direito* nem como uma *conquista pessoal*, nem é uma *responsabilidade exclusiva* da pessoa. É resultado de um vasto conjunto de factores, quer do *indivíduo* quer da *comunidade*, comportamentais, genéticos, económicos, políticos, culturais, que se combinam de forma particular em cada caso. Não se pode dizer, porém, simplesmente *injusto* um resultado não apropriado, uma vez que há circunstâncias casuais, desconhecidas, até inimagináveis, que não podem ser imputadas de modo directo e claro. Contudo, não deixa de ser também verdade que sempre houve, continua a haver (e certamente haverá, no futuro), muito que pode e deve ser prevenido para que os prejuízos dos resultados possam ser minimizados ou até mesmo evitados.

A *qualidade de vida* deve valorizar a perspectiva da pessoa em relação às várias dimensões da sua vida, e não só em relação à intensidade de sintomas da sua doença, sendo muitas vezes entendida como *a satisfação da pessoa em conseguir dominar os diversos aspectos da vida que são por ela percebidos como os mais importantes*. Mesmo com determinadas limitações nos casos de *mal-estar e doença*, essa *qualidade de vida* pode ser entendida como *a capacidade de responder às exigências ocorrentes*, como sejam o cuidado da família, a manutenção da independência, a existência de recursos financeiros. Conjuguar a qualidade de vida com a doença, aguda ou crónica, é um desafio para profissionais de saúde, para o ser humano que vive com a doença e para os familiares deste.

A atenção e o cuidado dispensados aos mais necessitados podem ser entendidos como condição da existência humana, um *modo-de-ser* essencial para a manutenção da vida, estando presente em tudo, e podem entender-se como um *instinto* (de preservação). As *doenças*, muitas vezes crônicas, progressivas e degenerativas e, algumas vezes, fatais, acompanham-se, frequentemente, de dor e de outros sofrimento intensos. Acontece muitas vezes que não existe uma resolução eficaz para a doença. Contudo, não raramente, os sintomas podem ser atenuados e com isso melhorada a qualidade de vida e aumentada a esperança de vida do ser humano. Por tanto, é *moral, ético e justo* que as pessoas debilitadas, com mais necessidades, com fracos rendimentos e em risco de maior consumo de medicamentos, possam ser sujeitas a condições especiais de assistência social e medicamentosa suportadas pela comunidade.

No caso das doenças, agudas ou crônicas, raras ou não, que possam ser irreversíveis e acarretar múltiplas consequências, incluindo limitações no desempenho de vida independente e (con)vivência adequadas, esse apoio torna-se ainda mais necessário.

Nas comunidades arcaicas, o ditado *primum vivere deinde philosophare* apenas se esboçava porque o *vivere* ocupava quase todos os seres organicamente solidários. O exercício da consciência reflexiva não se faz nem se fez do mesmo modo em todos. Mas forma-se, afirmando-se como carácter da própria humanidade.

Historicamente, a filosofia das comunidades tem variado e em cada uma das épocas da História podem coexistir modos diferentes de vida. A consciência disto talvez se tivesse manifestado pela primeira vez, de uma maneira organizada, embora implicitamente ainda, na *Grécia Clássica* em que a *polis espartana* e o *kratikós ateniense* se organizaram de modo diferente atingindo níveis consideráveis.

A *civilização romana* instituiu-se concebendo o exercício das relações humanas formalizadas como *Direito*, na base do estoicismo que valorizava o prazer do ser humano se sentir humanamente, concebendo um padrão de vida, cujo esgotamento facilitou a conversão e adesão à *revelação cristã*.

O *outro*, como irmão, filho do mesmo Pai (o *Criador*), permitiu o aprofundado conhecimento de si e a descoberta da relação da *moral* com a *ética* e com a *justiça*. Os

costumes (a moral) passaram a ser tidos como espelhos do sentimento dos *valores* (a ética), na afirmação da *ordem instituída* (a justiça).

Cuidar dos enfermos passou a ter o valor de uma *obra misericordiosa* em que o humano e o divino se aliam.

Múltiplas são as formas que assume esta relação – a da *ética* e da *justiça* – na prática das comunidades. As filosofias laicas que aparecem depois da *revelação cristã* reconhecem o ser humano como um ser material e prespectivam, na forma de direitos, os objectos (de conhecimento) dos deveres cristãos ordenados na forma de *mandamentos*. A relação não tem o apelo do outro, mas a *ressonância do entendimento* e, por tanto, as pessoas são ainda mais racionais, mais rígidas e potencialmente mais falíveis. Por isso, surgem os apelos que se ouvem nas situações de crise, como aquela em que vivemos.

De tudo quanto está escrito e se tem dito sobre a saúde e a doença, concluir-se-á que até 1946 ⁷⁰ os respectivos conceitos permaneceram vagos e confusos. Durante muito tempo foi difícil definir *saúde* e *doença* e deixar de as considerar necessariamente contrárias. Com a definição de saúde da OMS, formulada em inglês e traduzindo para português o *well-being* como *bem ser-estar*, e não só como *bem-estar*, pode afirmar-se, como C. Hipólito-Reis o faz, que *a saúde é a própria realização biológica, o estado de harmonia do ser, expresso nas suas categorias “estrutura”, “energia” “reserva”, e, particularmente, no próprio ser humano, realização também somática, anímica e espiritual: o bem ser-estar (well being) físico, psíquico e social (melhor, comunitário)* ⁽²⁴⁹⁾. *A doença será sempre uma entidade complexa* ⁽²⁴⁹⁾. As palavras inglesas, por exemplo, *health, wellbeing, illness, disease* e *weakness*, traduzidas para português como *saúde, bem-estar, doença, doença* e *fraqueza*, respectivamente, exemplificam a complexidade dessa definição. Segundo Laborit *n'est malade que l'organism que le veut bien* ⁽²⁵⁰⁾. Então, pode definir-se *doença* como o conjunto de um *síndrome lesional*, relacionado com a *noxa*, e de um *síndrome reaccional*, criado pelo organismo, como resposta muitas vezes desadequada ⁽²⁵⁰⁾. Para além da doença, existirão muitos outros estados de alteração que noutras línguas são frequentemente usados em linguagem formal, mas que em português quase sempre não

⁷⁰ Conferência Internacional de Saúde, Nova Iorque, 19 e 22 de Junho de 1946 (Preâmbulo da Constituição da OMS).

passam da coloquial, como *perturbação, distúrbio, padecimento, sofrimento, mazela, maleita, deficiência, defeito, aleijão*, etc...⁽²⁵⁰⁾.

Estes conceitos devem estar mentalmente presentes na discussão dos dados que coligi, porque o ser humano não pode ser considerado apenas no que respeita à sua saúde física, nem tão-pouco pela incorrecção do seu comportamento, deficiência das suas representações ou pela insatisfação dos seus desejos ou da sua vontade.

- Outras formas de participação que implicam custos

Quando se considera a saúde ou a doença dos seres humanos, os problemas da ocorrência e da necessidade de participação ou comparticipação nos respectivos custos não dizem respeito apenas aos medicamentos, mas também a múltiplas outras formas de despesa. Entre essas podem incluir-se as despesas associadas à utilização de serviços médicos nos centros de saúde, as consultas de especialidades hospitalares, o recurso aos serviços de urgência, a hospitalização, os exames complementares de diagnóstico e certas formas terapêuticas, como a fisioterapia e a hidrologia.

Em Portugal, a percentagem dos gastos com a saúde era 5.6 % do PIB em 1980, mas atingiu valores de 10 % em 2004⁽²⁵¹⁾. Os ritmos de crescimento da despesa com a saúde e a instabilidade nas transferências orçamentais para o SNS na década de 90, associados aos ritmos de crescimento das despesas na saúde, configuravam uma situação de insustentabilidade financeira exigindo, face às necessidades crescentes de cuidados de saúde, uma adequada organização na captação de fundos⁽²⁵¹⁾. Os factores que justificam o crescimento, o do passado e o previsível para o futuro, das despesas do SNS, bem como a identificação da sua importância relativa, têm sido fonte de extensa investigação, sendo várias as explicações sugeridas. Entre estas, referem-se o crescimento real desses gastos, o ritmo do crescimento do PIB, o envelhecimento da população, o ritmo da inovação e o desenvolvimento tecnológico no domínio médico e terapêutico. Os custos totais tendem a aumentar, mesmo que os custos unitários possam diminuir para certos tratamentos. Os cuidados em saúde tendem a ser cada vez mais diferenciados bem como as formas de

organização e do seu financiamento. A cobertura da população e a universalidade do acesso tornam-se cada vez mais amplos ⁽²⁵¹⁾.

As despesas mais representativas com a saúde foram, em 2008, as associadas aos serviços de cuidados curativos e de reabilitação (65,3 % do total da despesa pública corrente com cuidados de saúde) e os artigos médicos disponibilizados a doentes não internados (19,9 % do total da despesa pública corrente com cuidados de saúde) ⁽²⁵²⁾. O consumo de medicamentos per capita no mercado total registou um aumento de 288 €, em 2002, para 331,1 €, em 2009 ⁽²⁵²⁾.

Visando a sustentabilidade do SNS, o Estado foi aconselhado, como constata o Relatório da Entidade Reguladora da Saúde de 2011 ⁽²⁵²⁾, a rever vários parâmetros das despesas associadas aos cuidados de saúde, nomeadamente, as taxas moderadoras (com necessidade de revisão e reapreciação das categorias de isenção e aumento dos seus valores) e a sua efectiva cobrança atempada pelos estabelecimentos de saúde, ou ainda o escalonamento de valores como estrita função da necessidade concreta de acesso do utente aos respectivos cuidados de saúde ⁽²⁵²⁾. Foi revista a redução do nível de benefícios fiscais para as despesas em saúde, associada ao facto de a manutenção do modelo existente de SNS necessitar também de um aumento de receita ⁽²⁵²⁾. Foram também equacionados as possibilidades de reorganizar a rede hospitalar de financiamento público, permitindo uma redução de redundâncias geo-espaciais de cobertura, sem pretender aumentar a desigualdade de acesso aos cuidados de saúde e as possibilidades de aumentar a eficiência do SNS por combinação dos serviços das profissões de saúde, das forma(s) de organização das unidades hospitalares que privilegia(m) ou fomenta(m) a mobilidade de recursos humanos na saúde; e ainda a possibilidade de revisão do sistema de convenções do SNS, melhorando o acesso e a qualidade dos cuidados prestados a par da redução de despesa ⁽²⁵²⁾.

As despesas do Estado com medicamentos diminuiu percentualmente relativamente ao orçamento do SNS desde 2009, mas houve inversão dessa tendência em 2013 (ver *Tabela 16*) ⁽²⁵³⁾. No triénio 2008 – 2010, os cuidados hospitalares consumiram entre 54 % e 55 % dos recursos financeiros dos SNS, e os cuidados de saúde primários entre 41 % e 43 % ⁽²⁵⁴⁾. No que respeita aos cuidados de saúde primários, verifica-se que os

medicamentos e os meios complementares de diagnóstico e terapêutica são as rubricas que mais recursos consomem ao SNS, tendo-se verificado ao longo desse triénio, que a despesa processada relativa a medicamentos variou entre 1 510 milhões euros e 1 702 milhões de euros (aumentou cerca de 12,7 %), e os meios complementares de diagnóstico e terapêutica entre 718 milhões euros e 769 milhões de euros (variou cerca de 7,1 %) ⁽²⁵⁴⁾.

Tabela 16

	2009	2010	2011	2012	2013
Orçamento do SNS	8 407	9 252	8 532	9 944	8 641
Encargos do SNS com medicamentos	1 559	1 641	1 326	1 173	1 160
Encargos do SNS com medicamentos no Orçamento SNS	18,5 %	17,7 %	15,5 %	11,8 %	13,4 %
Encargos do SNS com medicamentos no PIB	0,93 %	0,95 %	0,77 %	0,71 %	0,70 %

Tabela 16.: Orçamento do SNS e encargos do SNS, em absoluto e em percentagem, relativamente ao orçamento do SNS e ao PIB.

Compreende-se, então, que, embora não possam ser negligenciados, os custos relativos aos medicamentos, não são financeiramente os mais importantes nem eticamente os de mais difícil equação. Contudo, pelo propósito desta dissertação, limitar-me-ei à consideração da sua comparticipação.

- O conceito de ética

Referi no início da contribuição heurística desta dissertação (ver *Página 27*) que os caminhos seguidos nas considerações da *ética* e da *justiça* têm em vista a natureza antropológica destas entidades em que se projectam exigências *filosóficas* e *científicas*, mas em que não é adequado o método cartesiano que consiste em dividir para estudar.

Ficou apontado o que se entende por ciência.

A filosofia é um discorrer em conhecimento exigente pela necessidade da evidência interna (relativamente ao próprio conhecimento) que sempre tem um ponto de partida.

C. Hipólito-Reis, que me é próximo, parte da consideração da própria *consciência reflexiva* para o conhecimento da *humanidade* ⁽²⁴⁹⁾, e considera que a *ética* e a *justiça*, que se projectam, respectivamente, na *moral* e no *direito*, se manifestam na própria *consciência reflexiva* ou reflexivamente na própria *consciência*. Por isso, pode descobrir-se que todo o homem consciente tenta conhecer-se, conhecer a sua *circunstância* e, na sua existência, a finalidade do seu ser. Todo o homem consciente concebe o que chamamos *ética* como a parte essencial da filosofia em que se espelha não só o valor do conhecimento mas imediatamente também o valor da acção, portanto, o comportamento humano, objecto da moral, o *eu* na sua relação com os outros no quotidiano da vida real ⁽²⁵⁵⁾. Então, o *conhecimento ético* permite considerar comportamentos pessoais e sociais, nem sempre facilmente acessíveis, mas desejadamente correctos e, conseqüentemente, harmoniosos ⁽²⁵⁵⁾. Ao ter como objectivo esclarecer os valores emergentes no curso de acção, em cada situação vivida, a *ética* promove uma reflexão crítica das acções humanas e orienta, fundamentando, o que é *certo, bom e justo*, tornando estes conceitos em *princípios* gerais ⁽²⁵⁵⁾. Como referi em trabalho apresentado durante a parte lectiva do curso do doutoramento em Bioética, a *ética* pode influenciar normas jurídicas, o que se repercute num tema de abordagem necessariamente séria, meditada, reflectida e clarificada ⁽²⁵⁵⁾.

Nem sempre em cada caso será fácil chegar a um consenso. O que em teoria poderia aparentemente ser atingível tem na prática influências várias, desde as culturais e religiosas, passando, entre outras, pelas não menos delicadas questões políticas e económicas. O pluralismo das sociedades actuais e o fenómeno de globalização, de certo modo fenómenos paradoxais, contribuem para estas dificuldades ⁽²⁵⁵⁾. A hierarquia de valores, valores que podem aparecer confusamente, pouco esclarecidos e a necessitar de estudo aprofundado, especialmente pelas gerações mais novas, e as necessidades reais da vida quotidiana actual, com tantas solicitações exteriores a cada pessoa humana, contribuem também para aumentar a dificuldade na obtenção de respostas correctas que sejam de aceitação geral ⁽²⁵⁵⁾. São necessárias soluções urgentes para os problemas mundiais actuais, na grande escala, assim como uma redefinição do que é a *vida*, do que cada *ser humano pode e deve fazer* na sua área de intervenção directa ⁽²⁵⁵⁾.

O agir revela a pessoa humana. É no agir que a pessoa se realiza como *ser ético* em toda a sua dimensão ⁽²⁵⁵⁾. Não importa apenas saber qual é a possibilidade do ser ético ⁽²⁵⁵⁾. É necessário que se seja, que se viva nessa possibilidade, e se tenha essa possibilidade como linha orientadora da vida ⁽²⁵⁵⁾. E a possibilidade extrema do ser ético é a *excelência* ⁽²⁵⁵⁾. Saber o que deve ser feito não é suficiente. A acção tem de atingir a excelência em todas as dimensões do agir.

A *ética* é correlativa do conhecimento, como já afirmei anteriormente, e o *conhecimento* é correlativo da relação comunitária, de que parte a preparação para a interpretação dos acontecimentos e a sua valoração.

O preceito cristão do *amor do próximo como a si mesmo*, formulado há cerca de dois mil anos, aparece como um *mandamento*, e é uma *norma* de conduta que, enquanto tal, explicitamente reconhece a complexidade do ser humano revelada como possibilidade àqueles que, nessa altura, para além da *lei de talião* ⁷¹ ou da vingança ⁽²⁵⁶⁾, ainda centravam psicologicamente o ser na comunidade em que se incluíam, porque, embora vivessem humanamente, não reconheciam suficientemente a sua complexidade própria.

O trânsito do *si mesmo* ⁷² de que fala Jung ⁽²⁵⁷⁾ para o *eu*, que hoje a nível pessoal se pode realizar em poucos anos, demorou milénios à humanidade, e, uma vez realizada, pôde embriagar os mais sensíveis.

Embora com antigos e numerosos antecedentes, foi Descartes que, *ao crer, erradamente, que a simples humanidade de cada um permite a possibilidade de acesso ao conhecimento absoluto ou, pelo menos, a todo o conhecimento ou, quando pouco, ao conhecimento bastante* ⁽²⁴⁹⁾, definitivamente formulou a fundamentação individual do conhecimento, abrindo o caminho para o *humanismo*, o *individualismo* e o *liberalismo* que progressivamente foram transformando as comunidades em simples *reuniões de indivíduos*. O reconhecimento desta evolução é importante para a fundamentação do conhecimento consciente e para a sua compreensão. *Conhecer* é, na verdade, uma

⁷¹ A lei de talião (Lv 24, 17-21). É a lei do *tal e qual*, da fractura pela fractura, do olho pelo olho, do dente pelo dente; conforme o dano que se tiver feito ao outro, assim se lhe fará a ele.

⁷² Grandeza *inconsciente* humana que inclui o *eu*, sendo o *eu* o factor complexo com o qual todos os conteúdos conscientes se relacionam, o centro da consciência, o *sujeito* de todos os actos *conscientes* da pessoa.

experiência que no ser humano se pode acompanhar de *consciência*, sendo certo que isso não acontece sempre, porque há *psiquismo inconsciente*, como no início do século XX Freud pôde formular, reunindo múltiplas observações realizadas em idades muitíssimo diferentes, que permaneciam soltas, evidenciando-lhe a inerência da possibilidade valorativa e da retenção mnésica ⁽²⁴⁹⁾. Só *reconhecendo a unidade do eu no pluralismo da sua composição* [corpo, alma (*psyché*), consciente e inconsciente (que nunca se revela no tempo real da consciência)], e espírito (como capacidade reflexiva), é possível valorizar e compreender o comportamento humano ⁽²⁴⁹⁾.

C. Hipólito-Reis observa que, *a impressão (impressão) dos sentidos, como acto de comunhão do ser vivo com a sua circunstância, pode ser passiva ou activa, ou seja, sofrida ocasionalmente ou procurada, inconsciente ou consciente, e que a essa impressão se há-de chamar conhecimento inconsciente por poder permanecer em potência ou ascender à consciência, tomando (ou ganhando) sentido por integração no sistema psíquico inconsciente-consciente do ser. O saber, assim chamado pelo sabor (com o prazer ou desprazer do reconhecimento), será, então, o conhecimento consciente aceite com agrado ou desagrado, mas com prazer ou desprazer, pelo sentido descoberto* ⁽²⁴⁹⁾. Por isso, sustenta que a *ética dimana (naturalmente) do próprio acto consciente (que não é passivo), de todo o acto consciente (da noesis, da consciência reflexiva) como iluminação, concluindo que essa seja, a sua verdadeira origem – mais do que a ob-ligação de Zubiri* ⁷³ *ou o imperativo de Kant* ⁷⁴ *– e se estende a toda a área abrangida, iluminada, contexturando-se como ciência, porque também deva ser uma ciência, com todo o proceder humano* ⁽²⁴⁹⁾.

A valoração do *conhecimento* será, então, também, a valoração da *realidade*, e o saber de que falo será sempre uma experiência total, do corpo, da alma e do espírito, na unidade do ser, muitas vezes manifestada com surpresa quando se manifesta consciente,

⁷³ Para Zubiri a *obrigação* do ser humano real à realidade, a respeitar, é a *ob-ligação* com o significado de ligação total, completa, enquanto o *apoderamento* do ser humano pelo real é *relição*, porque supõe já o conhecimento de si.

⁷⁴ Para Kant o *ético* é aquilo que se deve fazer aqui e agora esquecendo que a *moral* implica saber o que se deve e pode fazer aqui e agora e com o mundo (os outros). A voz do dever impõem-se como *imperativo categórico* na fórmula *tenta, quando estás com muitos, passar da máxima para a lei*, sendo a máxima as leis práticas que fundamentam a acção.

podendo ser fulminante como aconteceu na celebrada conversão de S. Paulo na Estrada de Damasco ⁷⁵ (256).

Assim, o *ethos* (o conhecimento do valor e o valor do conhecimento) é um acompanhante da comunhão do *sujeito* do conhecimento com o *objecto* do mesmo, e tem sempre uma dinâmica reflexiva. A valorização que pode ser feita de todo o circuito, nas interpretações *materialistas* fica pela *impressão cognitiva*, e nos *humanismos*, particularmente no *kanteano*, pela *imposição imperativa*. Contudo, politicamente, por fundamentar a *praxis* e estar implícito na *formulação jurídica*, todo o circuito é utilizado, consciente ou inconscientemente.

Não admira, portanto, que em certas concepções, particularmente no racionalismo kanteano, a *ética* seja fundamentada na *razão prática* e que nos empirismos seja radicada num *jusnaturalismo* inconsequente.

Seja como for, por tudo quanto fica referido, pode dizer-se que o aspecto ético acompanha todo o conhecimento como impressão elaborável dos valores, e que na evolução do ser humano, considerado comunitária e individualmente, a consciência da *parte* acompanha a do *todo*. A *humildade*, aqui, aparece quando se verifica que o conhecimento que o *sujeito* tem do *objecto* nunca é completo. Por isso se pode admitir que o aspecto ético do conhecimento sempre poderá ser aperfeiçoado, que possa haver como que *ilhas* de menor imperfeição, como há poços da mesma, que o *actual* pode ser menos imperfeito que o *potencial*, e ainda que a *ética* apareça sempre associada pelo menos a outra *ciência*, o que nesta dissertação acontece com a *justiça*.

Tento deste modo, pela consideração conjunta, evitar que, como frequentemente acontece, pelo seu isolamento, uma virtude cause não menores prejuízos do que um vício, possibilidade que Chesterton bem considera ⁽²⁴⁹⁾.

Na Introdução que Emilio Lledó Íñigo faz às *Éticas de Aristóteles*, aponta que a *ética como ciência* se vislumbra na história humana não abstractamente, mas na realidade do comportamento humano ⁽²⁵⁸⁾ e que essa marca é indelével. Daí que a *ética* se venha a ocupar das virtudes e dos vícios correspondentes, mais tarde definidos por Aristóteles como *modos de ser* ⁽²⁵⁸⁾. *Virtude* será então um modo de ser característico que completa

⁷⁵ Act 9, 1-18.

excelentemente a natureza desse ser ⁽²⁴⁴⁾. A virtude do ser humano será o que permite defini-lo como humano e diferenciá-lo dos outros seres, como a virtude de cada coisa será a característica que permite diferenciá-la das outras coisas. Por isso, Aristóteles, a propósito do ser humano, entre outras, fala das *virtudes intelectuais* e das *virtudes éticas*, e considera na ética que se deve eleger o *termo médio*, e não o excesso nem o defeito, e que o termo médio é tal qual aquele que a recta razão nos diz, que é obra da sabedoria prática, da *phrónesis*, como aponta aquele seu comentador ^(258, 259).

Quando considerada em relação ao *indivíduo*, a ética existirá nos actos de conhecimento e na elaboração dos mesmos. *Comunitariamente*, aparece na formalidade das leis, e pode ser apreendida na dimensão filogénica das metamorfoses. Foi nessa dimensão que procurei encontrar a *ética* e a *justiça* na *heurística* deste trabalho. Verificasse, contudo, que, na verdade, aqui, a *ética* aparece ainda acompanhada de outros aspectos considerados e consideráveis intelectualmente de modo individualizado. Refiro-me à *moral*, à *justiça* e ao *direito*. Por isso, apontarei a distinção embora reconheça a sua co-presença (possível) e as suas relações (inconscientes) profundas.

No diagrama apresentado na *Figura 1* (ver *Página 29*), essas referências consideram-se estruturadas em duas ordens, na *continuidade dos efeitos* e na *sobreposição da dominância da subjectividade-objectividade*. O *positivismo* ⁷⁶ transformou cada uma destas referências em instâncias que o ser humano há-de servir para se realizar, embora o *Cristianismo* tenha propagado a doutrina de que *a lei é para o homem, mas o homem não é para a lei* ^{77 78}, respeitando o *movimento* da humanidade que deve manifestar-se em crescimento.

Estas referências aparecem também com esse sentido:

⁷⁶ Doutrina e escola fundadas por Auguste Comte, surgida na França no começo do século XIX, que ganhou força na Europa na segunda metade do século XIX e começo do XX. Este autor formulou a pretensa lei dos três estados. Como teoria do saber, nega-se a admitir outra realidade que não sejam os factos e a investigar outra coisa que não sejam as relações entre os factos. No que se refere à explicação, sublinha *o como* e evita responder *ao quê*, *ao porquê* e *ao para quê*. Rejeita não só o conhecimento metafísico e qualquer conhecimento *a priori*, mas também qualquer pretensão a uma intuição directa do inteligível propondo à existência humana valores completamente humanos, afastando radicalmente a teologia e a metafísica.

⁷⁷ Citação de John Davison Rockefeller (Magnata/Filantropista), Estados Unidos 1839 // 1937.

⁷⁸ Gl 2,16.

- o *direito* pela consideração das normas da convivência, ou de comportamento, consuetudinárias ou escritas;

- a *moral* pela consideração dos costumes como remanescentes de normas instituídas;

- a *justiça* como a evidência da ordem; a *qualidade do que é intrinsecamente justo* (*portanto, extrinsecamente com justeza*), ou seja, em todos os casos sem excessos nem defeitos;

- a *ética* como a evidência dos *valores* e dos *princípios* que deles dimanam.

Note-se que em todas estas referências se revelam as dimensões *individuais* e *comunitárias* da humanidade.

Compreende-se que na ordem genética a *ética* preceda as outras referências e que imediatamente a relacionemos com a *justiça*, pela evidência da origem comum.

Penso ser importante deixar referido que ao considerar sempre a *ética* e a *justiça* na apreciação dos problemas do SNS analisados, procuro assegurar a relação que as projecta na política e também, por isso, assegurar o realismo das conclusões.

Importante será, para o que se segue, que se apontem os conceitos de *valores* e de *princípios* que atribuo à *ética*.

José Ferrater Mora, refere que os *valores* são os fundamentos das concepções do mundo e da vida, e aponta-lhes as seguintes características: 1) o *valer*, 2) a *objectividade*, 3) a *não dependência*, 4) a *polaridade*, 5) a *qualidade*, e 6) a *hierarquia* ⁽²⁴⁴⁾.

Se, como aquele mesmo autor, definirmos o *princípio de algo* como *aquilo de onde esse algo procede*, reconheceremos que o *princípio* está associado ao *movimento* (geração, acção, actividade, etc.), mas também à especificidade do mesmo, à sua constituição ou estrutura, distinguindo-se, *cognitivamente*, como o que não pode ser reduzido a outro constituinte.

Todo o *princípio* é, então, incoactivo, ou seja, é um início, um começo. O princípio é uma epifania do ser (neste caso conhecimento e acção) e implica a ideia de movimento e de constituição essencial, mas releva o caminho como realização espaço-temporal própria

(característica), porque explica o modo e os efeitos do movimento (o rio flui dissolvendo, o vento flui empurrando, etc.).

Cada ciência tem os seus princípios e a *ética* também os tem. Por isso, uma ciência pressupõe outras e aparece como caminho de sabedoria. Pelo que se disse do conhecimento em geral, não é difícil compreender que os princípios sejam simultaneamente lógicos e ontológicos.

Sabe-se que a fundação da ética geral assenta nos princípios 1) da *autonomia* ou *liberdade da pessoa*, 2) da *não maleficência*, 3) da *beneficência*, e 4) da *justiça*.

Importa, contudo, ter presente que pelo menos na sua generalidade máxima estes *princípios* não têm a aparente aceitação universal, que na maioria das comunidades a maior parte dos seus participantes desejariam que tivessem. Bastará, portanto, considerar que em todos esses *princípios* está implícito o respeito pela vida humana, e que há comunidades em que vigora no direito a pena de morte, e que também muitas vezes a temos visto defendida onde menos se espera. O problema do recurso à *guerra*, mesmo como hoje é entendida, também não permite outra conclusão. Sabe-se, então, que parte da ética comunitária.

Daniel Serrão dedica alguns dos seus textos aos problemas da ética médica e aos problemas concretos, que analiso nesta dissertação. Num trabalho intitulado *A ética médica e os custos dos cuidados de saúde* ⁽³¹⁾, considera naturalmente que todos os outros valores e princípios enunciados na fundamentação geral da *ética* se vão encontrar na *Ética Médica*, como os enunciados por Beauchamp e Childress, porque esta (a *Ética Médica*) não é uma disciplina diferente, mas tão só uma aplicação particular da *ética*, e aponta em particular os que avultam no domínio de que agora trato.

No trabalho referido, para cada *valor* Daniel Serrão aponta o *princípio* respectivo, e analisa-os. O primeiro *valor* é o da *dignidade humana* e o *princípio* correspondente é o de que *todas as pessoas são portadoras de igual dignidade, sejam quais forem as suas características pessoais e o lugar que ocupem na sociedade*, não podendo ser objecto de nenhuma discriminação, seja esta de natureza física, religiosa, económica, social ou comportamental, pois, por sermos membros da espécie humana, todos somos inerentemente dignos ⁽³¹⁾. O segundo *valor* é o do *cuidado pela pessoa doente*,

correspondendo-lhe o princípio de que toda *a necessidade de cuidados de saúde deve ser satisfeita para que a pessoa possa retomar a sua participação na vida social*, invocando o valor da solidariedade geral dos cidadãos como pilar da coesão social, assim como a construção de um sistema de saúde em que todos participem, ou seja, que seja pago solidariamente pelos membros da sociedade ⁽³¹⁾. O terceiro valor é o do *rigor do uso dos meios financeiros obtidos pela contribuição solidária dos cidadãos, seja esta livre – por generosidade – seja obrigatória – pelos impostos – do qual se deduz o princípio da eficiência*, enunciado pelo *dever de as decisões na prestação dos cuidados de saúde procurarem atingir uma relação razoável entre os custos e os efeitos desejados, nestes se incluindo não só melhor saúde mas também alguma melhoria na qualidade de vida* ⁽³¹⁾.

Este terceiro valor e o seu princípio correspondente colocam-nos na consideração da vertente *comunitária* do ser humano que é indissociável da vertente *individual* ou pessoal apontada no início das considerações axiomáticas desta discussão. Ambos abrem o campo que em pormenor interessará a esta dissertação e envolvem a realidade política.

A *ética médica* dimana como disse da *ética geral* onde se conjuga com a *ética política*. Esta, sujeita aos mesmos princípios, diz respeito a uma pessoa colectiva que é o *polis* ou a *comunidade*. Por isso, Álvaro Ribeiro tinha razão em afirmar que compete ao Estado definir a ética ⁽¹¹⁾. Importa, contudo, para compreender a sua sentença, considerar que a definição não é a criação, mas tão só o conhecimento e a formulação – e aí é que a manifestação pode encontrar o princípio do aperfeiçoamento, ou seja, da realização humana.

Certamente que do ponto de vista ético a comunidade terá muito a progredir.

O teor da participação nos cuidados de saúde foi evoluindo na História e a consciência da vivência comunitária sofreu oscilações muito grandes no seu percurso ascendente que é o percurso geral, mas não efectivamente o particular.

Em Portugal não deixaram de se sentir os grandes movimentos políticos verificados desde o princípio da modernidade. Foram particularmente significativos os da Revolução Francesa e os das duas Grandes Guerras Mundiais. Foram e têm sido amplas as oscilações segundo o eixo do liberalismo e do socialismo e foram várias as utopias correspondentes expressas nos mitos individualistas, socialistas, comunistas e nacional-sindicalistas, e

muito complexo tem sido e continua a ser remanescente o que disso tem ficado consciente e inconscientemente na mentalidade portuguesa. No movimento comunitário, vai para três séculos que em Portugal têm sido criados contextos a que o suceder das gerações vai conferindo carácter de pontos de partida, possibilitando teoricamente o desenvolvimento das ideologias políticas de carácter economicista (materialista) ou idealista que criam dificuldades à ponderação dos novos acontecimentos e à introdução de factores de adaptação, elaboração mental e renovação constituindo-se motivos de estagnação acolhidos por quantos tomando a lição de Maquiavel ⁷⁹ têm com principal objectivo a preparação das campanhas eleitorais para a tomada e a conservação do poder. O que fica em termos de mentalidade parece ser assim cada vez menos.

Não está no âmbito deste trabalho a *ética da actividade política* nem a *política da actividade ética*, mas não pode deixar de se considerar que a *ética* e a *justiça da participação do Estado no custo dos medicamentos está relacionada com a actividade política e com a ética*. Então, com a *actividade política* teremos também o envolvimento do *direito* e a *moral*. A *política* será a arte, a ciência e o ofício de, em situações reais, tomar as decisões adequadas ao governo das comunidades. Todas estas e muitas outras actividades se relacionam com o ser profundo, inconsciente, das comunidades e não podem deixar de ser relacionados enquanto se referem à vida e não à morte. Ora, segundo o desejo e a aceitação da comunidade, na clara evidência das variantes das filosofias políticas, do carácter das decisões tomadas e das situações estabelecidas, a *justiça* estará na adequação de cada uma em relação às outras, a *ética* na evidência da compatibilidade dos valores da

⁷⁹ Nicolau Maquiavel (Florença, 1469-1527) viu, através da sua obra *Il Principe*, o seu nome para sempre amaldiçoado ou exaltado como o de um génio político. A base dessa obra é essencialmente histórica e resultado da observação sobre o modo como nascem e crescem os Estados, como aumenta e se consolida o poder dos senhores, à força da audácia, recursos enganosos e astuciosos, promessas insinceras e meios os mais eficientes para ludibriar os homens. Ao propôr ensinar a arte de governar e conservar um Estado ao Príncipe, que se move entre os inimigos, este compreende que o seu êxito depende do triunfo sobre eles e a segurança que conseguir impor-lhes; uma vez estabelecida uma via a seguir ela deve ser implacavelmente, inexoravelmente, seguida: porque a arte do governo é uma técnica e tem de ser aplicada como de uma máquina se tratasse já que está em causa o interesse geral e não o interesse individual, mesmo que este se situe no plano ético ou religioso. A arte de governar é superior a essas preocupações. A própria guerra tem que ser feita se isso se revelar necessário para defender e conservar o Estado. O governante tem que identificar-se com os interesses do Estado pois é ele que o encarna. A própria linha de moralidade terá que ser adequada às exigências impostas pela orientação geral, já que sujeitar-se a essas exigências é o que se impõe como mais útil para conservar as rédeas do poder.

vida da comunidade, o *direito* na definição das normas que regulam a harmonia vital, e a *moral* no respeito pelos respectivos costumes, sem que um desses vectores sofra *hipotaxe* (subordinação, dependência) ou *hipóstase* (exclusão por sedimentação e encobrimento).

Como se compreende, o juízo das decisões quer comunitárias (que são políticas) quer pessoais (que são individuais), assim como da execução das mesmas e das situações por elas criadas será sempre *ético*, e as respectivas decisões, execuções e situações poderão sê-lo ou não, uma vez que os *valores* (que delas fazem parte) têm *polaridade*. No conhecimento apreende-se a realidade, mas a *realidade* enquanto objecto do conhecimento, pode estar constituída de dois modos diferentes.

O juízo de diversas comunidades, separadas quer pela história quer pela geografia, mas naturalmente, pelas suas *culturas*, será sempre muito arriscado se não for considerado o grau de *crescimento*. Importante será, de facto, ter sempre presente que o ser humano enquanto vivo não é um ser acabado: evoluciona comunitária e individualmente.

Considerando o problema em causa, Daniel Serrão pôde dizer lapidarmente: *todos os homens são eticamente iguais, embora diversamente aculturados* ⁽²⁶⁰⁾.

Então, no seu crescimento, o ser humano vai tendo possibilidade, embora nem sempre oportunidade, de compreender de modo mais amplo e mais profundo o seu próprio ser, o seu mundo e as respectivas relações. A relação da *moral* com a *religião* é a relação do *costume* com a *fé*, e não deixo de ter presente o dito de Ortega y Gasset de que *as ideias têm-se e nas crenças se vive* ⁽²⁴⁹⁾. Por isso, o problema da ética há de ser referido ao grau de consciência, ou seja, ao valor do conhecimento.

Do mundo dito clássico para o mundo português contemporâneo muito mudou não apenas nos meios utilizados para viver (ou sobreviver, como poderíamos dizer no seguimento de Potter) mas também na própria realidade humana. Por isso, a tragédia grega de então não pode ser avaliada no contexto de hoje. Para nós, a *tragédia* não é o que foi para os Gregos, porque o entendimento da condição humana é diferente no que respeita ao entendimento não só da *geração* mas também da *corrupção*, ou seja, às formas de *degenerescência* (ou *degradação*). Com o desenvolvimento intelectual muito se ganhou, mas também muito se perdeu, o que aconteceu em campos diferentes do psiquismo humano. Erich Fromm fala-nos de *A Linguagem Perdida*, a dos sonhos, dos contos de

fadas e dos mitos ^(249, 261), e Georges Gusdorf fala-nos da *consciência mítica* como evidência do retorno à ordem que a consciência intelectual vai interrompendo ⁽²⁴⁹⁾. Ora, a tragédia é a expressão máxima da consciência mítica, e a Antígona de Sófocles apresenta e representa uma dupla via para a persecução do equilíbrio frágil e ameaçado em que a mais pequena ruptura acarreta penalidades grave ⁽²⁶²⁾.

Esta divagação é necessária para o entendimento da incompreensão que a mentalidade pragmática do nosso tempo tem da própria ética, até mesmo por pessoas versadas no assunto. José Manuel Santos, por exemplo, num livro intitulado *Introdução à Ética*, ao abordar as inter-relações da ética e da política, lembra o argumento da tragédia de Sófocles: Polinices e o irmão, que detinha o poder, morreram ambos em combate, mas porque o primeiro, movido por ciúme, traiu a sua cidade (Tebas) e traiu o segundo, aliando-se ao estrangeiro, dando origem à guerra e à morte, não poderia ser sepultado, para não conspurcar a *terra-mãe*; contudo, Antígona, sua irmã, sabendo disso, sepultou-o; seu tio Creonte, que assumira o poder, ao ter conhecimento do acontecido condenou-a à morte. Note-se que é a irmã cuidadosa que dá nome a esta obra de arte, e, por isso, a atenção do observador (ou do leitor) prende-se à sua figura, e Kitto não deixa de dizer que para o crítico arguto é a figura de Creonte que desde o seu aparecimento domina a cena ^(263, 264). Contudo, José Manuel dos Santos, socorre-se desta obra para ilustrar o conflito entre a *ética* e a *política* e diz que uns entendem que a política deve submeter-se aos preceitos éticos e outros defendem uma autonomia do político em relação à moral, concluindo que para os primeiros Antígona teria razão, enquanto que para os segundos a teria Creonte, deixando o leitor impedido de compreender que o amor (fraterno) é outra força em jogo, que ambos tinham razão (!) e que a tragédia, dita clássica, continuará a existir para quem a não ultrapasse pelo espírito ⁽²⁶⁴⁾.

Sófocles (496-406 a.C.) é contemporâneo de Sócrates (469-399 a.C.), mas diferente é o problema deste, e a *justiça* é indiscutível, porque a comunidade precede o indivíduo, como Cristo é diferente de ambos, porque a divindade precede a natureza.

Nas comunidades pragmáticas, o problema grave é o da *ética dos meios para obtenção dos fins*, e o papel da comunicação aparece aí como factor e veículo da opinião.

Hoje, a principal dificuldade que se nos levanta é a da impotência da ética para evitar a imposição não-ética nos problemas comunitários. Os problemas do amor vão sendo evitados e, por isso, desconhecidos, e a aceitação da morte e do sofrimento (e do seu valor), incluindo neste a doença, é a dificuldade que vem a seguir.

É sabido que outrora era a família que cuidava dos seus deficientes, dos seus doentes e dos seus dependentes, mas que hoje a prestação de cuidados de saúde é tão exigente e rigorosa que as famílias não conseguem prestá-la, como referiu Daniel Serrão, em 2010, num valioso trabalho intitulado *O desafio de envelhecer em Portugal* ⁽²⁶⁵⁾.

- Ética, justiça e Estado

Apontei na Heurística que, até à institucionalização do SNS, foram várias as instituições que na comunidade portuguesa ajudaram as famílias a prestarem cuidados de saúde à população e a participarem nas respectivas despesas. Em 1974, os serviços dependentes do Estado mudaram na filosofia e no modo, mas em geral, embora algumas vezes com alterações significativas, as outras instituições continuaram a prestá-los dando sucessivamente, de cada vez, corpo ao espírito da época. Excepcionando o que se refere ao desenvolvimento das actividades das instituições mutualistas e das instituições estatais a partir dos meados dos século XX, de um modo geral sempre a Igreja Católica se associou a tais iniciativas que tiveram vários pontos de partida: os Conventos com as suas farmácias e as suas enfermarias ou hospitais, a Casa Real, por exemplo, no caso das Misericórdias, a iniciativa particular, por exemplo, nos casos dos hospitais das Ordens e das Instituições Mutualistas, os Municípios e o Governo da República no caso das Caixas de Previdência com os Serviços Médico-Sociais.

O SNS, previsto na Constituição de 1976 ⁽⁶⁵⁾, foi fundado em 1979 ⁽¹⁴⁾. É uma meritória criação da *Terceira República Portuguesa* em cuja definição nunca deixou de ser feita a confissão socialista, ou social-democrata; e a implementação da concorrência no mercado, depois da aderência de Portugal à Comunidade Europeia, nunca deixou de ser

aceite por tais confissões. O valor *comunidade* surge na palavra e na letra, e o valor da *individualidade* surge no quotidiano, o que tem criado situações de grande ambiguidade quando se trata de apreciar os problemas éticos, pela falta de referências da comunidade para o estabelecimento do princípio da aceitabilidade.

De tudo quanto foi referido na Heurística salientam-se os seguintes pontos que centram áreas de referência a considerar nesta discussão.

1.- A filosofia da comparticipação do SNS no custo dos medicamentos tem carácter primariamente político, metodologicamente económico e apenas tardiamente ético ou de justiça. Os textos pertinentes só tardiamente fazem referência a terem sido ouvidas as ordens dos médicos, dos enfermeiros, dos médicos dentistas, mas não referem a participação dos mesmos organismos nos respectivos processos.

2.- O conjunto dos documentos legais é extraordinariamente prolixo e nele aparecem as marcas da sucessão dos governos eleitos ⁸⁰ e das progressivas dificuldades económicas criadas e instaladas.

3.- As dificuldades de legislar sobre o regime das comparticipações encontradas pela ideologia dominante passaram a ser muito grandes a partir da acentuação das dificuldades económicas.

4.- Em textos legais, embora tardiamente, aparecem referências a burlas verificadas no comércio e na aquisição de medicamentos assim como na utilização indevida dos mesmos.

5.- As alterações relativas ao quantitativo das comparticipações e ao processamento do seu cálculo passaram a ser frequentíssimas a partir de certa data.

6.- As referências à *ética* e à *justiça* só tardiamente apareceram de modo explícito nos textos legais, quando as dificuldades económicas apareceram muito grandes.

7.- A situação dos profissionais intervenientes no processo (médicos, farmacêuticos, auxiliares, etc.) raras vezes é considerada, mesmo quando estão implicadas participações de competência profissional e de índole pedagógica.

⁸⁰ Contabilizam-se, desde 1974, 18 mandatos governamentais, estando em funções presentemente, e desde 21 de Junho de 2011, o XIX Governo Constitucional.

As disposições legais que neste estudo tomei como matéria heurística, e agora são discutidas, embora possam ser realmente a expressão da vontade de uma classe política que se foi formando, está constituída e tende a absorver todos os poderes na comunidade, são de facto, formalmente, a expressão legal desta, formulada depois da discussão parlamentar em votação institucionalmente democrática.

Em todos os casos, as *leis* dizem respeito a actividades relacionais e, por isso, a *ética* deve ser considerada dinamicamente tendo em consideração não só os polos dos *valores* em causa mas também os do *sujeito* e do *objecto* do conhecimento que no caso das relações humanas se trata de inter-relações; por isso, sendo óticas, também são de consciências e de projectos, e pelo menos têm dois sentidos. Quando um dos sujeitos é a *comunidade*, a expressão do ser encontra-se formalmente na lei, seja esta de natureza consuetudinária ou escrita e governamental ou parlamentar. Os golpes de estado, armados ou constitucionais, e a representatividade política são também objectos da *ética*, e certamente que a *justiça* está implicada em ambos os casos, mas então a *política* dominará a expressão do movimento conformando-a, tanto quando constrói como quando destrói, e aqui não há reversibilidade. Entretanto, os patamares políticos podem aparecer estáveis, as gerações, essas, sucedem-se, embora também em acréscimo ou em decréscimo, e o ser humano, individual e comunitário que é, numa instância, ou está consciente ou não, quer dizer, ou interfere ou se deixa conduzir e, noutra instância, ou se deixa enganar por quem pretende a força de todos para realizar os projectos de alguns ou assume o espírito trágico; ou compreende a história como realização profunda e excedente da humanidade. Eticamente poder-se-á reconhecer (e poderá ser reconhecido universalmente) que o *bem-comum* estará sempre em jogo e que o corpo místico poderá aparecer saudável, doente ou mutilado, mas sempre existirá em movimento e, por isso, nunca completo. Como actividade mental humana, como ciência, a *ética* será também efeito da reflexão, e aqui, a partir de dentro de si própria se considera a sua especificidade – a *reflexão valorativa* – e a sua limitação: quando se avalia a lei que pauta a acção humana, em termos de acção, portanto como tal, porque esta a excede, a abrangência da *ética* não alcança a do seu objecto, e por isso deve acompanhar-se de pelo menos uma outra ciência, que neste caso em particular é a *justiça*, que é da mesma ordem, e não deve formular juízos

individualmente, mas em grupo humano competente, de onde a justificação das *comissões de ética* das diversas instituições.

Sendo a *consciência reflexiva* o caracter formal da humanidade, como extensamente propõe C. Hipólito-Reis ⁽²⁴⁹⁾ e já referi, embora raros se dêem conta, não obstante organicamente estruturam a comunidade a que pertencem, a *consciência religiosa*, em diversas versões, desde a Antiguidade, apreciável em algumas obras da filosofia, e, de forma exemplar, em algumas encíclicas papais, e a sua forma laica como *Declaração Universal dos Direitos do Homem*, de 1948 ⁽²⁶⁶⁾, explicitam valores superiores.

Fixarmo-nos na *lei* é uma implicação da *ética* como ciência, que não é cega, pois exige o *exercício da polaridade dos valores* e tanto como à sua letra, conforme ao circunstancialismo político, geográfico e histórico, atende ao seu espírito.

No domínio considerado nesta dissertação, a lei fundamental é parlamentar, elaborada por uma *Assembleia Constituinte* e chama-se *Constituição*. Como refere Jorge Miranda ⁽²⁶⁷⁾, *a história constitucional portuguesa, tal como a da generalidade dos países latinos, é feita de rupturas*: as constituições emergem em ruptura com as anteriores, sofrem alterações nem sempre de harmonia com as formas que estabelecem e acabam com novas rupturas ou revoluções. Em Portugal é assim desde 1822, mas em França já é de há mais tempo.

Também, com as leis parlamentares ou governativas se verifica sob a mesma alçada constitucional o que Walter Osswald bem retrata: *é cada vez mais frequente vermos surgir vozes que verberam leis como sendo parciais, injustas, erradas ou incompreensíveis, quiçá mesmo iníquas*, acrescentando que *esta situação ocorre com particular frequência quando se trata de leis que regulam comportamentos ou atitudes relacionados com a vastíssima temática das ciências da vida* ⁽²⁶⁸⁾. E mais nos diz que *pelos interesses em causa, que não são meramente (nem sequer preponderantemente) materiais, pelas visões inspiradas em crenças religiosas e em convicções filosóficas, as avaliações que a sociedade faz da justeza e da justiça deste tipo de leis são frequentemente contraditórias, conduzindo a confrontos de opinião e a clivagens profundas, dada a pluralidade típica da constituição*

das sociedades hodiernas (se é que se pode falar, em certos países, de sociedade, sendo talvez de preferir a sóbria designação de população) ⁽²⁶⁸⁾.

Compreende-se que num quadro de *rupturas constitucionais* e de *perplexidades legislativas*, a *ética* que se procure instituir na avaliação de valores de juízo ou de comportamento e aspire a um grau de universalidade próprio, que permita emparceirar com disciplinas de carácter científico, encontre as maiores dificuldades. É da observação geral que todo o ser humano necessita ou aprecia as *palavras de vida eterna*... - e quando o conhecimento adquire pretensões científicas também.

Creio que por mais do que qualquer outra razão terá sido esta a motivar não só o aparecimento da palavra *bioética* firmada por Van Rensselaer Potter ⁽²⁶⁹⁾ mas também, talvez inconscientemente, a simpatia e a adesão que o novo conceito suscitou. Enquanto a comunidade apresentava a variabilidade de interpretações que pode facilmente criar confusão em quem sobre ela tente reflectir, pela sobreposição da *ética*, da *política* e da *religião*, a vida constitui uma base de maior uniformidade em que é possível encontrar uma referência. Assim, na verdade, a *bioética* passaria a constituir não uma especialização da *ética*, mas uma nova versão da própria *ética*.

Daniel Serrão, reafirmando o proferido em português em 1988, escreveu em 2008: *Bioéthique n'est pas seulement un de ces mots à succès facile que les médias affectionnent. Je crois ne pas me tromper lorsque j'affirme que la réflexion profonde que le mot "bioéthique" suscite, chez certains des esprits les plus brillants et responsables de notre temps, ouvrira la voie qui élèvera la Bioéthique au rang de la plus grande et généreuse utopie de XXIe siècle, sur laquelle on construira une économie globale plus juste, une écologie plus sage, une politique plus responsable et une religion plus joyeuse – tout cela contribuant à la réalisation du plus grand bien des êtres humains – dans un monde en paix* ^{81 (270)}.

⁸¹ “Bioética não é apenas uma palavra de fácil sucesso nos meios de comunicação social. Ou me engano muito ou a reflexão profunda, que a palavra bioética suscita nalguns dos mais brilhantes e responsáveis espíritos do nosso tempo, vai abrir o caminho para que a Bioética seja a grande e generosa utopia do Século XXI sobre a qual se irá construir uma economia global mais justa, uma ecologia mais sensata, uma política mais responsável e uma religião mais alegre – tudo contribuindo para a realização do melhor bem dos seres humanos – em paz”.

Contudo, também em 2008, numa comunicação intitulada *Nascimento, apogeu e crise da Bioética – uma reflexão algo desalentada*, Daniel Serrão declara que o que pretendia dizer no intertexto, dessa proclamação, é que *se a bioética não conseguir influenciar, no sentido indicado, a política, a economia, a ecologia e a religião (as religiões), terá falhado o seu objectivo e será completamente deglutida por estas grandes estruturas do viver social, cada uma delas ficando proprietária de uma parte para a usar no seu interesse sectorial* ⁽²⁷¹⁾.

Na verdade, as *utopias*, criadoras de novos mitos, não podem ser mais do que *utopias*, geradas e cuidadas por pessoas generosas, utopias que muitas vezes são saudáveis, como desta dizia também Daniel Serrão ⁽²⁷⁰⁾, ocasionalmente necessárias para alimentar a esperança, embora sempre fustigadas pela conflituosidade da vida real, mas muitas vezes perigosas e até pouco éticas por exacerbarem a imaginação na progressão do virtual.

É sabido que a comunicação dos seres humanos tem condicionamentos e que, por isso, nem sempre é perfeita. Também se sabe que nem sempre se realiza o equilíbrio das actividades das diversas faculdades psíquicas. Por um lado, a razão como faculdade que promove o pensamento e esclarece a adequação do comportamento na dinâmica da chamada vida interior, pode perturbar-se, e, por outro lado, a actividade emocional pode adquirir predominância e arrastar a vontade. Potencialmente, o *conflito* (e o drama, na forma de comédia ou de tragédia) acompanha a vida humana, cintilando nas suas relações, e a esperança nem sempre tem realizadas as suas aspirações. Claramente, aí não é a liberdade que está em causa, mas a sua falta ou impedimento. Mesmo em condições normais, o ser humano sempre será sujeito a tentações por activação de remanescências animais ou vegetativas e bloqueio das vias do espírito. A *ética*, como ciência de análise das normas nos sentidos dos valores, não será nunca normativa, podendo apenas ser esclarecedora e, quando muito, persuasiva.

Importante será reconhecer que substantivamente a *ética* é uma ciência e adjectivamente *o ético* e *o não-ético* qualificam os projectos (as leis) e os actos humanos respectivos.

A *política* é de outra ordem e dispõe de *meios* para o exercício do poder que em si mesmos são arracionais.

Van Rensselaer Potter tentou encontrar na *vida* o firme princípio director da *ética*, mas criou uma grande ambiguidade, por ter de lhe chamar *bioética*. Compreende-se que o tenha feito para afastar os problemas resultantes do curso objectivamente impalpável da evidência dos valores na variabilidade das situações concretas impostas pela *lei*, principalmente formulada nas constituições políticas das comunidades. Não conseguiu, porém, evitar que os problemas encontrados sejam menores e, sobretudo, mais amplos, para não dizer universais. Na verdade, um dos riscos da proposta é a reactivação dos *humanismos* que naturalizam o *individualismo*, pelo esquecimento da vertente comunitária que sempre está presente, por mais ou menos estreita que se considere, o que tem motivado muitos sofrimentos humanos. Paradoxalmente, outra consequência será a extensão do postulado comum a todos os outros seres vivos. São múltiplos os falsos problemas criados pelo aparecimento de dificuldades intelectuais irresolúveis, designadamente no que respeita à existência dos *seres vivos patogénicos* e de quantos, de todos os chamados reinos biológicos, servem o ser humano na alimentação (mesmo vegetariana), na consciencialização da sua história (designadamente na caça e na pesca), nos rituais da sua religiosidade (não já o cordeiro, mas ainda hoje as flores, os ramos, etc.) e dos seus psicodramas (como as lutas de animais, os torneios, as touradas, etc.), que os mais superficiais tomam por simples divertimentos ou exercícios de crueldade.

Como foi apontado, a *ética*, formulada pelo Estado, para além de se relacionar, embora de modos diferentes, com a *justiça* e com a *moral* também se relaciona com o *direito*. As normas encontram-se formuladas nas leis, e nas comunidades europeias são as *constituições políticas* aquelas que orientam todas as outras leis. A independência da ética relativamente a tais textos advém do carácter histórico destes. Na Introdução ao seu estudo sobre as constituições portuguesas, Jorge Miranda escreve que mais do que quaisquer outras leis são as Constituições o produto do circunstancialismo histórico ⁽²⁶⁷⁾. Nascem, aplicam-se, perduram e morrem em épocas e lugares bem determinados, sob o influxo de factores políticos, sociais, religiosos, económicos e culturais cuja análise objectiva nem sempre se torna fácil ou imediata ⁽²⁶⁷⁾.

Por isso, pertencendo ao Estado implicar a *ética* na formulação das leis e sendo esta uma ciência que se conjuga com a política, não será nelas (leis, política e até ciência, enquanto ciência) que se há-de encontrar a sua fundamentação.

- O conceito de moral

A *moral* diz respeito aos costumes.

A influência cultural do Cristianismo criou a necessidade de distinguir a *ética* e a *moral*.

Do latim *mores* (costume), a moral tem como sentido o conjunto de regras de condutas e de valores no seio de uma comunidade, e sugere o caminho para os fins a atingir, assim como os meios para o efeito ⁽²⁷²⁾.

Como adjectivo, *moral* significa então a submissão a um *valor*, *imoral* o que é contrário, e *amoral* aquilo que é de outra ordem e é indiferente ao valor considerado ⁽²⁴⁴⁾. Hegel foi mais longe ao distinguir *moralidade subjectiva*, como cumprimento do dever pelo acto da vontade, e *moralidade objectiva*, como a obediência à lei moral enquanto fixada pelas normas, leis e costumes da sociedade ⁽²⁴⁴⁾. Sendo assim, a boa vontade subjectiva tem que se aliar à racionalidade da moral universal (se a houver) para poder ser uma moralidade mais concreta e completa.

- O conceito de justiça

A *justiça* acompanha a *ética*, como a *moral* acompanha o *direito*.

Na comunidade, cada um encontra-se com os outros, com os seus semelhantes, diferentes de si, mas semelhantes. A sua relação respeitosa fará parte da sabedoria de vida, da *sabedoria prática* como lhe chama Ricoeur ⁽²⁷³⁾. Esta consiste na invenção das condutas que melhor satisfaçam a excepção exigida pela solicitude, ou seja, consiste na atenção e cuidado tido com o outro, contrariando o menos possível a regra ⁽²⁷³⁾. A *estima-de-si*, capaz

de suscitar a solicitude para com os outros, dá lugar à existência do outro. E o sujeito que fala, age e se narra (*identidade narrativa*) e se tem por responsável, torna-se, também, um sujeito capaz e em acção, indissociável de um sujeito passivo, sofredor e vulnerável ⁽²⁷³⁾. É-se, então, também responsável pelo frágil.

Na medida em que, na relação com os outros, todos pertencem a uma vida *pública*, cada um poderá desejar promover e atingir a *justiça* pela virtude, não ignorando a co-autoria e co-responsabilidade dessa mesma justiça, o seu exemplo individual nesse grande grupo público de conhecidos e estranhos. Todos esses vectores podem, portanto, convergir para a mesma vida ética, moral, privada e pública ⁽²⁵⁵⁾. Com universalidade, haverá também autonomia, com a consciência de se saber responder do melhor modo, em excelência, ao lugar que se ocupa no mundo. Então, o ser humano tem de ser e deve ser responsável. Note-se, porém, que esse apelo não é nem será uma conclusão garantida pela *natureza*.

O reconhecimento do viver em comunidade descobre também a *justiça* pelo *ajustamento* dos comportamentos, ampliando desse modo a noção que Aristóteles formulou. Na verdade, Aristóteles refere a ética às *virtudes* (a que hoje se referem os *valores*), referindo-as como *modos de ser da alma* (da *psiche*), mas também como *qualidades* que caracterizam esses modos de ser ⁽²⁵⁹⁾. Da correspondência intelectual à realidade vivida resultará, então, o conceito de que a *virtude* é um *termo médio* entre os excessos e os defeitos e a *justiça* será a justeza da adequação à virtude.

Os atributos do dever aparecem depois com o Cristianismo, porque, sendo esperado o amor a Deus sobre todas as coisas e ao próximo como a si mesmo, o que falta fica em dívida.

Ricouer tenta naturalizar o amor, o que será sempre uma proposta em suspenso.

Pela *ética*, viver será então viver com o outro, se não em comunhão pelo menos em comunicação. E a *justiça* virá daí.

- O conceito de direito

Em toda a Terra, havia somente uma língua, e empregavam-se as mesmas palavras ^{82 (256)}. Após o dilúvio, a descendência de Noé espalhou-se pela Terra ^{83 (256)}. Contudo, ao aperceberem-se de que se poderiam fixar definitivamente num local, construindo uma cidade e uma torre que atingisse os céus, perceberam também que se poderiam tornar famosos para evitar que se dispersassem por toda a Terra ^{84 (256)}. Então *Deus, disse: Eles constituem apenas um povo e falam uma única língua* ⁽²⁵⁶⁾. *Se principiarem desta maneira, coisa nenhuma os impedirá, de futuro, de realizarem todos os seus projectos. Vamos, pois, descer e confundir de tal modo a linguagem deles que não consigam compreender-se uns aos outros* ^{85 (256)}. E a construção da torre de Babel foi suspensa ⁽²⁵⁶⁾.

Os seres humanos, ao confrontarem-se com a possibilidade de ir mais além e dominar o mundo, desentendem-se, criando feridas por vezes sem possibilidade de cicatrização.

Gabriel Marcel, no seu livro com o título *O Homem contra os Homens* ⁽²⁷⁴⁾, cujo verdadeiro título é assumidamente *o universal contra as multidões* (sendo o universal o espírito, que é amor, e que não pode nunca verdadeiramente divorciar-se da inteligência, senão quando esta se degrada, se cerebraliza, reduzindo o amor ao apetite carnal), revela a necessidade da atenção sobre a acção humana, aliada do risco de essa mesma acção se poder virar contra o Homem. O reconhecimento da possibilidade da relação inversa entre o progresso das técnicas e o recuo da reflexão, gera preocupação e *prepara-nos para compreender porque hoje o universal só pode afirmar-se fora das massas e contra elas* ⁽²⁷⁴⁾. *As massas são o humano degradado, são um estado degradado do humano, pois não podem existir nem desenvolver-se a não ser alguém do plano onde são possíveis a inteligência e o amor, que são o que mais concreto existe no mundo* ⁽²⁷⁴⁾.

Naturalmente que é bom, atractivo, curioso, importante pôr a imaginação e a criatividade em curso. É fundamental querer avançar e crescer. O estudo, a investigação, a

⁸² Gn 11,1.

⁸³ Gn 10,32.

⁸⁴ Gn 11,2-4.

⁸⁵ Gn 11,6-7.

audácia do homem tem-se revelado essencial no caminho conseguido até aos dias de hoje. Mas a impossibilidade do domínio completo da realidade deve ser evidenciada e a ideia de que nem tudo é possível deve ser reconhecida. Kant defende que são os juízos humanos que controlam a realidade ⁽²⁷⁵⁾, mas o real apodera-se do homem como mostra Zubiri ⁽¹⁾ e viver em harmonia com o mundo depende da religação, que ao próprio homem compete, na solicitação da sua liberdade.

O *direito* pode ser entendido como o *conjunto de normas* gerais, abstractas, na forma de *leis*, dotadas de coercitividade para regerem os comportamentos e as relações numa comunidade. Havendo bens humanos que apenas podem ser assegurados e regulamentados através de instituições legais, como, por exemplo, o direito à vida, subentende-se que a aplicação prática da lei, apenas possa ser compreendida, e aceite, como resultante da interiorização consciente dos seus objectivos. Porém, a elaboração e aplicação das leis relaciona-se e depende do conhecimento e entendimento dos valores a si subjacentes, dos seus significados e importância. Esses valores variam muito com a comunidade, a cultura, as circunstâncias envolventes, o tempo (*cronos* e *kairos*), e com a natural e fundamental identificação do ser consigo mesmo (*individuação*). Por isso, na imanência do sujeito (*vida teórica*), e na transcendência do objecto (*vida prática*), a realização de si mesmo (*ipse*) torna-se muito complexa, exigindo mesmo, e simultaneamente, a selecção e assimilação de critérios e a elaboração de uma teoria descritiva geral concordante com todas essas particularidades distintas.

Os conceitos, pelos quais se pautam e formam comunitariamente os indivíduos, são variadíssimos. Adicionalmente, a linguagem falada por cada indivíduo é também variada e, embora possa ser apreendida por outros, os princípios de entendimento adoptados não serão uniformes.

Haverá, por isso, certamente excepções e as regras deverão ser consideradas, para haver margem de tratamento e abordagem dignas, sem prejuízo do estabelecido em geral, para o encontro de caminhos e soluções de problemas.

Em Portugal, um Estado de direito, a principal lei é a Constituição. A vigente é de 1976. Muitas outras, porém, constam do Código Civil (1966), do Código Penal (1982), do Código Comercial (1888), do Código de Processo Civil (1961), do Código de Processo

Penal e do Código do Trabalho. O Código Administrativo perdeu a maior parte da importância que teve no passado. Na ordem estabelecida em 1976, as leis têm sofrido revisões desde a sua publicação original segundo uma hierarquia. A lei constitucional, sujeita a revisões constitucionais, é soberana e a ela se submetem as outras, entre as quais e por ordem processual de importância decrescente, o tratado internacional, o decreto-lei, o decreto regulamentar, a resolução do conselho de ministros, a portaria, e o despacho.

O processo legislativo em Portugal é da responsabilidade da Assembleia da República ou do Governo consoante as respectivas matérias de competência legislativa. Os diplomas emanados da Assembleia da República têm a designação de *leis* e os diplomas emanados do Governo têm a designação de *decretos-lei*. O processo de formação das leis pela Assembleia da República inicia-se com um *projecto de lei*, apresentado pelos deputados ou pelos grupos parlamentares, ou com a *proposta de lei*, apresentado pelo Governo que, após aprovação pela Assembleia da República, se designa por *decreto*, e só após promulgação pelo Presidente da República, o decreto é publicado como *lei*. O texto de uma lei pode ainda ser apresentado por um grupo de cidadãos eleitores.

A promulgação é um acto pelo qual o Presidente da República atesta solenemente a existência de norma jurídica e intima à sua observação. O Presidente da República poderá não promulgar o diploma e exercer o direito de veto, que poderá ser jurídico ou político.

A promulgação é uma etapa essencial no decorrer do processo legislativo, pois, só após esta, o texto toma a designação de *lei*, e a falta de promulgação tem como consequência a *inexistência jurídica do acto*. Após a promulgação, o *diploma* é enviado ao Governo para referendo ministerial, seguindo-se a publicação no Diário da República sob a forma de lei, para a sua entrada em vigor.

A obrigatoriedade da lei é regulada na sua publicação no Diário da República, e a sua vigência pode iniciar-se num intervalo de um dia a um ano a contar da data de sua publicação.

As leis podem ser revogadas por caducidade, se alguma cláusula contida na própria lei especificar um determinado tempo de vigência ou por desaparecimento das causas da aplicação dessa lei, ou por revogação, parcial, total, expressa ou tácita, resultante de uma nova manifestação de vontade do legislador, contrária à anterior.

- Leis governamentais e saúde

O empenhamento dos *estados* como organizações políticas na saúde dos cidadãos e na institucionalização da assistência para o efeito revela-se-nos, historicamente, como um processo progressivo a partir da *laicização* institucional das comunidades. Psicologicamente, a religião tende da *transcendência* para a *imanência*, e a organização da *comunidade* para a *sociedade* vai criando a obrigação de assegurar os cuidados de saúde não só pela profunda motivação do *humanismo* mas também por objectivos económicos e, em termos de dinâmica política, por interesses eleitoralistas. Os apontamentos históricos deixados na *Heurística* desta dissertação permitem-nos evidenciar esta interpretação do acontecer político.

Em Portugal, a intervenção do Estado nos assuntos da saúde e a legislação sobre comparticipação de medicamentos começaram a ter significativa importância nas décadas de 1930 a 1940 e de 1940 a 1950.

O *princípio da igualdade* perante a lei, havia surgido já anteriormente como princípio universal. Para além da possibilidade de poder prover qualquer cargo público por habilitações e mérito próprios ou por serviços prestados, o cidadão encontra-se em situação de igualdade perante a lei, sem quaisquer privilégios, não sendo entendidos como tais os condicionalismos resultantes da consideração específica do sexo, surgidos pelas diferenças resultantes da sua natureza e do bem da família, e os relativos aos encargos ou vantagens dos cidadãos, impostas pelas diversidades de circunstâncias ou natureza das coisas ^(43, 65).

Surge, então, a distinção entre *igualdade jurídica*, ou seja, a igualdade na sujeição dos cidadãos à lei, mesmo que diferentes entre si, e *igualdade social*, ou seja, igualdade de livre acesso aos benefícios oferecidos pela civilização. É um sentido de igualdade social que promove uma política de distribuição de bens materiais comuns, e que não se propõem por si mesma, mas que é criada pela sociedade através de um esforço comum, e como consequência de um trabalho efectivo e transparente. Não sendo uma igualdade inata ou adquirida pelo simples nascimento, essa igualdade social é entendida como uma conquista e uma atitude de respeito pela possibilidade de concessão dessas mesmas possibilidades de igualdade, consequência de um objectivo de política social em prol do *cidadão*. Por isso

envolve algo mais do que uma simples política jurídica, através de normas constitucionais que só podem ser plenamente eficazes se associadas a níveis apropriados de cultura, de instrução e de participação social.

Embora, não seja possível validar simplesmente a noção política a partir da noção antropológica da diferente natureza do homem e da mulher, anunciada na Constituição de 1933 ⁽⁴³⁾, é legítimo supor que as diferenças evidenciem a natureza dos elementos biológicos e psíquicos numa conjuntura cultural e económica muito diferentes da sua ulterior transformação, com apelo a um patamar de construção, suporte e viabilização da célula familiar, promotora de uma sociedade equilibrada.

Considerando ainda o *princípio de igualdade*, fica por referir a inclusão do cidadão estrangeiro, contemplada nessa Constituição, com estatuto próprio, mas sujeito às condições gerais do direito nacional.

Desde então, o *Estado* declara reconhecer as corporações morais ou económicas e as associações ou organizações sindicais, promovendo e auxiliando-as na sua institucionalização, com o objectivo principal de, entre outros, promover a assistência, a beneficência e a caridade para o bem-comum, o da sociedade e o do cidadão.

A igualdade social reconhecida implicará direitos sociais e, entre eles, o direito à saúde.

A tendência de ampliação crescente das funções dos *estados modernos* incluiu, como funções essenciais, a função de protecção do direito à vida e à suficiência económica dos seus elementos sociais, com o simultâneo efeito de burocratização do exercício dessas actividades ⁽²⁶⁾.

O *direito* à assistência medicamentosa em caso de doença surge em 1937, através do seguro de doença concedido apenas aos trabalhadores beneficiários obrigatoriamente inscritos na Previdência Social ⁽⁴⁷⁾.

Desde aí, até à década de 1950, como fruto da experiência vivida e das constantes necessidades aparecidas em função dos resultados colhidos e, paralelamente, da própria e natural evolução organizativa e social, as intervenções políticas na área da saúde foram sendo de adaptação, e as participações nas despesas com os medicamentos foram sendo ajustadas.

As condições gerais de prestação da assistência medicamentosa no seguro social foram definidas, pela primeira vez, em 1950 ⁽⁴⁵⁾. Logo surgiram problemas de *justiça* na distribuição dessa assistência, e novas medidas foram exigidas para conciliação dos recursos disponíveis às necessidades existentes.

- Ética e justiça na assistência médica e medicamentosa antes da legislação sobre os cuidados de saúde

A revelação do *outro* como um *ser semelhante* desperta sentimentos de atenção e cuidado. Assim tem acontecido desde sempre até aos dias de hoje, embora formalizados de modos diferentes.

Enquanto as relações humanas foram mantidas na simples implicitação da comunidade, o agir humano permitia caracterizar-se por comportamentos cujo sentido de *ética* e de *justiça* aparecia sem a referência às leis políticas, embora se tenha de lhe reconhecer o seu carácter político.

Era *certo, bom e justo* ajudar, naturalmente, os mais necessitados.

Como referido na *Heurística* deste trabalho, as instituições eclesásticas, o poder real e as organizações da comunidade, *conscientes das necessidades sociais*, trabalhavam, cada um a seu jeito, mas de modo complementar, para o *bem-comum*, revelado na disponibilidade da ajuda. O preceito moral de protecção aos mais necessitados e desfavorecidos era aceite como um dever, embora, certamente, muitas vezes não cumprido.

Contudo, ao longo dos tempos, pelo desenvolvimento, estruturação e sectarização da sociedade, apareceram problemas novos.

O aumento dos aglomerados populacionais criou novas situações sociais e novas exigências.

Na área da saúde foi necessário implementar medidas novas de contenção e combate a flagelos novos e imprevistos que punham a vida, individual e comunitária, em risco.

Medidas simples de quarentenas, delimitação de espaços, senso-comum e recursos a remédios naturais, mesmo que não suficientes e nem sempre eficazes, permitiam a ajuda simples, sem grandes encargos financeiros.

Havia, apesar da sua simplicidade, um entendimento comum de ajuda, quer fosse para tratar e salvar o próximo, quer para salvaguardar o próprio, a si e aos seus, das doenças e dos sofrimentos.

O *ético* era socorrer. O *justo* era participar na ajuda. O *moral* e o *dever* eram o cuidar. E a *sabedoria* era seguir as indicações dos mais sábios.

A evolução dos conhecimentos médicos e científicos conduziu a novas modalidades de ajuda, melhorando e especificando cada vez mais as condições de socorro.

O surgimento dos hospitais foi um avanço significativo. Como já referido, estes eram unidades para prestar cuidados mais especializados. Na *Heurística* foi referida a história do seu aparecimento. Foram edificadas para assistência aos enjeitados e orfãos, revelando a evidência clara de que o homem não vive só, e tem referências éticas, de justiça e de moral.

A sociedade civil empregava também, fora dos hospitais, os recursos disponíveis.

As comunidades foram-se organizando tendo em conta a necessidade desses socorros. A assistência estava, então, não tanto dependente do poder económico do cidadão como das próprias limitações geográficas e do desenvolvimento científico e tecnológico.

Com o correr do tempo, os municípios passaram a custear despesas e a disponibilizar os cuidados disponíveis e achados necessários.

No final do Séc. XIX e início do Séc. XX, surgiram novos conhecimentos médicos e apareceram soluções medicamentosas inovadoras que permitiram grandes avanços nos cuidados de saúde obrigando à reorganização dos mesmos cuidados. Para além da exigência de conhecimento mais especializado para desempenhar as funções na assistência dos cuidados de saúde, foram surgindo novos problemas éticos e de justiça, iniciando-se uma nova fase no que respeita aos custos desses cuidados.

- Ética, justiça e lei constitucional

Por tudo isso, os textos constitucionais referidos no capítulo *Heurística* desta dissertação devem ser considerados nesta discussão não só como referências mas, também, porque são matéria em que se revelam *valores*, na sua dimensão *ética*, pelo menos no âmbito particular do presente estudo.

O preâmbulo da Constituição de 1976 ⁸⁶ (65), que se tem mantido apesar das revisões sucessivas a que tem sido sujeita ⁸⁷, tem um carácter catártico evidente e a sua manutenção por décadas acarreta o risco da catarse da catarse. Este facto permite pensar na legitimidade de discutir a lei o que é de ordem diferente de a observar. Assim se torna evidente a necessidade de considerar complementarmente a *ética*, a *justiça*, a *moral* e o *direito*, porque enquanto produtos da elaboração do conhecimento se distanciam das próprias experiências cognitivas originais e, portanto, do movimento humano que pulsa na política com maior proximidade.

⁸⁶ Prevê, nos artigos 284º a 289º, os mecanismos em que assentam os processos da sua própria revisão, cuja iniciativa deverá partir dos deputados da Assembleia da República.

⁸⁷ Sujeita a 7 processos de revisão (em 1982, 1989, 1992, 1997, 2001, 2004, e 2005), por causas variadas (1982 – reflexão de opções políticas e ideológicas decorrentes do período revolucionário que se seguiu à ruptura contra o anterior regime, consagrando a transição para o socialismo, assente na nacionalização dos principais meios de produção e mantendo a participação do Movimento das Forças Armadas no exercício do poder político, através do Conselho da Revolução; diminuição da carga ideológica da Constituição, flexibilização do sistema económico e redefinição das estruturas do exercício do poder político, sendo extinto o Conselho da Revolução e criado o Tribunal Constitucional; 1989 - maior abertura ao sistema económico, nomeadamente pondo termo ao princípio da irreversibilidade das nacionalizações directamente efetuadas após o 25 de Abril de 1974; 1992 e 1997 – adaptação do texto constitucional aos princípios dos Tratados da União Europeia, Maastricht e Amesterdão, consagrando ainda outras alterações referentes, designadamente, à capacidade eleitoral de cidadãos estrangeiros, à possibilidade de criação de círculos uninominais, ao direito de iniciativa legislativa aos cidadãos, reforçando também os poderes legislativos exclusivos da Assembleia da República; 2001 – permissão da ratificação, por Portugal, da Convenção que cria o Tribunal Penal Internacional, alterando as regras de extradição; 2004 - autonomia político-administrativa das regiões autónomas dos Açores e da Madeira, designadamente aumentando os poderes das respectivas Assembleias Legislativas e eliminando o cargo de Ministro da República, criando o de Representante da República; alteração e clarificação das normas referentes às relações internacionais e ao direito internacional, como, por exemplo, a relativa à vigência na ordem jurídica interna dos tratados e normas da União Europeia; revisão do princípio da limitação dos mandatos, designadamente dos titulares de cargos políticos executivos, bem como reforço do princípio da não discriminação, nomeadamente em função da orientação sexual; 2005 - aditamento de um novo artigo para permitir a realização de referendo sobre a aprovação de tratado que vise a construção e o aprofundamento da União Europeia).

Ético será caminhar, como lá se diz, *no respeito da vontade do povo português*; *não-ético* será procurar soluções para os problemas novos sem a sua consulta, quando pela novidade as questões são imprevisíveis na altura da eleição, porque as decisões excedem a competência conferida pelas eleições em função das propostas eleitorais dos eleitos ou quando a própria estrutura da comunidade é posta em causa.

No âmbito deste trabalho, interessa particularmente o *artigo 64º* da Constituição de 1976 ⁽⁶⁵⁾, porque é aquele que se refere à *saúde*. Relativamente à versão original, de 1976, sofreu a introdução de um parágrafo, o 4, em 1982 ⁽²⁷⁶⁾, e a alteração no seu parágrafo 2 e na alínea c) do parágrafo 3, na revisão de 1989 ⁽²⁷⁷⁾ (ver *Tabela 17*).

Relativamente ao *parágrafo 1*, devendo ser interpretado em conformidade tudo quanto se encontra legislado e realizado no que respeita à protecção, estarão a ser escassos os esforços relativamente à consciencialização do dever de a defender e promover.

Relativamente ao *parágrafo 2*, no texto da revisão de 1989, a ambição da gratuidade aparece moderada, e o SNS, continuando a dizer-se universal e geral passa a ter em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos e a ser tido como tendencialmente gratuito. O problema *ético* em aberto é o da *definição dessas condições e a sua correlação* com a inclinação desta tendência.

O texto constitucional precede os das outras leis e os sentidos da *ética* e da *justiça* serão levantados pela própria elaboração destas e pela aplicação concreta.

O *princípio da realidade*, revelado no conhecimento dos factores condicionantes da economia portuguesa e no reconhecimento da ocorrência de comportamentos não-éticos de cidadãos, veio a determinar a introdução de restrições nas participações, restrições tidas como necessárias ou pedagógicas, nem sempre fáceis de apreciar.

Como foi referido, uma das características dos valores é a sua *polaridade* ⁽²⁴⁴⁾, e esta repercute-se na *ética*, porque ao positivo sempre se há-de contrapor o negativo. Então, a propósito da matéria em discussão, relativamente à referência expressa para o reconhecimento religante da comunidade, podem formular-se, como generalidades, os pares de afirmações que se seguem.

Tabela 17

Texto legal	Artigo 64º - Saúde
Constituição da República, 1976	1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover 2. O direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito, pela criação de condições económicas, sociais e culturais que garantam a protecção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo 3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação b) Garantir uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país c) Orientar a sua acção para a socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos d) Disciplinar e controlar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde e) Disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico
Primeira Revisão da Constituição, 1982 - <i>Introdução do parágrafo 4</i>	4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada
Segunda Revisão da Constituição, 1989 - <i>Alteração do parágrafo 2; Alteração da alínea c) do parágrafo 3</i>	2. O direito à protecção da saúde é realizado: a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito b) Pela criação de condições económicas, sociais e culturais que garantam a protecção da infância da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo 3. : c) Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos

Tabela 17.: Ajustamentos do Artigo 64º (Saúde) da Constituição Portuguesa de 1976, realizados em 1982 (Primeira Revisão Constitucional) e em 1989 (Segunda Revisão Constitucional).

1.- Quanto à disponibilidade:

- *ético e justo* será em qualquer situação de sofrimento, proporcionar ao indivíduo a ajuda tida como necessária, desde que consciente e responsabilmente a não rejeite;

- *não-ético e injusto* é criar no indivíduo a ilusão de que todos os sofrimentos podem ser revertidos, de que a morte é sempre evitável e de que é possível garantir esses resultados, criando a possibilidade de confundir inevitabilidade com negligência.

Da parte das estruturas governativas, esta situação pode ter origem nas promessas eleitorais e nas expectativas criadas; da parte dos beneficiários, existe quando na atitude do

beneficiário e da sua família passam a ser exigidas, muitas vezes com toda a credulidade, soluções impossíveis de encontrar ou de realizar.

2.- Quanto à resolubilidade:

- *ético e justo* será da parte do Governo do Estado assumir expressamente a participação na resolução dos problemas da comunidade ou encarregar instituições próprias, autónomas e competentes, proporcionando-lhes todos os meios necessários possíveis, para cumprir programas políticos explicitados em textos constitucionais ou de outra natureza legislativa, e agir em conformidade;

- *não-ético e injusto* é promover ou aceitar a cooperação de instituições de serviço comunitário declaradas como tais, em que o investimento até pode não ter retorno, ou de instituições de negócio, legislar a regulamentação das mesmas e conceder ou entregar ao regime de concorrência a execução das tarefas, e intervir depois, directa ou indirectamente, como parte, na concorrência.

Esta situação existe relativamente às empresas de gestão hospitalar, às comparticipações quando está em causa o pagamento a farmácias hospitalares e a certas formas de participação no embaratecimento dos medicamentos.

3.- Quanto à legitimidade:

- *ético e justo* será apresentar durante as campanhas eleitorais projectos e programas políticos que para além da constitucionalidade sejam exequíveis e justos;

- *não-ético e injusto* será seduzir os eleitores com promessas e tentar realizar ou realizar mesmo o contrário do que foi formulado para adquirir o poder, agindo em cada caso sem a colaboração dos interessados competentes ou contra os seus pareceres.

- Ética, justiça e intervenção governativa

A apreciação da matéria heurísticamente recolhida apresenta aspectos que merecem discussão pormenorizada e permite formular algumas conclusões de grande interesse.

Quando o Estado assume os cuidados de saúde substituindo todas as outras formas de prestação de cuidados e se diz interpretar o sentido profundo do povo (da comunidade), a *ética* e a *justiça* terão de encontrar o valor de tal definição nas leis de carácter menos genérico que regulam tal assumpção, ou seja, nas leis parlamentares e nas leis do Governo.

De registar neste aspecto é o contraste entre a simplicidade constitucional e a extrema prolificidade, complexidade e prolixidade das outras leis e das suas alterações, de que deixo registo na *Heurística*, tornando muito difícil a sua qualificação do ponto de vista da *ética* e da *justiça*

Fica pendente a avaliação da competência de quem informa as decisões políticas e refere ter consultado a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Farmacêuticos e a Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica sem ter em conta e sem referir os pareceres então expressos.

Compreende-se que haja uma grande multiplicidade de factores intervenientes em tal estado de coisas (as alterações económicas, a dinâmica política, as mudanças culturais consequentes, o aparecimento de novas doenças e de novos fármacos, etc.), mas não se lhe reconhece uma linha evolutiva definível, porque as determinações socializantes e o incentivo da concorrência e do mercado revezam-se frequentemente. As motivações expressas nas sucessivas modificações verificadas, particularmente as exaradas no período de 1992 a 2000, revelam essas dificuldades.

Por isso, achei melhor apresentar a matéria heurística segundo o critério cronológico.

As leis governamentais

Os problemas estudados nesta dissertação podem ser considerados como um sistema em que se integram os problemas da comunidade. Os elementos do sistema são o Estado, as suas entidades ministeriais e administrativas, as empresas responsáveis pela criação, industrialização e comercialização dos medicamentos, os agentes médicos e os cidadãos em geral.

Ao assumir-se como garantia da *ética* e da *justiça* na aquisição de medicamentos pelos cidadãos, o Estado torna-se parte importante do sistema: - em qualquer das possibilidades, o elemento mais importante. Antes dos problemas que possam surgir na inter-relação dos outros elementos, o Estado é pelo menos o responsável pelo valor legal das formulações dos *princípios da ética* e das *normas de justiça*.

O Estado há-de ser, portanto, o objecto da primeira avaliação da *ética* e da *justiça* na comunidade.

É certo que, com os curtos intervalos que têm os chamado mandatos dos Primeiros Ministros e dos Presidentes da República, a avaliação pode ser considerada como inerência dos resultados das respectivas eleições. Sabendo-se, contudo, do bulício das correspondentes campanhas, do poder psicológico do *marketing* político e das flutuações da considerada criação de opiniões, pode pensar-se que a efectiva *avaliação política* não seja a avaliação que mais interessa às considerações da *ética* e da *justiça*. De facto, a existência de instituições como o *Tribunal Constitucional*, permite colocar este problema.

Os resultados da investigação feita e apresentada permitem pensar que a actividade do Estado nem sempre tem sido *ética* e *justa*, porque a *ética* exige a definição clara das propostas (dos *princípios*), mesmo quando na realidade se fale *na medida do possível*, e na *justiça* se atenta à justa comparticipação para com a justa responsabilidade, admitindo que sempre a penalização pelos actos individuais e institucionais não tem apenas por si os ritos dos tribunais.

Relativamente aos actos médicos, e em primeiro lugar, o carácter discriminatório das determinações para a comparticipação atinge tal grau que parece constituir intervenção no próprio acto médico considerado de um ponto de vista puramente mecânico. Grave é, também, nestas situações a possível participação passiva dos médicos por motivos de comodidade ou por descrença no sistema em que se inserem e mais colaboram.

Depois, aparece na redacção oficial das condições estipuladas uma progressiva fragilização da segurança na confidencialidade dos actos médicos e da relação médico-doente ou doente-médico, que também tem carácter terapêutico, prejudicada pela necessidade de exaustivas comprovações oficiais, pela classificação das patologias para o efeito da comparticipação e pela difusão da informação do receituário (ver *Página 170*).

Note-se, aliás, que as alegadas razões de natureza económica ou financeira pelo seu próprio carácter nunca são afirmadas de modo a excluir outras possíveis razões.

Esta avaliação, que embora tenha em consideração a finalidade da introdução das alterações (por necessidade ou diligência), advém da imprecisão da legislação que se evidencia pela necessidade excessiva das sucessivas emendas verificadas, e levantam suspeitas designadamente de incompetência (ver *Página 166* e *Página 167*). Tem particular importância neste como noutros aspectos o problema geral da introdução dos chamados *genéricos*, não só condicionados pelo agravamento da situação económica da comunidade e pela notória preocupação financeira que muitas vezes aparenta ser exclusiva, sem a declaração dos respectivos termos quantitativos, a preocupação da clareza nas relações com a indústria e o comércio dos medicamentos (a proliferação das ofertas de fornecimentos, etc.), a preocupação da transferência é reiterada no *Compromisso de Eficiência* do XIX Governo (ver *Página 185*), sem a consideração dos agentes farmacêuticos e médicos cujo ânimo é factor importante, como já referi.

Sabendo-se que um produto obtido por síntese química apresentará os contaminantes dos reagentes utilizados na sua preparação, compreende-se que o preço de custo para o fabricante dependa da purificação dos mesmos, processo que pode ser altíssimamente dispendioso. Ora, desses contaminantes podem constar não só substâncias que produzam efeitos indesejáveis mas também substâncias que interfiram com outros princípios activos ou que alterem o tempo de vida do próprio princípio pretendido. As experiências de alguns doentes e de alguns médicos permite reconhecer que isso acontece com alguns dos múltiplos produtos disponíveis que nomeiam o mesmo princípio activo.

Compreende-se que o medicamento original nos seus necessários e imprescindíveis ensaios clínicos tenha revelado as suas qualidades, o que pode não acontecer em produtos comercializados só porque contêm no momento da análise a quantidade da substância nomeada.

Para facilmente correlacionar a legislação com os diferentes governos apresento em anexo as datas das eleições políticas relacionadas com as indicações dos partidos vencedores durante a vigência do SNS (ver *Anexo XVII*).

Os casos particulares mais específicos relativos aos indivíduos como elementos do sistema serão também consideradas na subsequente discussão.

Importa, contudo, apontar como questão da justiça as alegadas medidas propostas para evitar as fraudes, fazendo com que todos os beneficiários sofram prejuízos, isto é, sejam penalizados, pela existência de alguns prevaricadores, sem haver referência à penalizações destes.

Tendo em vista tudo isso, do ponto de vista da ética e da justiça, interessa interrogarmo-nos e formular os seguintes problemas:

- Será *ético* e *justo* que baste a sigla MG (designando *medicamento genérico*) para possibilitar a venda do medicamento com a indicação do laboratório de preparação em grande relevo (que não é necessariamente o produtor) de modo em todo semelhante aos chamados *medicamentos de marca*?

- Será *ético* e *justo* falar de um determinado *genérico* e ter no mercado dezenas de produtos com a mesma designação a preços muitíssimo diferentes?

- Será *ético* e *justo* jogar com o preço para efeitos de comparticipação do Estado no custo de venda do medicamento?

O SNS tem, na sua própria criação, para além da intrínseca disposição da tutela, os propósitos da regulação, controlo e possível resolução de todos os problemas da saúde individual e comunitária do povo português. Para o efeito dispõe dos meios necessários que adaptou, tomando os antecedentes, ou criou de novo: os hospitais, os centros de saúde, os dispensários, os centros de recuperação, etc., e do pessoal próprio com carreiras definidas.

A lei não deixa de autorizar o governo a intervir (directamente) em tudo quanto diz respeito à saúde e não limita as condições de intervenção. Admite, porém, a existência dos modos tradicionais do exercício da medicina reservando para os serviços estatais todo o tipo de intervenção.

Sem deixar de condenar toda a acção que favoreça o aparecimento de estigmas, a medicina reconhece a importância da relação *médico-doente* como meio terapêutico o que,

para além do respeito que é devido ao *acto médico*, tem tanto mais interesse quanto na época corrente os psicotrópicos são usados com uma frequência não-ética. Por isso,

- *ético* é manter as comparticipações quando se trata de cuidados prestados através de subsistemas de saúde, mesmo que seja por recurso a acordos institucionais justos;

- *não-ético* é recusar a comparticipação e o possível acordo.

Pelas mesmas razões,

- *ético* é proporcionar ao doente a escolha do médico e do local de consulta e tratamento;

- *não-ético* é tratar o ser humano, doente ou não, como simples *utente*.

Pelas mesmas razões,

- *ético e justo* será manter com igualdade legal de tratamento a convivência das actividades de cuidados de saúde de carácter público e as de carácter privado;

- *não ético e injusto* é legislar de forma unilateral sem a participação de delegados profissionais competentes das actividades privadas como tais, e proceder de modo a que a legislação possa ser conhecida muitas vezes pelos doentes antes do seu conhecimento pelos médicos.

Muitas vezes a clínica privada é ainda considerada erradamente como clínica de ricos e a clínica estatal como clínica de pobres. Por isso,

- *ético e justo* foi atribuir a comparticipação do Estado às receitas passadas na clínica particular, o que aconteceu em 1984 ⁽⁷⁶⁾ desde que em modelo de receita própria ⁽²⁷⁸⁾;

- *não-ético e injusto* é reservar a participação nos exames complementares apenas para a clínica estatal e para a clínica convencionada.

Na mesma linha de considerações deve ser discutida a nova forma de prestação de cuidados de saúde nos chamados hospitais privados:

- *ético e justo* que ao trabalho médico em si mesmo seja reconhecido valor independentemente do lugar em que decorre;

- *não-ético e injusto* é que a participação do doente nas despesas de assistência numa instituição privada seja minimizada pelo abaixamento do preço da consulta e de outros serviços, mesmo que também da quota institucional, e a entidade empregadora

receba compensações por outras vias, designadamente pelo conjunto dos exames complementares realizados.

Sabendo-se que é um *dever* defender e conservar a saúde,

- é *ético e justo* instituir contribuições, ocasionalmente a cem por cento, em casos de doenças em que é possível o equilíbrio biológico com o tratamento adequado, como acontece com a diabetes e com certas perturbações cardiovasculares;

- é *não-ético e injusto* excluir das comparticipação, muitas vezes por ignorância, o tratamento de possíveis formas iniciais de doenças graves e o de doenças tidas por menores, que podem ser tratadas como prevenção de doenças maiores, o que, por exemplo, acontece com a obesidade e, de um modo geral, com o síndrome metabólico e com as doenças que cursam com a hipertensão.

Pela mesma razão,

- é *ético e justo* que o tratamento de todas as doenças crónicas tenha comparticipação nas despesas;

- é *não ético e injusto* excluir da comparticipação certas doenças agudas ou crónicas, incapacitantes ou progressivas ou limitá-la a consultas médicas de especialidade quando o facto acarreta demora, dispêndio, perda de privacidade ou mesmo declaração de condenação, como, por exemplo, as doenças que cursam com a hiperactividade infantil e a doença de Alzheimer.

As doenças podem ter causas exógenas e endógenas.

Cada ser humano consciente, pela consciência de si e da sua comunidade, tem certamente a responsabilidade de zelar pela sua própria saúde, não só relativamente ao cuidado de evitar os factores exteriores que o possam ameaçar mas também relativamente aos factores internos que o possam perturbar. Daniel Serrão ensina-nos que *o adoecer é um acontecimento pessoal e biográfico* e assim formaliza o que disse.

A comunidade responde por quem ainda não tem consciência, por quem não a pode ter e por quem a perdeu.

Assim se compreende que a comparticipação no custo dos medicamentos possa ser para além de uma ajuda material no caso da existência de carência também uma

demonstração de presença espiritual em todos os casos. A disponibilização a 100 % pelo SNS podendo alertar para a universal necessidade do cuidado e do tratamento em doenças que pelo seu carácter os necessitem, só em casos excepcionais de penúria se deve verificar noutros casos. Sendo assim pode dizer-se que:

- *é ético e justo* que a gravidade das doenças seja assinalada e que na impossibilidade da comparticipação do doente a saúde seja assegurada ao indivíduo;

- *não é ético e é injusto* que a responsabilidade pessoal para com a saúde própria seja iludida por uma concessão do medicamento a 100 %.

Sendo da competência do Estado intervir na comercialização e na fixação do preço dos medicamentos com vista a embaratecê-los e a diminuir o custo com a correspondente comparticipação,

- *é ético e justo* que o medicamento dito genérico apareça na receita pelo nome da substância activa, como é exigido ao médico na respectiva prescrição;

- *é não ético e injusto* que em vez de embalagens com formas e doses adequadas das substâncias controladas pelos serviços oficiais relativamente à qualidade, com números de unidades convenientes, apareçam no mercado e a preços diferentes dezenas de produtos com as marcas dos respectivos laboratórios pondo em dúvida, senão a qualidade da dita substância activa, a possibilidade de ter contaminantes, pela utilização de reagentes menos purificados na sua preparação, portanto mais baratos, mas com efeitos imprevisíveis.

Este poderá ter sido um dos factores mais graves relativamente à deseducação para a cultura da saúde e para o desenvolvimento da educação sanitária do povo, proposto pela Constituição [Artigo 64º., parágrafo 2, alínea b)]⁽⁶⁵⁾.

No mesmo sentido tem actuado a complexidade das leis referentes aos medicamentos e à sua comparticipação, resultante da sua multiplicidade e da não reformulação num único texto simples. A descrição das disposições legais, sempre dispersas pela sobreposição que foi sendo feita, torna-se monótona e talvez penosa para quem lê, mas é necessária para a avaliação de alguns dos seus efeitos que não são

insignificantes. Por isso a inerente complexidade do seu registo heurístico nesta dissertação.

São muitas as alterações feitas no regime de comparticipação (72, 76, 78, 84, 87, 88, 92, 98, 147, 174, 185, 191, 235, 237, 240), e é grande a prolixidade das medidas e a desorientação dos farmacêuticos, dos médicos e dos chamados *utentes* – com o conseqüente desinteresse pela participação na reforma da mentalidade. Por isso,

- é *ético* e *justo* modificar os preços dos medicamentos e o regime de comparticipações na medida do possível,

- é *não ético* e *injusto* manter dificuldades na coordenação dos textos, possibilitando o seu aproveitamento comercial.

Problema diferente é o das *relações pessoais* na procura dos cuidados médicos e nos processos de atender, seguir e conhecer o prognóstico das doenças, que não faz parte do tema deste estudo, mas que o pressupõe. Por isso apenas o registo, uma vez que todos têm direito à protecção da sua saúde (Artigo 64.º, parágrafo1) ⁽⁶⁵⁾ e ao suposto tratamento, incluindo a medicação, entendendo-se por *saúde* o que ficou apontado, implicado está o problema e, portanto, o benefício da comparticipação surge também. Neste sentido,

- é *ético* e *justo* possibilitar o mais amplo atendimento livre dos cidadãos,

- é *não-ético* e *injusto* possibilitar o devassamento do que seja considerado privado.

No registo heurístico verifica-se que o controlo das situações em causa feito pelo MS ou serviços associados foi sendo cada vez maior. As disposições adoptadas no período de 2000 a 2002 ^(111, 113-116) são elucidativas ⁸⁸. Nesse sentido verifica-se também que a possibilidade de reduzir as despesas foi sendo tida em conta, mas que os efeitos perniciosos foram sendo possibilitados, pela progressiva anulação da privacidade.

⁸⁸ Redefinição das políticas referentes aos medicamentos, nomeadamente aos medicamentos genéricos; actualização e aperfeiçoamento do regime jurídico vigente; ajustamento do reforço da comparticipação do Estado no custo dos medicamentos genéricos; ajuste do dimensionamento das embalagens de medicamentos; correcções da redacção do estipulado na lei; prescrição de medicamentos por meio da indicação da respectiva DCI ou do nome genérico; reconhecimento da liberdade do utente para, no acto da dispensa dos medicamentos prescritos, poder optar por outro medicamento que não o prescrito desde que cumprindo a orientação terapêutica adequada e se sem impedimento expresso do médico prescriptor; implementação de modelo único de prescrição, passível de adaptação ao formato integralmente electrónico.

Infere-se também que a louvável preocupação com a despesa e com a economia não é seguida, no mesmo patamar de preocupação, na declaração de intenções e nos efeitos, às preocupações com a *ética* e a *justiça* – na expressão das motivações, pelo menos quanto aos diplomas analisados - e, muito menos, na necessidade nacional de ultrapassagem do atraso estrutural que ainda separa Portugal do centro da União Europeia ⁽²⁷⁹⁻²⁸⁴⁾ (ver *Anexo XI, Anexo XII, Anexo XIII, Anexo XIV, Anexo XV e Anexo XVI*).

Estando referenciadas a multiplicidade dos intervenientes ⁸⁹ e a multiplicidades das instâncias ⁹⁰ no âmbito da consideração das comparticipações, é possível afirmar que:

- é *ético* e *justo* obter o consenso para o melhor benefício,
- é *não-ético* e *injusto* considerar separadamente os elementos desse conjunto sem os congregar conjuntamente, com regularidade.

Merece particular atenção a actividade farmacêutica sobre que recai entre outras funções, o atendimento do público nem sempre esclarecido sobre os problemas da terapêutica medicamentosa, a tarefa da apresentação das possibilidades de escolha dos chamados *genéricos* e a obrigação de satisfazer a escolha do cliente. Contudo, será possível a uma farmácia ter presentes todas as suas formas comerciais? São exemplos os casos das estatinas de que existem dezenas de apresentações [mais de 600: 229 de atorvastatina, 152 de sinvastatina (ver *Tabela 18*)], dos anti-hipertensores [mais de 500 de inibidores da enzima de conversão da angiotensina, 57 de lisinopril, 63 de perindopril + indapamida, 99 de ramipril (ver *Tabela 19*)], de anti-depressivos [mais de 650, 246 de escitalopram, 93 de sertalina, 105 de venlafaxina (ver *Tabela 20*)], etc..

⁸⁹ INFARMED, Ordem dos Médicos, Ordem dos Farmacêuticos, Ordem dos Médicos Dentistas, Associação Nacional das Farmácias, Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, Associação Portuguesa do Consumidor.

⁹⁰ Conselho Nacional do Consumo, Ordem dos Médicos, Ordem dos Farmacêuticos, Ordem dos Médicos Dentistas, Associação Nacional das Farmácias, Associação de Farmácias de Portugal, Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, Instituto Nacional da Propriedade Industrial, Associação Portuguesa de Empresas de Distribuição, Agência Portuguesa para o Investimento, Associação Portuguesa das Empresas Químicas, Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal, Associação Portuguesa de Alimentação Racional e Dietética, Associação Portuguesa das Empresas de Dispositivos Médicos, Associação Portuguesa de Genéricos, Associação Portuguesa das Empresas de Publicidade e Comunicação, Plataforma Saúde em Diálogo, Comissão Nacional de Protecção de Dados.

Tabela 18

Antidislipídicos	Total disponível no mercado	Total Medicamentos comerciais	Total Medicamentos genéricos
<i>Estatinas</i>			
Atorvastatina	229	24	205
Fluvastatina	48	9	39
Lovastatina	17	2	15
Pitavastatina	6	6	0
Pravastatina	84	6	78
Rosuvastatina	75	11	64
Sinvastatina	152	21	131

Tabela 18.: Apresentações de estatinas no mercado (inclui todas as formas farmacêuticas e todas as dosagens disponíveis no mercado); conforme informação disponibilizada pelo INFARMED / Infomed em Maio de 2015.

A Comissão Europeia reconhece a necessidade de políticas de preços e de reembolso que assegurem, entre outros, o controlo das despesas farmacêuticas para os estados-membros. Nesse contexto, reconhece que os *medicamentos genéricos facultam a oportunidade de obter tratamentos análogos a preços mais baixos para os pacientes e os organismos de pagamento, libertando simultaneamente os orçamentos para o financiamento de novos medicamentos inovadores* ⁽²⁸⁵⁾. Reconhecido por muitos dos estados-membros, os *medicamentos genéricos desempenham um papel importante na redução das despesas com a saúde, no âmbito de cada prática nacional de prescrição e reembolso, e a concorrência com produtos não patenteados possibilita um tratamento sustentado de um maior número de pacientes, com menos recursos financeiros* ⁽²⁸⁵⁾. *As economias geradas desta forma garantem uma margem financeira para a produção de medicamentos inovadores* ⁽²⁸⁵⁾. *Por esta razão, todos os agentes do sector devem garantir a entrada no mercado de produtos genéricos, após expiração das patentes e respectivos mecanismos de exclusividade, bem como uma concorrência efectiva desses produtos* ⁽²⁸⁵⁾.

Neste sentido,

- é ético e justo constituir um mercado do medicamento com diversos fornecedores e várias hipóteses possíveis de escolha de modo a permitir a melhor escolha no fornecimento do medicamento e a *melhor* prestação na saúde;

Tabela 19

Anti-hipertensores	Total disponível no mercado	Total Medicamentos comerciais	Total Medicamentos genéricos
<i>Inibidores da enzima de conversão da angiotensina</i>			
Captopril	34	7	27
Captopril + Hidroclorotiazida	3	1	2
Cilazapril	11	3	8
Cilazapril + Hidroclorotiazida	4	1	3
Enalapril	35	11	24
Enalapril + Hidroclorotiazida	20	2	18
Enalapril + Lercanidipina	16	6	10
Enalapril + Nitrendipina	1	1	0
Fosinopril	10	1	9
Fosinopril + Hidroclorotiazida	3	1	2
Imidapril	3	3	0
Lisinopril	57	9	48
Lisinopril + Amlodipina	7	7	0
Lisinopril + Hidroclorotiazida	20	4	16
Perindopril	53	6	47
Perindopril + Amlodipina	21	21	0
Perindopril + Indapamida	63	17	46
Quinapril	6	3	3
Quinapril + Hidroclorotiazida	1	1	0
Felodipina + Ramipril	2	2	0
Ramipril	99	7	92
Ramipril + Hidroclorotiazida	17	2	15
Ácido acetilsalisílico + Atorvastatina + Ramipril	3	3	0
Trandolapril	11	4	7
Zofenopril	9	8	1
Zofenopril + Hidroclorotiazida	2	2	0

Tabela 19.: Apresentações de inibidores da enzima de conversão da angiotensina no mercado (inclui todas as formas farmacêuticas e todas as dosagens disponíveis no mercado); conforme informação disponibilizada pelo INFARMED / Infomed em Maio de 2015.

Tabela 20

Antidepressivos	Total disponível no mercado	Total Medicamentos comerciais	Total Medicamentos genéricos
<i>Tricíclicos</i>			
Amitrítilina	7	7	0
Clomipramina	4	4	0
Dosulepina	1	1	0
Imipramina	2	2	0
Maprotilina	6	3	3
Mianserina	1	1	0
Mirtazapina	9	4	93
Nortriptilina	2	2	0
Reboxetina	1	1	0
Trazodona	18	7	11
Trimipramina	2	2	0
<i>Inibidores da monoaminoxidase do tipo A</i>			
Moclobemida	5	2	3
Pirlindol	1	1	0
<i>Inibidores selectivos de recaptção da serotonina</i>			
Citalopram	32	0	32
Escitalopram	246	19	227
Fluoxetina	39	5	34
Fluvoxamina	6	2	4
Paroxetina	38	7	31
Sertralina	93	3	90
<i>Inibidores selectivos da recaptção da serotonina e da noradrenalina (ISRSN)</i>			
Duloxetina	28	10	18
Milnaciprano	2	2	0
Venlafaxina	105	27	78
<i>Agonistas dos receptores da melatonina</i>			
Agomelatina	2	2	0
<i>Outros</i>			
Bupropiom	6	4	2
Tianeptina	5	1	4
Vortioxetina	5	5	0

Tabela 20.: Apresentações dos antidepressivos no mercado (inclui todas as formas farmacêuticas e todas as dosagens disponíveis no mercado); conforme informação disponibilizada pelo INFARMED / Infomed em Maio de 2015.

- é não-ético e injusto permitir um mercado que introduza no sector da saúde uma concorrência comercial incontrolável, obrigue as farmácias à disponibilização de um *stock*

de medicamentos não praticável, permita ao doente (muitas vezes não familiarizado com os problemas a resolver ou com conhecimentos insuficientes e não esclarecidos na área da saúde) a opção livre da selecção do medicamento pretendido, quer por ser mais barato, pela denominação do respectivo laboratório produtor, quer por outras razões, com a garantia segura das qualidades farmacológicas, e contribua para criar a desconfiança entre os profissionais de saúde e os doentes / utentes dos SNS.

A instalação, abertura e funcionamento ininterrupto de farmácias para dispensa de medicamentos ao público geral nos hospitais do SNS com serviços de urgência, através de simples alterações legislativas justificadas pela ilusória melhoria da acessibilidade dos cidadãos à dispensa de medicamentos, veio a verificar-se um fracasso e a ser motivo de contracção de dívidas elevadas, não beneficiando nem os utentes nem o SNS. Mais simples, e correcto, teria sido o fornecimento pelo hospital de atendimento, no acto da alta hospitalar, da medicação para as 24-48 h seguintes, permitindo ao utente ser atendido na farmácia comunitária habitual, e ser seguido no centro de saúde habitual com claro conhecimento da história clínica do doente. O proclamado horário de abertura de 24 sobre 24 h, todos os dias do ano é, também, uma justificação enganosa, dado que as farmácias comunitárias dispõem deste serviço. O seu encerramento progressivo tem sido um acto acertado.

Segundo um relatório elaborado pelo Centro de Estudos de Gestão e Economia Aplicada da Universidade Católica, na actividade das farmácias, detentoras de enorme importância em termos de saúde pública e muito significativa importância económica, verificou-se, em 2005, que *as vendas de medicamentos ultrapassaram os 3,6 mil milhões de euros, sendo que mais de 80 %, cerca de 3,1 mil milhões de euros, corresponderam a vendas nas farmácias portuguesas* ⁽²⁸⁶⁾. *Este elevado volume de vendas distribui-se por um igualmente elevado número de pequenas e médias empresas independentes (2 663 farmácias), empregando (cada uma), em média, cinco pessoas, duas das quais farmacêuticos, e tendo um volume de negócios da ordem dos 1,2 milhões de euros* ⁽²⁸⁶⁾. O número de habitantes por farmácia rondava, em Portugal e em 2005, os 3 800, tendo um rácio de habitantes por farmácia consideravelmente mais reduzido do que na Bélgica, na

Espanha e na Irlanda, um valor semelhante na Alemanha, e um valor mais elevado do que no Reino Unido e na Holanda ⁽²⁸⁶⁾. Embora o número e a distribuição geográfica destes estabelecimentos sejam fortemente condicionados pelas normas que regulam a abertura de novas farmácias, existia, em 2005, *pelo menos, uma farmácia em cada concelho do país, situando-se cerca de 40 % das farmácias nos distritos de Lisboa e Porto.*

A opção política, do XVII Governo Constitucional, de alargar a propriedade das farmácias a não farmacêuticos, permitindo a exploração da farmácia a sociedades comerciais, independentemente da sua titularidade por farmacêuticos, revela a intenção de intensificar a *comercialização* do sector farmacêutico, sem a clara intenção da cobertura do país com a proximidade da farmácia, como se de um outro simples negócio habitual se possa tratar, e constitui um ponto de partida não recomendável para uma área onde não são imediatos os ganhos de natureza financeira.

Mesmo com a audição, a título facultativo, da Ordem dos Farmacêuticos, da Ordem dos Médicos, da Associação Nacional das Farmácias, da Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, do Sindicato Nacional dos Farmacêuticos, da Associação das Farmácias de Portugal, da Associação Nacional dos Técnicos de Farmácia e da Associação Portuguesa dos Farmacêuticos Hospitalares, foram implementadas farmácias comunitárias nos espaços dos hospitais do SNS de que já falei. Neste sentido, devo apontar que

- *é ético e justo* facilitar o acesso ao medicamento;

- *é não-ético e é injusto* promover a instalação e proliferação de grupos particulares com interesses financeiros nos espaços do SNS, podendo prejudicar economicamente o SNS, criando situações ambíguas no conjunto dos agentes da saúde, e pondo em risco a sua viabilização e a sustentabilidade do próprio SNS.

A pormenorização monótona que tenho feito nesta matéria pode parecer excessiva, mas penso que os problemas deste tipo de problemas da comunidade devem ser esclarecidos, tal como deve ser lembrado que os aspectos da *ética* e da *justiça* valem diferentemente do que valem os aspectos financeiros.

A necessidade de ser revista a legislação específica existente sobre publicitação e propaganda de medicamentos, como referido na *Heurística*, reforça este parecer.

A grande importância do aspecto financeiro é quase sempre abordada e tratada prioritariamente em relação aos aspectos da ética e da justiça, algumas vezes referenciados mas sempre menos evidenciadas. Paulo Varela, no seu trabalho intitulado *SNS – serviços mínimos ou para um mínimo de cidadãos?*, refere a problemática da *disponibilidade orçamental para reforço do SNS, com necessidade de opções de aplicação dos dinheiros públicos em Saúde*, sob o risco da insustentabilidade do mesmo ⁽²⁸⁷⁾. Para além de concluir que os serviços de saúde *não são gratuitos para ninguém* porque é feito o pré-pagamento, via fiscal (sistema *beveridgiano*, pago por todos os cidadãos em cada transação económica que se faz através da colecta de impostos), equaciona as problemáticas da *ética* e da *justiça*, ao referir a *injustiça fiscal de negar as mesmas condições de acesso aos cidadãos que na verdade sustentam a acção social do Estado*, pela geração de riqueza e, conseqüentemente, maior participação nos impostos cobrados, *em relações aos que pouco descontam* ⁽²⁸⁷⁾. *A orientação do SNS para os desfavorecidos torna-o exclusivista, no pior sentido, um serviço de segunda categoria, puxando-o para baixo, aumentando a desconfiança em relação à qualidade dos cuidados e favorecendo os grandes grupos económicos que têm investido na Saúde que, fruto da concorrência e elevadas expectativas dos estratos sócio-económicos mais elevados, criariam um outro sistema noutra patamar, de superior qualidade* ⁽²⁸⁷⁾.

A *justiça* deve ser, portanto, avaliada, e deve ser esclarecido que a despesa é paga por todos quantos contribuem para o Estado.

- Equidade de acesso ao medicamento, qualidade do cidadão e participação nos medicamentos

A pretensão de um sistema de participação do medicamento direccionado no sentido de obter *melhor equidade e mais valor para todos os cidadãos*, é tema contemplado nos diversos programas de Governo Constitucional.

No seguimento do já abordado nesta discussão, é possível prever as situações em que os problemas de natureza *ética* e de *justiça* aparecem. Ao ser permitida a existência de dois regimes de comparticipação, o *regime geral* e o *regime especial*, surgem, logo à partida, questões relacionadas com *facilidades diferentes* no acesso ao medicamento, e *questões éticas* complexas relacionadas com a *qualificação* do cidadão, que necessariamente tem de comprovar a sua qualidade, nem sempre real, de beneficiário de regime *especial* de comparticipação, o que nem sempre é fácil.

Além disso, a existência de diversas formas para um mesmo produto terapêutico, levanta questões várias, incluindo a natureza dos interesses em causa, os problemas do ponto de vista do doente e o dos outros intervenientes.

É possível pois, afirmar que a *equidade* e a *justiça* na comparticipação de medicamentos podem apresentar *incoerências éticas e sociais*.

É possível concluir, relacionando ainda *ética* e *justiça*, ser necessária a pedagogia para a profilaxia da degenerescência.

Conforme referido na *Heurística* deste trabalho, o alegado aumento do consumo abusivo de medicamentos e a verificada fraude conduziram, entre outras razões, à *necessidade* da implementação de cobrança de um valor sobre o medicamento. As taxas iniciais, fixas, cobradas ao utente por cada medicamento e o abuso das condições de facilitação no acesso ao medicamento levaram, progressivamente, à alteração das regras, permitindo a prestação fixa do Estado, sob a forma de um escalão de comparticipação, no custo do medicamento e participações variáveis ao utilizador do medicamento.

Os aspectos *éticos* e de *justiça* da discriminação dos beneficiários ficam apontados.

- Ética, justiça e boas práticas gerais

As alterações legislativas verificadas ao longo dos anos ^(85, 101, 118), permitiram a passagem de especialidades farmacêuticas já existentes no mercado para a categoria de medicamentos genéricos. Para tanto, as especialidades farmacêuticas deveriam obedecer a

certos requisitos legais e deveria ser comprovada a redução de gastos para o Estado e para os utentes ^(85, 88, 101, 118, 119).

A ligeireza com que se ultrapassaram os condicionalismos legais e se tornou atractivo o mercado dos medicamentos genéricos, motivou que os respectivos titulares das AIM requeressem a passagem dos medicamentos de marca para a categoria de medicamentos genéricos.

No mercado dos medicamentos acentuaram-se dois sentidos principais: o dos medicamentos *genéricos* e o dos medicamentos *inovadores* ⁽¹¹⁹⁾. Para tanto bastou que fosse legalmente verificado o cumprimento das boas práticas de fabrico e, no caso dos medicamentos genéricos, a comprovação da bioequivalência ⁽¹¹⁹⁾.

Mais uma vez se pode concluir que o interesse financeiro se sobrepôs às questões *éticas* e de *justiça*. A autorização de transferência de especialidades farmacêuticas, já existentes no mercado, de acordo com as exigências legais, para o sector dos medicamentos genéricos, apareceu como uma forma de aparente promoção de *maior acessibilidade* do cidadão ao medicamento genérico e, de modo muito objectivo e evidente, de *racionalizar* a utilização dos recursos disponíveis.

Esta conclusão é tão clara quanto a intromissão do Estado na actividade farmacêutica, como aconteceu em 2005, quando foi dada autorização, pela Assembleia da República, para alterar o Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos com o objectivo de se permitir a *distribuição de MNSRM fora das farmácias*.

A consideração de que alguns medicamentos para uso humano podem ser comercializados fora das farmácias vem reforçar a natureza comercial e o objectivo do lucro num mercado que devia ser desenvolvido primariamente para o bem da saúde do cidadão.

As regras de formação de preços dos medicamentos, ajustadas ao longo do tempo, reflectem a necessidade da contenção de custos, de acordo com os compromissos assumidos perante o FMI e os acordos estabelecidos com os restantes parceiros europeus, numa política chamada comunitária, de forte cariz económico-financeiro mais do que social, como se tem vindo a verificar.

Os critérios políticos dos preços e a presunção da qualidade do medicamento parecem estar assegurados desde que se verifiquem a concordância do preço do medicamento com o regime de fixação de preços, a concordância com a simplificação dos processos administrativos para AIM do medicamento e a concordância da avaliação e reavaliação da comparticipação dos medicamentos, segundo critérios de natureza técnico-científica, face às alternativas disponíveis.

O peso do critério financeiro neste sector evidencia-se pela ⁽²³⁶⁾:

- possibilidade de um benefício adicional concedido às farmácias pela dispensa de medicamentos genéricos, de entre os quais os mais baratos,

- adesão a programas de saúde pública, com a finalidade da redução da despesa do SNS e dos utentes com medicamentos, através do aumento da quota de medicamentos genéricos comparticipados pelo SNS.

Os critérios da medicina revelam que a comparticipação do Estado no custo do medicamento se rege pela *indicação terapêutica* do medicamento, sendo retirada no caso do medicamento ser prescrito para outro fim terapêutico que não o vigente à data da autorização de comparticipação.

Relativamente às instruções a fornecer ao doente na bula que se inclui na embalagem do medicamento, sabendo-se, também, que a comparticipação pode depender da indicação do medicamento,

- é *ético e justo* chamar a atenção para a eventual explicação que o médico deva dar do mecanismo de acção da substância activa;

- é *não-ético e injusto* classificá-lo pelas indicações terapêuticas particulares.

A burocratização das indicações convida o médico à utilização protocolar e à dispensa do conhecimento da farmacologia e da patologia ou à recusa da sua explicação.

- Taxas de comparticipação, comparticipações e procriação; comparticipações e negligência

Nas relações da *justiça* com a *ética*, assumem particular importância os problemas da relação da taxa de comparticipação com a diversidade das situações económicas das diferentes pessoas, e os casos da comparticipação nas situações médicas relacionadas com a procriação e com o adoecer por negligência, relativamente ao dever de defender e promover a saúde, como considerarei adiante.

Taxas de comparticipação

Em 1976, a Constituição referia que o SNS contribuiria para realizar o *direito de protecção à saúde*, sendo *universal, geral e gratuito* ⁽⁶⁵⁾. No seu Artigo 1º., declarava que Portugal é uma República soberana, baseada na *dignidade da pessoa humana* e na *vontade popular* e empenhada na sua *transformação numa sociedade sem classes* ⁽⁶⁵⁾.

Declarava-se que todos os cidadãos seriam considerados igualmente e, portanto, também assim relativamente à aquisição dos medicamentos necessários aos seus tratamentos médicos.

Na sua revisão de 1989, o SNS aparece institucionalizado com a finalidade de ser *universal e geral*, tendo, porém, em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, e *tendencialmente gratuito* ⁽²⁷⁷⁾.

Então, o Artigo 1º. aparece com a redacção que se mantém ainda: Portugal é uma República soberana, baseada na *dignidade da pessoa humana* e na *vontade popular* e empenhada na *construção de uma sociedade livre, justa e solidária* ^(277, 288).

Compreende-se, agora, que a comparticipação seja regulada segundo *as possibilidades* de cada um. Contudo, sendo Portugal uma República em que se prevêm condições económicas e sociais diferentes, e sendo os impostos, dependentes principalmente do trabalho, a única fonte de receita, pode parecer *injusto* que quem mais paga ou quem mais trabalha menor ajuda tenha, e não deixará de ser *ético* que cada um

pague (ou tenha participação) segundo as suas possibilidades. Nesta perspectiva, contudo dois problemas ficam por resolver: *o primeiro* será o da quantificação do trabalho, da natureza do mesmo e do valor acrescentado, e *o segundo* o da mensuração das condições para o realizar. A Constituição legisla mas não define. São evocadas as noções de trabalho ^{91 92}, valor acrescentado, rendimento ^{93 94 95 96} e cultura ^{97 98} e, são previstas as condições económicas e sociais, que não define, não prevê as condições culturais prévias,

⁹¹ Artigo 47º. - *Liberdade de escolha de profissão e acesso à função pública:*

1. Todos têm o direito de escolher livremente a profissão ou o género de trabalho, salvas as restrições legais impostas pelo interesse colectivo ou inerentes à sua própria capacidade.
2. Todos os cidadãos têm o direito de acesso à função pública, em condições de igualdade e liberdade, em regra por via de concurso.

⁹² Artigo 58º. - *Direito ao trabalho:*

1. Todos têm direito ao trabalho.
2. Para assegurar o direito ao trabalho, incumbe ao Estado promover: a) A execução de políticas de pleno emprego; b) A igualdade de oportunidades na escolha da profissão ou género de trabalho e condições para que não seja vedado ou limitado, em função do sexo, o acesso a quaisquer cargos, trabalho ou categorias profissionais; c) A formação cultural e técnica e a valorização profissional dos trabalhadores.

⁹³ Artigo 65º. - *Habitação e urbanismo:*

3. O Estado adoptará uma política tendente a estabelecer um sistema de renda compatível com o rendimento familiar e de acesso à habitação própria.

⁹⁴ Artigo 81º. - *Incumbências prioritárias do Estado:*

Incumbe prioritariamente ao Estado no âmbito económico e social:

- b) Promover a justiça social, assegurar a igualdade de oportunidades e operar as necessárias correcções das desigualdades na distribuição da riqueza e do rendimento, nomeadamente através da política fiscal;

⁹⁵ Artigo 103º. - *Sistema fiscal:*

1. O sistema fiscal visa a satisfação das necessidades financeiras do Estado e outras entidades públicas e uma repartição justa dos rendimentos e da riqueza.

⁹⁶ Artigo 104º. - *Impostos:*

1. O imposto sobre o rendimento pessoal visa a diminuição das desigualdades e será único e progressivo, tendo em conta as necessidades e os rendimentos do agregado familiar.

⁹⁷ Artigo 2º. - *Estado de direito democrático:*

A República Portuguesa é um Estado de direito democrático, baseado na soberania popular, no pluralismo de expressão e organização política democráticas, no respeito e na garantia de efectivação dos direitos e liberdades fundamentais e na separação e interdependência de poderes, visando a realização da democracia económica, social e cultural e o aprofundamento da democracia participativa.

⁹⁸ Artigo 9º. - *Tarefas fundamentais do Estado:*

São tarefas fundamentais do Estado: a) Garantir a independência nacional e criar as condições políticas, económicas, sociais e culturais que a promovam;

d) Promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo e a igualdade real entre os portugueses, bem como a efectivação dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais, mediante a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais;

e) Proteger e valorizar o património cultural do povo português, defender a natureza e o ambiente, preservar os recursos naturais e assegurar um correcto ordenamento do território;

f) Assegurar o ensino e a valorização permanente, defender o uso e promover a difusão internacional da língua portuguesa.

mas tão só a sua criação simultânea com a criação de condições económicas, sociais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice como parte da realização do direito de protecção à saúde [Artigo 64º., parágrafo 2, alínea b)] ^(277, 288).

Há, de facto, a não consideração, por desconhecimento ou não, das condições que possibilitam a autêntica criação de riqueza, sempre associada à *descoberta* e à *invenção*. Geralmente os deputados e os ministros sabem o que é ciência aplicada, mas não sabem bem o que é ciência. Trata-se, na verdade, de actividades que podem ser fomentadas, mas que não têm a garantia imediata que o primarismo intelectual exige para concessão de investimento, que primariamente há-de ser humano, e que se não resolvem com estatuto concedido a nenhuma nomenclatura que mais enriquece e fortaleça a *classe política*, como a experiência alheia tem mostrado. Creio que num país dominado por complexos psicológicos enormes, como os que existem em Portugal, este será o segredo do empobrecimento actual, sendo evidente o seu reflexo sobre a comunidade. Sabe-se o que está a acontecer com as universidades e com a escolha que os mais dotados vão fazendo quando se encontram em condições de ganhar o seu sustento.

A condição dos desfavorecidos

Nos vários ajustes dos regimes de comparticipação foi considerada sempre a condição dos *mais desfavorecidos*. Entre estes contam-se não só os reformados, mas todos os pensionistas com rendimentos escassos. Não se incluem apenas aqueles que, após anos de trabalho e obrigatória contribuição para a riqueza nacional, participaram do desenvolvimento do país e, por motivos de idade, doença, acidente, ou outra, auferem legitimamente uma pensão. Incluem-se também os cidadãos detentores de um rendimento de sobrevivência, muitas vezes atribuído sem estudo suficiente.

A evolução crescente do número de pensionistas em Portugal é evidente, reflectindo um problema social relevante. Em 2013, o número de pensionistas de invalidez e velhice do regime geral da Segurança Social com pensões inferiores ao salário mínimo

nacional (em euros) em Portugal era já de 1 502 290 indivíduos, e o número de indivíduos com pensão de sobrevivência era de 715 812, englobando um total de 3 001 520 de cidadãos velhos (2 018 828), inválidos (266 880) e com necessidades na sobrevivência (715 812) ⁽²⁸⁹⁾.

Os cidadãos que podem beneficiar do *regime especial* de comparticipação de medicamentos são os pensionistas cujo rendimento total anual seja igual ou inferior a catorze vezes a retribuição mínima mensal garantida em vigor no ano civil transacto ou catorze vezes o valor do indexante dos apoios sociais em vigor, quando este ultrapassar aquele montante ⁽²⁰⁵⁾. Para tal devem apresentar, pessoalmente ou por carta registada com aviso de receção, o documento comprovativo da sua qualidade de pensionista (fotocópia do cartão de pensionista) e o comprovativo dos rendimentos de pensões obtidos no ano transacto no centro de saúde onde se encontram inscritos, até ao dia 31 de Março de cada ano.

No âmbito de um contexto global de crise económica e financeira nacional e internacional, é *justo* e é *ético* que o Estado apoie os cidadãos nas suas dificuldades e promova a economia e o emprego no país pelo qual é responsável. Através do *PEC 2010-2013*, o Governo pretendeu aplicar um conjunto significativo de políticas indispensáveis para alcançar esses objectivos ⁽²⁰³⁾. Fizeram parte integrante desse conjunto de medidas, a redefinição das condições de acesso aos apoios sociais. O acesso às prestações sociais não contributivas tomou como referência a prestação social de combate à pobreza, o complemento solidário para idosos, criado em 2006, por ser a prestação com condições de acesso mais exigentes e à qual foram associadas rigorosas condições de verificação ⁽²⁰³⁾. Considerando que o acesso às prestações não contributivas por parte da população mais idosa era já bastante exigente, importava generalizar aos restantes estratos da população o rigor no acesso aos apoios sociais públicos, centrado em aspectos fundamentais na verificação da condição de recursos, independentemente dos apoios públicos em causa, assente em três pontos distintos: o conceito de *agregado familiar* (com uma tendência de aproximação ao conceito de agregado doméstico privado), o *rendimento* (a totalidade dos proventos, incluindo designadamente a consideração de apoios em espécie, como os apoios ao nível da habitação social, assim como a consideração dos rendimentos financeiros e da

respectiva situação patrimonial), e a referência a uma *capitação entre as definidas pela Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE)* ⁹⁹, em função da composição dos elementos do agregado familiar, incluindo as famílias monoparentais ⁽²⁰³⁾.

Foi alterado também o *rendimento social de inserção*, instrumento muito relevante no combate à pobreza e à exclusão social, através do aumento das competências pessoais, sociais, educativas e profissionais dos seus beneficiários, de modo a promover e facilitar a empregabilidade desses beneficiários com possibilidade de melhoria das suas condições de vida ⁽²⁰³⁾.

A composição do agregado familiar e a capitação dos rendimentos do agregado familiar foram determinantes como condições de recursos a ter em conta no reconhecimento e manutenção do direito às prestações dos subsistemas de protecção familiar e de solidariedade (prestações por encargos familiares; subsídio social de desemprego; subsídios sociais no âmbito da parentalidade) e apoios sociais ou subsídios, quando sujeitos a condição de recursos (*comparticipação de medicamentos*; pagamento das prestações de alimentos, no âmbito do Fundo de Garantia de Alimentos a Menores; participação da Segurança Social aos utentes das unidades de média duração e reabilitação e aos utentes das unidades longa duração e manutenção, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; apoios sociais à habitação atribuídos pelo Estado quando tal atribuição dependa da verificação da condição de recursos dos beneficiários; outros apoios sociais ou subsídios atribuídos pelos serviços da administração central do Estado, qualquer que seja a sua natureza, previstos em actos legislativos ou regulamentares) ⁽²⁰³⁾.

Ética e justiça na participação

Por tudo o que fica dito pode concluir-se que

⁹⁹ Organização internacional criada em 1974 com a finalidade de executar o Plano Marshall, um plano financeiro concebido pelos Estados Unidos para a reconstrução dos países da Europa devastados pela Segunda Guerra Mundial. Composta por 34 países e com sede em Paris (França), tem por objetivo promover políticas que visem o desenvolvimento económico e o bem-estar social de pessoas por todo o mundo, incluindo o combate à corrupção e à evasão fiscal.

- é *ético* e *justo* o possível estabelecimento de taxas diferentes de comparticipação nos medicamentos;

- é *não-ético* e *injusto* o estabelecimento de taxas de comparticipação no custo dos medicamentos baseada apenas no salário. Por um lado, as condições económicas, sociais e culturais de cada um devem ser tidas em conta, também pela inerência dos *custos*, e, por outro, o que pela comparticipação é subtraído à despesa do cidadão com a saúde não pode ser tomado como verba colectável para o efeito dos impostos.

Comparticipações e procriação

Hoje, a ciência, frequentemente tida como fonte da verdade, fundamento do pensar e do proceder, tem muitas vezes os seus corolários encobertos por juízos de conveniência provenientes do exercício mental, ocasionalmente brilhante, maximamente explorado pelos meios de comunicação social, a partir de postulados imperfeitos tomados pela força da sua *sensualidade*. Isto acontece particularmente quando a religiosidade reflexamente dimana dum *humanismo* e nele converge, que tenha como sagrados o prazer sexual e os seus rituais. A possibilidade existe (por isso a eficácia) pela intrínseca referência à origem do ser humano, muitas vezes vivida inconscientemente, embora no êxtase sem comunhão seja iludida a referência final e escondida a tragédia.

De facto, da fenomenologia do ser vivo faz parte a *reprodução* e se, como está dito, nem todos têm filhos, todos têm pais, ou seja, a todos é referido o fenómeno da reprodução. A *procriação* é a reprodução projectada na geração e acontece sempre que duas células haplóides se conjugam. Então existe *um novo ser* da espécie dos progenitores, cujo desenvolvimento pode ser artificialmente retardado ou impedido, neste caso pelo condicionamento da morte. Até ser dado à luz, o ser humano desenvolve-se ocultamente, podendo ser hoje, no entanto, surpreendido pela utilização de meios artificiais que confirmam a inteligência de quem dirige os acontecimentos. Será importante anotar que só o ser humano sabe disto e que assim como no seu trânsito evoluciona o corpo humano, também vai evolucionando o seu conhecimento que, portanto, vai sendo diferente com a

educação de cada geração, embora não atinja os mesmos estados em todos os indivíduos nem se encontre nunca garantida em qualquer deles.

Também a propósito deste assunto se deve ter presente que é esse conhecimento, por ser conhecimento, que possibilita a valoração que constitui o princípio da ética, mas que o encontro dos valores e a formulação do juízo ficará dependente da preparação para o efeito, como acontece com a consciência de todo o conhecimento, pelo que a adjectivação dos diferentes actos humanos poderá variar e criarem-se confusões se for aceite que as palavras tenham significados diferentes para diferentes falantes e diferentes ouvintes.

Toda a problemática aqui referida é hoje cientificamente processada na chamada *procriação medicamente assistida* cuja regulamentação pelo Estado está prevista na lei maior portuguesa, na alínea e), do parágrafo 2, do Artigo 67º, com a reserva de ser processada em termos que *salvaguardem a dignidade da pessoa humana* ¹⁰⁰ (288). Note-se, contudo, que a Constituição não qualifica estas práticas como médicas ⁽²⁸⁸⁾.

A mesma problemática aparece com outros sentidos no chamado *planeamento familiar*, considerado na alínea d) do mesmo parágrafo daquele artigo ¹⁰¹ (288). Aí é considerado como um direito que incumbe ao Estado garantir, no respeito pela liberdade individual, promovendo a informação e o acesso aos métodos e aos meios que o asseguram, e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes.

Tendo em conta que a maternidade e a paternidade se enquadram na família como elemento fundamental da sociedade (Artigo 67º, parágrafo 1 da Constituição) ¹⁰² e se preveem conscientes [Artigo 67º, parágrafo 2, alínea d)] ¹⁰¹ (288), e sendo a comunidade

¹⁰⁰ Artigo 67º. – *Família*

2. Incumbe, designadamente, ao Estado para protecção da família:

e) Regulamentar a procriação assistida, em termos que salvaguardem a dignidade da pessoa humana.

¹⁰¹ Artigo 67º.- *Família*

2. Incumbe, designadamente, ao Estado para protecção da família:

d) Garantir, no respeito da liberdade individual, o direito ao planeamento familiar, promovendo a informação e o acesso aos métodos e aos meios que o assegurem, e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes.

¹⁰² Artigo 67º. – *Família*

1. A família, como elemento fundamental da sociedade, tem direito à protecção da sociedade e do Estado e à efectivação de todas as condições que permitam a realização pessoal dos seus membros.

humana uma realidade viva, de que todos os seus membros fazem parte, renovada com as sucessivas gerações, em conformidade com tudo quanto foi exposto,

- é *ético e justo* isentar de taxa moderadora os casais que procuram os serviços hospitalares (o que acontece), conceder participações no custo dos medicamentos e nas restantes despesas (o que não acontece, sendo os medicamentos extraordinariamente dispendiosos) e delas ser beneficiário quando medicamente se reconhece a inesperada infertilidade de um casal;

- é *não ético e injusto*, salvo casos excepcionais, a ponderar por comissão de ética adequada, em potenciais condições de fertilidade, limitar a idade da mulher a quem hospitalarmente são prestados cuidados, e atribuir participações quando a esterilidade resulte de decisões ou negligências prévias.

Por outro lado, independentemente das participações nas despesas,

- é *ético e justo* o planeamento familiar que tenha em conta as condições de vida da família actual e potencial, pela protecção da sua própria realidade comunitária, dos seus membros existentes e dos seus membros possíveis;

- é *não-ético e injusto* eliminar por abortamento medicamentoso ou mecânico membros existentes e indefesos gerados em condições que possibilitam a sua existência.

As noções de *infância* e de *violência doméstica* devem ser consideradas em toda a sua extensão possível e, portanto, também na sua simultaneidade.

Por analogia,

- é *ético e justo* proteger a gravidez em todas as suas fases, usando competência, diligência e prontidão;

- é *não ético e injusto* promover o abortamento, sob a designação eufemística de *interrupção voluntária da gravidez*, mais ainda de *IVG*, sem espera, todas as vezes que uma mesma mulher declare esse desejo, dar-lhe tratamento hospitalar de isenção relativamente à chamada taxa moderadora e ao custo dos medicamentos, proibir o contacto hospitalar com médicos objectores de consciência antes da sua realização, pagar ao médico este seu acto hospitalar como um serviço extraordinário e conceder de cada vez até um mês de baixa à grávida intervencionada no seu seguimento do abortamento.

Comparticipações e negligência

Está constitucionalmente considerado que *todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover* (Artigo 64º, parágrafo 1) ¹⁰³ (288). Por isso, constitui-se contencioso o aparecimento de doenças que denunciam negligência ou mesmo desafio da realidade, por enfrentamento de situações de risco, as quais, pelo seu carácter, podem ser danosas para a comunidade pelo carácter crónico, pelas complicações ou pela contagiosidade, e cujo tratamento médico é por vezes extraordinariamente dispendioso. O compromisso constitucional do Governo pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que realizem o direito à protecção da saúde [Artigo 64º., parágrafo 2, alínea b)] ¹⁰⁴ (288), encontra-se nestes casos com o comportamento individual fundado em opções irrealistas, em que interessa apurar a existência e o grau de deficiência (considerada no Artigo 71º da Constituição) ¹⁰⁵ (288), e do encontro podem resultar problemas de saúde pública a resolver por comissões de ética com abrangências definidas.

Importa considerar que, ao contrário do que vem a ser geralmente pressuposto, a *ética*, na maioria destes casos, não tem aplicação primária nos valores económicos e sociais, mas sim nos valores culturais que presidiram à estruturação do desenvolvimento familiar e individual, muitas vezes durante algumas gerações. Haja em vista o que se passa com a distribuição da toxicod dependência segundo os parâmetros económicos e sociais. O

¹⁰³ Artigo 64º. - *Saúde*

1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.

¹⁰⁴ Artigo 64º. - *Saúde*

2. O direito à protecção da saúde é realizado:

b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.

¹⁰⁵ Artigo 71º. - *Cidadãos portadores de deficiência*

1. Os cidadãos portadores de deficiência física ou mental gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição, com ressalva do exercício ou do cumprimento daqueles para os quais se encontrem incapacitados.

2. O Estado obriga-se a realizar uma política nacional de prevenção e de tratamento, reabilitação e integração dos cidadãos portadores de deficiência e de apoio às suas famílias, a desenvolver uma pedagogia que sensibilize a sociedade quanto aos deveres de respeito e solidariedade para com eles e a assumir o encargo da efectiva realização dos seus direitos, sem prejuízo dos direitos e deveres dos pais ou tutores.

3. O Estado apoia as organizações de cidadãos portadores de deficiência.

estudo psicológico dos problemas relativos ao desenvolvimento humano é, então, de grande importância.

Pelo exposto, compreende-se que

- é *ético e justo* promover a educação para a saúde no princípio da responsabilidade e participar nas despesas de recuperação dos doentes que *desejem* tratar-se, criando para o efeito estruturas sanitárias adequadas em que sejam seguidos os casos recorrentes;

- é *não-ético e injusto* garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação [Artigo 64º, parágrafo 3, alínea a)] ¹⁰⁶ (288) sem referir o princípio da responsabilidade e a possível adequação dos meios de tratamento a definir por entidades competentes, de modo semelhante ao que se passa para toxicodependência [Artigo 64º, parágrafo 3, alínea f)] ¹⁰⁷ (288).

A interpretação parcial da lei pode ser factor de manutenção ou recorrência da própria doença.

¹⁰⁶ Artigo 64º. - *Saúde*

3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:

a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;

¹⁰⁷ Artigo 64º. - *Saúde*

3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:

f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.

CONCLUSÃO

Neste trabalho, a abordagem do tema, embora de si vinculado a outros aspectos da vida, restringe-se à *ética e à justiça na participação de medicamentos*, e, mais particularmente, *no âmbito de um sistema de saúde*.

A matéria não é geométrica. O tema é muito complexo e os respectivos problemas não têm soluções nem absolutas nem definitivas. A conjugação de preocupações culturais, do sentido de pertinência e de originalidade, de possibilidade de realização, e de escassez de literatura, aliada a discussões quase sempre estridentes mas ambíguas, justifica o trabalho realizado no nível acadêmico em que surge.

A Revolução de 25 de Abril de 1974 e a posterior criação do SNS, em 1979, devem ser consideradas referências para a avaliação actual da *ética* e da *justiça* do desenvolvimento do tema em análise. Desde as origens, embora com surtos de transformação, a até agora, a religião, bem estabelecida, ultrapassava a política, mais desatenta, e a comunidade apresentava-se com uma maior aparente unidade na sua estrutura comum, nos seus valores, na necessidade de intervenção no auxílio, mesmo que limitado, ao indivíduo, ao *semelhante*, a viver em circunstâncias de maior equilíbrio psicológico entre o bem geral e o bem individual. Na verdade, deve reconhecer-se que numa sociedade de abundância os desníveis poderão ser maiores do que numa comunidade de carência. A filosofia política era menos individualista e a ajuda e a participação, quando necessário, na medida do possível, instituía-se comunitariamente, embora com carácter mais difuso. Ao ser requerida a partilha do tempo e dos bens, o cidadão contribuía para a assistência ao necessitado nos momentos de maior carência. O auxiliado, por sua vez, valorizava a ajuda prestada, apesar das limitações técnicas e científicas dos tempos, pela atenção do outro e não tanto pelo direito próprio. Nesse espírito de partilha, foram surgindo várias estruturas de assistência, tais como os hospitais, as albergarias, as instituições de misericórdia, e depois também os movimentos mutualistas, os SMS e a Previdência Social.

Com a chamada Idade Moderna, o deslizando do *sagrado* e o crescer do *humanismo* foram aparecendo sobre a estrutura criada pela ciência, pela técnica e pela indústria, e o Estado, de árbitro, foi-se instituindo criador, assumindo *faculdades* estruturantes através dos chamados *ministérios*. Os problemas da *ética* e da *justiça* foram

surgindo, então, com a complexidade das ajudas possíveis e dos meios disponíveis. Os deveres e os direitos dos cidadãos foram necessitando de esclarecimentos e consciencialização. As obrigações internas da comunidade e o conjunto dos recursos materiais e humanos existentes passaram a necessitar de equação perante o aparecimento dos problemas emergentes da *ética* e da *justiça sociais*.

Na verdade, a consciência da necessidade da intervenção do Estado nos assuntos da saúde das comunidades está ligada às circunstâncias históricas e à filosofia política assumidas pelas diversas comunidades. Pela consciência das necessidades, pela disponibilidade de meios e pela conveniência política, a intervenção formal e programática do Estado português nestes domínios manifesta-se no século XIX, começando ainda por uma intervenção dita para *alívio do sofrimento em situações de pobreza*.

A *assistência social*, no complexo das suas modalidades preventivas e curativas, integrava-se no sentido do *bem-comum*, aceite como legítimo fim de toda a comunidade organizada. Ao Estado incumbia a promoção e a imposição, mesmo que coactivamente, do dever social de prestação da assistência, atribuindo-se internamente à Igreja a missão de estimular o preceito religioso da caridade. Na justa harmonia desse equilíbrio e no cumprimento dos dois deveres, foi possível caminhar para a melhoria da assistência social, mantendo-se claramente definidas as respectivas responsabilidades.

A formalização oficial dos cuidados de assistência iniciou-se com criação da Direcção Geral de Saúde e a tentativa, em 1919, da primeira instituição de um sistema de seguros sociais obrigatórios, destinados a proteger na doença e na invalidez os que viviam do seu trabalho.

A evolução dos cuidados prestados e a verificação da necessidade de alargamento da assistência, tanto na sua vertente supletiva de ajuda monetária pela perda do salário do trabalhador doente, como na sua vertente social ao próprio beneficiário doente e defesa da saúde do seu agregado familiar e da saúde pública, foram alterando os modelos de assistência, tentando aliar a acção curativa e o emprego de meios para prevenção das enfermidades através da difusão e aplicação dos métodos de profilaxia e de condições de sanidade individual e colectiva, tendo em consideração o *princípio de racionalidade*

económica, fundamental para a eficiência da organização e do funcionamento dos serviços médicos e farmacêuticos postos à disposição dos cidadãos.

Os processos legislativos para uniformização da legislação visando a concessão e regulação das condições gerais de prestação da assistência medicamentosa principiaram-se em 1950.

A obrigatoriedade do seguro de doença afecto aos trabalhadores procurou ajustar o objectivo primacial da *indeminização pela perda de salário à recuperação da capacidade de trabalho* do beneficiário doente e da defesa da saúde do seu agregado familiar, e foi pensado para se alcançarem maiores benefícios sociais e maior economia na concessão de subsídios.

A normalização dos esquemas de prestações de serviços de saúde parecia ser um modo de possibilitar um grande efeito social, diminuindo ou mesmo, tendencialmente, eliminando a diversidade de esquemas de assistência existentes entre as diferentes instituições de previdência social.

O sistema existente até então não era politicamente aceitável, obrigando à tentativa de encontro das *projeções ideológicas* com a *realidade* na formalização, na medida do possível, da necessária padronização de um sistema de assistência, que, por sua vez, possibilitasse a verificação das exigências do *princípio de economia* e a *racionalização dos serviços*, com concentração da prestação da assistência sanitária num serviço comum às instituições.

A reforma da Previdência Social sofreu reajustamentos julgados necessários para favorecer mais os trabalhadores e suas famílias, mas manteve a consideração de que *seria um erro grave abandonar o sistema da participação por parte do beneficiário*, por se considerar que este seria o único sistema que atenuava, por forma sensível, as tendências para as infracções nesse campo. Era tido como claro que a Previdência política *não se deveria substituir integralmente* ao indivíduo e à família na resolução dos seus problemas, de modo a permitir a liberdade do cidadão na preparação e na defesa do seu futuro e manter o espírito de iniciativa e a noção da responsabilidade pessoal.

Numa primeira fase, a partir de 1950, a concessão de medicamentos esteve limitada por ausência de regulamentação oficial, e compreendia, sem qualquer encargo para os beneficiários, os medicamentos injectáveis, as sulfamidas e as vacinas. Já nessa altura era patente a preocupação com os custos, para além de outras preocupações, como, por exemplo, a escassez dos recursos humanos qualificados na área da saúde.

Contudo, pelas limitações e inconvenientes verificados, foram alargadas as categorias dos medicamentos a administrar, sempre, no entanto, com a necessidade de ser avaliada a *eficiência* e a *economia* respectivas. Passou a ser abrangida, também, a terapêutica *per os*, além da de injectáveis, com limitação do receituário aos medicamentos constantes de lista ou formulário, elaborado e actualizado por uma comissão especializada de nomeação governamental.

Em 1960, a assistência medicamentosa foi alargada tanto no referente ao tipo de medicamentos como também aos familiares dos beneficiários, ampliando as funções da Previdência. A provisão dos medicamentos era efectuada directamente aos beneficiários através dos serviços da Previdência e das farmácias associadas mediante a cobrança directa de 25 % ou de 50 % do PVP do medicamento, conforme se tratasse de medicamento para o próprio beneficiário ou para um seu familiar, respectivamente. Para além do apoio às famílias, a assistência na saúde foi alargada, depois, aos orfãos dos beneficiários e aos trabalhadores independentes.

Visando uma aproximação aos trabalhadores e seus familiares, foi realizado um ajustamento territorial das instituições de Previdência, de organização predominantemente regional, e criada a Caixa Nacional de Pensões para assistência nas condições de invalidez, velhice e morte.

Em 1965, no seguimento da intenção governamental de assistência nas necessidades à globalidade dos cidadãos, entrou em funções a Caixa Central de Segurança Social dos Trabalhadores Migrantes, na dependência da Previdência Social, para atenção aos trabalhadores portugueses no estrangeiro.

Entre 1962 e 1971, o regime de participações não sofreu qualquer alteração, mas manteve a vontade de atingir o equilíbrio indispensável entre a liberdade da prescrição médica e o respeito fundamental pelos legítimos interesses da população abrangida pelo

seguro social. A tentativa de maior protecção à família com os consideráveis acréscimos de encargos financeiros para as Caixas de Previdência, conduziam à revisão dos montantes das participações em vigor.

Desde o início, em 1962, definitivamente a partir de 1971, e até aos dias de hoje, o processo de cobrança de participação no custo dos medicamentos tem sofrido diversas e complexas alterações.

Em 1971, os cidadãos com direito a assistência médica e medicamentosa participavam no PVP dos medicamentos manipulados e especialidades farmacêuticas nacionais ou originários de países estrangeiros, conforme as convenções em vigor: em 25 % do PVP para os produtos medicamentosos sujeitos às condições comerciais nacionais e em 40 % do PVP para os produtos medicamentosos estrangeiros, respectivamente.

Em 1974, as agitações nacionais, associadas à Revolução de 25 de Abril, causaram transformações profundas nas condições políticas e sociais de Portugal, iniciando-se uma intervenção mais marcada do Estado na vida da comunidade portuguesa e também na gestão dos cuidados de saúde e dos medicamentos, que vinham já a ser objecto do interesse político, conduzindo, a partir de então, à criação do SNS, instituído em 1979.

A Constituição aprovada em 1976 inicia um processo novo no que diz respeito à saúde. Apesar do indiscutível e legítimo direito à protecção da saúde, efectivado através da proposta de criação de um SNS *universal, geral e gratuito*, ao cidadão foi atribuído o *dever* de a defender e promover, e o Estado assumiu uma incumbência própria e prioritária de garantia racional e eficiente da cobertura médica e hospitalar de todo o país, orientando a sua acção para a socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos, disciplinando e controlando as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o SNS. O Estado passou também a disciplinar e a controlar a produção, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos, farmacêuticos e outros.

Expressamente claro, ficou instituído o *direito à saúde*, de que tantas vezes se ouve falar, como sendo o *direito de acesso aos serviços de saúde*, nos termos estabelecidos pela lei, sujeita a possíveis restrições, impostas pelo limite dos recursos humanos, técnicos e

financeiros disponíveis. Apesar de universal e essencialmente gratuito, ficou declarada, desde o início, a possibilidade da cobrança de taxas moderadoras diversificadas no SNS, justificadas por objectivos de racionalização da utilização dos serviços de saúde prestados.

Nesta fase da evolução da assistência médica e medicamentosa aos beneficiários do SNS, iniciam-se sérios problemas *éticos* e de *justiça* na assistência na doença e na aquisição dos medicamentos pelos cidadãos.

A legitimidade das leis radica nas disposições constitucionais, e, se é ético participar na discussão da vida do país, também o é analisar a realidade dessa participação, particularmente no que diz respeito à comparticipação nos medicamentos através do SNS. Assim, algumas referências políticas terão de ser mencionadas ao concluir esta discussão.

A ética dos países liberais não é a mesma que a ética dos países socialistas.

O socialismo visa a reforma da sociedade capitalista para diminuir quanto possível as desigualdades dos cidadãos e, tendo por objectivo o *bem-comum*, preconiza uma reforma da organização social, mediante a tendencial supressão de classes e a colectivização dos meios de produção e de distribuição. O socialismo democrático é um movimento de índole reformista, a favor de uma transição pacífica e gradativa do capitalismo para o socialismo, por via democrática, através do voto, visando a melhoria das condições de vida dos trabalhadores.

É frequente ouvir-se que a teoria é uma coisa e a prática é outra. De facto, verifica-se que as ideologias referidas, não excluindo outras existentes mas que não é adequado referir neste contexto, quando aplicadas ao real geram incoerências várias, incluindo as verificadas na área da saúde, tanto na assistência como na distribuição e comparticipação de medicamentos no SNS.

As actividades de promoção da saúde e de prevenção da doença, o tratamento dos doentes e a sua reabilitação, a protecção e o respeito pela natureza unitária da pessoa humana, incluindo a sua dignidade e a sua integridade moral, e a defesa e protecção da família do doente, dos seus membros e do indivíduo socialmente diminuído são, teoricamente, atitudes de *justiça*.

Os problemas surgem na execução das acções. Os compromissos expressos, que são lei, destacam-se das ideias sociais dos textos programáticos e abrem possibilidades várias, incluindo o desequilíbrio entre o bem individual e o bem-comum.

A inter-relação da *ética* e da *política* diz respeito à parte inicial da história da assistência, que deixa de ser puramente humana para ser também instrumental. A doutrina católica refere três virtudes: a fé, a esperança e a caridade. Refere também que, das três, apenas a caridade permanecerá (a fé e a esperança desaparecerão) pois é a mais estruturante do ser humano como ser comunitário.

O ser humano é individual, mas, como referido neste trabalho, também é comunitário. Portanto, as duas vertentes podem entrar em desequilíbrio e gerar conflitos *éticos* e de *justiça*.

Desde a Revolução de 25 de Abril de 1974 até à data em que considero concluída a *heurística* desta dissertação, Portugal teve já 18 Governos Constitucionais, estando em funções, desde 2011, o XIX (ver *Anexo XIV*). Todos eles têm sido de índole *socialista* e *social-democrata*. O que se tem verificado é que tem sido difícil estabelecer uma relação directa e coerente das ideias defendidas com as respectivas realizações práticas. A legislação reguladora das práticas de vida comunitária e, muitas vezes também, individual, é abundantíssima, por vezes contraditória, e exprime as decisões políticas dos ministérios e da Assembleia da República. A consideração de ideias expressas por outras instituições, embora solicitadas através de relatórios e pareceres, fica muitas vezes, perdida pelo caminho. Apesar da consulta a diversas entidades profissionais, mesmo na área da saúde e do medicamento, a organizações independentes reconhecidas e a cidadãos como tais, a índole de determinados objectivos, principalmente a económica e a financeira, e de determinados grupos, incluindo grupos políticos, são exigentes na reclamação da legislação a publicar.

No SNS e, mais particularmente pelos condicionalismos e classes da comparticipação do Estado no custo dos medicamentos, o *princípio da igualdade* aparece em jogo. O acesso ao medicamento não é uniforme, verificando-se uma categorização do cidadão na sua acessibilidade. E também não pode deixar de ser lembrado que também não é uniforme a participação dos cidadãos na receita do Estado através dos impostos. De

facto, dependendo do rendimento auferido, das condições sociais e da doença, esse acesso pode ser e aparecer mais ou menos facilitado (ou dificultado) através de diferentes classes de comparticipação do Estado no PVP do medicamento.

Têm-se verificado sucessivas alterações dos regimes de cobrança para comparticipação em medicamentos. Embora sejam sempre defendidos *princípios éticos* e de maior *justiça social*, nem sempre claros nem esclarecedores, o *princípio financeiro* revela-se como a alavanca para essas modificações.

O consumo cada vez mais elevado de medicamentos, muitas vezes muito dispendiosos, tem acarretado problemas financeiros e o agravamento de custos, pelo que tem sido necessário proceder a alterações legislativas.

A racionalização do consumo de medicamentos, possivelmente por maior consciencialização do seu custo, quer por parte dos médicos quer por parte dos utentes, e a redução de gastos viabilizaram a orientação de mais recursos para a satisfação de necessidades prementes da população.

Foram implementadas reformas no sentido de corrigir situações de *injustiça social* relativas aos doentes crónicos e de beneficiar um elevado número de utentes que não podiam dispensar o uso permanente de certos medicamentos. A comparticipação em medicamentos estrangeiros passou de 40 % para 25 % e acrescentou-se a lista de medicamentos que podiam ser adquiridos em mais do que uma embalagem.

Até 1984, a política de medicamentos fixava as comparticipações exclusivamente de acordo com a origem do produto, não considerando a sua importância terapêutica, comportando, também, custos sociais elevados e situações de clara injustiça, ao determinar critério semelhante para os medicamentos indispensáveis à vida e para os medicamentos de utilização geral, em alguns casos dispensáveis.

Em 1984, no desejo expresso de atingir maior *racionalidade* e *justiça* na aplicação dos meios financeiros disponíveis, criaram-se, em função da prioridade terapêutica dos medicamentos, quatro escalões distintos de comparticipação no PVP dos medicamentos a cargo do Estado (100 %, 80 %, 50 % e 35 %).

Ao ser pretendido o ajustamento do consumo de medicamentos segundo a realidade e a aceitabilidade, foi entendido que a racionalidade coagia à adequação terapêutica assente em bases científicas, e a *justiça* à definição de um critério que não só contemplasse a *ética médica* como também assegurasse a capacidade de acesso aos meios terapêuticos. Os problema da *justiça* e da *ética* tornavam-se então explícitos, e têm-se mantido até hoje.

A lógica de harmonização da terapêutica e de economia de meios mantêm-se como impulso para novas medidas de ajustamento na comparticipação. Os processos de sensibilização do clínico prescriptor e a adequada informação prestada pelos laboratórios, visando os objectivos referidos e propostos no final da década de 80, foram tentativas felizes, pois, ao adequar a terapêutica e os custos foram tentados equilíbrios vários, *éticos* e *justos*, não só na poupança dos custos como numa atenção medicamentosa mais adequada. A promoção dos serviços, dos profissionais e da comunidade, também permitiu desenvolver e implementar apoios mais justos e um entendimento mais claro da ética e da justiça entre o SNS, o sector privado da saúde e as instituições particulares de solidariedade social.

É notório o esforço conjunto e a promoção da participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e no planeamento e controlo do funcionamento dos serviços, assim como de educação das populações para a saúde, e de formação e de investigação na área da saúde. A definição dos direitos e deveres do doente, directa ou interpostamente responsáveis pela sua própria saúde, individual e comunitária, incluindo o dever de a defender e de a promover, parecia clarificar também os requisitos necessários e indispensáveis para um desempenho adequado dos profissionais de saúde.

A importância criada em redor dos medicamentos genéricos, no início da década de 90, e a intervenção dos Ministérios das Finanças e do Comércio e Turismo, e da Direcção-Geral de Concorrência e Preços no regime de fixação dos preços dos medicamentos, reforçaram a exigência da importância dos objectivos financeiros a atingir na comparticipação dos medicamentos no SNS.

Desde então, os escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos têm sido sucessivamente alterados, sendo a classificação terapêutica dos medicamentos e os critérios dessas comparticipações fixados pelos Ministros da Saúde, das Finanças e do Comércio e Turismo. A taxa de comparticipação do Estado no preço de certos medicamentos passou a ser, também, especialmente graduada em função das entidades prescritoras ou fornecedoras e, ainda, em função de grupos especiais de utentes. Além disso, quando o titular da AIM do medicamento, após obtenção do respectivo preço, passou a poder solicitar ao MS a comparticipação para esse mesmo medicamento, manifestaram-se efeitos que interferem com os benefícios, conflito em que se revelam melindrosos aspectos de ética e de justiça. Na verdade, o medicamento, ao ser comparticipado no seu preço pelo Estado, aparecerá em melhores condições comerciais no mercado, podendo ser vendido mais facilmente.

A consideração da possibilidade de os medicamentos genéricos serem comparticipados pelo mesmo escalão dos seus similares de marca, levanta, também, questões de desconfiança relativamente à qualidade e ao preço. Adicionalmente, a possibilidade autorizada de transferência de especialidades farmacêuticas já existentes no mercado, para a categoria de medicamentos genéricos, revela a potencialidade da vontade política e económica na área do medicamento, na qualificação da ética e da justiça.

O mesmo se pode concluir sobre a instalação, abertura e funcionamento ininterrupto de farmácias para dispensa de medicamentos ao público geral nos hospitais do SNS com serviços de urgência. O fracasso redundante desse projecto é notório. Não promoveu nem facilitou o acesso ao medicamento, revelou a possibilidade de manipulação dos sistemas políticos e os interesses económico-financeiros. A implementação e autorização da facilidade na dispensa pelas farmácias de medicamentos ao domicílio, permite colmatar a dificuldade de acesso ao medicamento e estabelecer um relacionamento mais estreito entre as farmácias e os utentes e um acesso mais cómodo ao medicamento, especialmente em situações de impossibilidade de deslocação à farmácia. O encerramento progressivo das ditas farmácias hospitalares tem sido uma medida correctiva.

A equiparação, pelo Estado, do preço dos medicamentos prescritos aos utentes do SNS e aos beneficiários do regime de ADSE, foi um processo socialmente ético e justo.

O poder financeiro, mesmo que subtilmente justificado por uma maior transparência e pela causa da justiça social, levou à alteração das classificações da comparticipação do Estado no PVP dos medicamentos.

Apesar da vontade política nacional, a inserção de Portugal na CE obriga a ajustamentos e a considerar as vontades políticas dos outros países europeus da Comunidade, principalmente as da Alemanha e da França. Exemplos dessas exigências são a definição, a nível europeu, dos diversos parâmetros técnicos, tais como a terminologia empregue na área da saúde, a informatização da receita médica, a necessidade dos controlos estatísticos dos preços e consumos dos medicamentos, e a uniformização de processos comerciais de dispensa de medicamentos ao público (MSRM e MNSRM). Mesmo que exista vontade nacional para determinados objectivos *éticos* e de *justiça* na área da comparticipação de medicamentos, as exigências externas são de tal ordem fortes que obrigam a ajustes e condicionam as políticas internas.

Para além dessas exigências, os conflitos de *ética* e de *justiça* na comparticipação de medicamentos mantêm-se, encontrado-se no mercado medicamentos com os mesmos princípios activos, dosagem e apresentação farmacêutica mas com preços de venda diferentes, tanto nos MSRM como nos MNSRM.

A comparticipação condicionada à melhor adequação da dimensão da embalagem autorizada, relativamente ao tratamento a que o medicamento se destine, gera, também, conflitos de ordem *ética* e de *justiça*. Esse condicionamento, porém, torna-se claro se, associado a esses critérios, houver uma séria orientação de racionamento, ou seja, importantes medidas de ordem económica e financeira.

Existe, ainda, um problema de conceito no que se refere às relações da saúde com o negócio. É ético e justo, como tenho referido, que nos condicionamentos e limites

apontados, a despesa com certos medicamentos seja comparticipada, mas não é *ético* nem *justo* que se auxilie na despesa dos medicamentos e, simultaneamente, se implementem estratégias para contenção de custos e de abusos, nem é *ético* nem *justo* adequar a índole das instituições por interesses dos projectos como aconteceu com a proposta de alteração do Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos, para adequação aos objectivos traçados pelo Estado.

A *acção médica* e o *acto farmacêutico*, são funções superiores, de interesse humano, e, também, até económico, regidos por condutas deontológicas e fundadas na ética, de ordem diferente da das vontades políticas e dos objectivos económico-financeiros.

A venda de MNSRM fora das farmácias, apesar de aparentemente gerar índices económicos atractivos e criação de *postos de trabalho*, não é ética. A proximidade das populações e a acessibilidade ao medicamento existem já através das farmácias de oficina. Apesar de serem produtos geralmente bem tolerados, não são isentos de riscos, quer para a saúde individual quer para a saúde pública. Por isso e pela analogia que estabelecem, a sua dispensa deve ser cuidadosa e exercida sob vigilância de profissionais de saúde devidamente habilitados para o efeito.

O facto de se verificarem práticas comerciais desta natureza noutros países não pode, por si só, justificar e autorizar as vendas destes MNSRM fora dos locais adequados, ou seja, fora das farmácias. A criação de condições para a autorização da venda de MNSRM comparticipados fora das farmácias embora sem a comparticipação do SNS no seu preço, não é *ético* nem *justo*, deixando transparecer, mais uma vez, a sobreposição dos interesses económicos sobre os reais interesses da saúde e do bem individual e *bem-comum*. Podendo ser vendidos por um preço mais baixo, facilitam o uso indevido de medicamentos e potenciam os seus abusos, com riscos para o cidadão e para a comunidade.

A obrigatoriedade do alerta dado pelo farmacêutico ou seu colaborador no acto de dispensa do medicamento da existência de fármacos semelhantes mas de preços mais baixos e a possibilidade de opção do mesmo pelo próprio utente, pode gerar conflitos éticos por colocar em risco a relação médico-doente, que deve ser justa e de confiança, e,

possivelmente, a saúde do próprio cidadão. Apesar da propaganda da facilitação e melhor acesso ao medicamento, o interesse desta medida de natureza consciente e puramente racional, visa o racionamento da comparticipação de medicamentos e a poupança de custos para o Estado. Adicionalmente, põe em causa todo o esforço feito pela indústria na investigação, formulação e fabrico dos medicamentos.

A possibilidade expressa de as farmácias prestarem serviços farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes, reconhece que, a par da dispensa de medicamentos, podem desempenhar outras funções de relevante interesse público, como a promoção de cuidados de saúde, e contribuir para a sustentabilidade dos encargos do SNS e para a acessibilidade dos cidadãos aos medicamentos.

A prática de descontos em todo o circuito do medicamento, desde o fabricante ao retalhista, sobre a parte do preço não comparticipada, permitindo também às farmácias a oferta de descontos nos preços dos medicamentos comparticipados pelo Estado, permite concluir, sem margens para dúvida, que o real interesse económico mina a área da saúde, criando um nicho de negócio potencialmente obscuro cada vez mais distante do alcance da ética e da justiça.

Os problemas relacionados com o medicamento e com a comparticipação do Estado na sua aquisição existem. As razões que explicam a sua origem são pouco claras. A meditação sobre o tema tem sido pouco profunda. As sucessivas alterações verificadas permitem essa inferência. A alteração da lei referente à remoção da indicação do preço na embalagem dos medicamentos, com a posterior reposição da obrigatoriedade da mesma, as várias correcções publicadas referentes aos textos legais sobre o tipo de medicamentos a serem comparticipados, as sucessivas variações de preços e escalões de comparticipação, os variados e prolixos textos rectificativos das alterações da lei, a dificuldade de compreensão, interiorização e ajustamento de toda a informação necessária para um correcto desempenho de funções pelos profissionais de saúde e entendimento e aceitação

pelos beneficiários, entre outros acontecimentos, demonstram a complexidade e a dificuldade que este tema arrasta.

É necessária a sensibilização dos cidadãos para os custos associados à prestação de cuidados de saúde, incluindo os medicamentos, conforme pretensão do programa deste XIX Governo Constitucional. É desejável que o cidadão saiba onde e como é gasto o seu dinheiro, que tem limites definidos, e tenha consciência de que a prestação dos cuidados de saúde e da assistência medicamentosa tem custos associados, para além dos quais é difícil, se não mesmo impossível, intervir. É também *ético* e *justo* que a política do medicamento tenha como prioridades o desenvolvimento de orientações terapêuticas para os serviços hospitalares e de ambulatório apoiadas em bases sólidas de farmacologia clínica e evidência da economia da saúde.

Em todos os casos, não é *ético* nem *justo* que a evidência económico-financeira seja soberana nas decisões a tomar, nem que se atribua um valor monetário à vida humana.

Nas condições reais da vida comunitária, a isenção do pagamento a quem realmente necessita de medicamentos e não tem possibilidades económicas para os adquirir é ética e justa; o pagamento de taxas moderadoras por forma a promover uma maior responsabilização dos cidadãos pela utilização equilibrada dos recursos do sistema não deixa de ser benéfica; a gratuitidade geral do SNS, que se não verifica, será uma pretensão ideológica e não pode passar de um eventual argumento político.

O XIX Governo Constitucional reconhece no seu programa, não obstante não o ter afirmado em lei, que a qualidade de gestão do serviço público é um *imperativo ético*, muito em especial num sector *dedicado às pessoas* como é o sector da saúde.

O combate ao desperdício de recursos é considerado fundamental para garantir a todos uma acessibilidade equilibrada aos mesmos. O controlo da fraude é essencial para a contenção dos custos da saúde. É também necessário otimizar a utilização dos recursos, através da progressiva avaliação e concretização de oportunidades de fusão, concentração

ou extinção de instituições ou de serviços que revelem uma clara sobreposição das suas faculdades. Compreende-se que seja necessário controlar a utilização dos medicamentos através da prescrição médica, dando prioridade ao desenvolvimento de orientações terapêuticas para os serviços hospitalares e de ambulatório apoiadas em bases sólidas de farmacologia clínica e evidência do rácio custo efectividade, e que se assegure a acessibilidade dos cidadãos aos medicamentos. É também compreensível a redefinição dos modelos de avaliação dos medicamentos para efeitos da sua comparticipação pelo Estado sem descurar os cidadãos mais desprotegidos. A *ética* e a *justiça* são implicações das acções humanas conscientes e do seu conhecimento.

por isso, não é *ética* nem é *justa* uma visão puramente economicista da saúde, justificada pela prevenção do erro, da duplicação de gastos e da fraude, nem uma prática negligente que as contenha.

A lei deve ser para o homem. Não o homem para a lei. E esta deve ter como objectivo principal a harmonia e o bem-estar individual e comunitário, permitindo margem para uma vida individual em liberdade consciente e uma vida comunitária em crescimento.

Deste trabalho se depreende que pode ser fácil passarem por éticas e justas as decisões tomadas nesta área, alterando e ajustando a respectiva legislação, mas que deve ser dada a atenção à realidade dos problemas da saúde e da doença.

O problema da definição dos conceitos existe.

A *ética* e a *justiça* são realidades antropológicas nascidas do próprio conhecimento. São, também, pelos métodos de estudo, realidades filosóficas e científicas. E relacionam-se respectivamente com a *moral* e o *direito*, que, por sua vez, se relacionam entre si.

Pressuponho que o tema em estudo diz respeito não só aos factos considerados em título, ou seja, à comparticipação nos medicamentos no SNS, mas também à radicação subjacente dos aspectos éticos e de justiça.

Evidencia-se a revelação de que, para além da complexidade que a própria ética e justiça implicam, a real dificuldade do entendimento e solução dos assuntos se situa no entendimento desses conceitos.

A especificidade e a gravidade dos problemas expostos levam finalmente a *concluir* que, também pela sua complexidade, estes não devem ficar à mercê de decisões individuais ou dos próprios órgãos políticos executivos, mas que o seu estudo deve ser atribuição de uma *comissão de ética* multidisciplinar autónoma, como autónomo deve ser o Tribunal Constitucional, com carácter consultivo, mas com intervenção efectiva.

RESUMO

A saúde e a doença interessam a todos os seres humanos como problemas individuais e como problemas comunitários. Os seus diversos aspectos apresentam-se como sinais de *cultura*, e como problemas que não podem ser resolvidos senão na própria globalidade comunitária.

Neste trabalho tenta-se uma aproximação ao íntimo do princípio e da origem do processo e evoluir dos modos dos cuidados de saúde, da assistência e da utilização medicamentosa em Portugal. Aponta-se a origem e o desenvolvimento do SNS português, que surge muito recentemente, e referem-se os critérios das comparticipações na despesa dos medicamentos, com os inerentes problemas éticos e de justiça, referidos à acessibilidade, gratuidade ou co-financiamento pelo utente e pelo Estado.

A reflexão sobre esta problemática pressupõe uma *matéria empírica, experiencial*, e uma *avaliação*. Tratando-se de realidades *antropológicas* e *políticas*, são, também, realidades *filosóficas* e *científicas*. Não sendo *experimentais*, têm raízes *experienciais* e também projecções *proféticas*. Parte-se de uma experiência concreta, a portuguesa, que se considera e procura radicada na experiência humana em geral. O modo de estudo seguido engloba o *registo* da experiência pertinente, a *procura* do complemento experiencial das evidências e a *geração das conclusões*.

Porque se trata da apreciação de práticas comunitárias reguladas por diplomas legais, pressupondo-se, eticamente, a correspondência do entendimento público com o pulso da comunidade, a discussão dos resultados implica o esclarecimento dos conceitos, nomeadamente de ética, de bioética, de justiça e de vida, e questões graves relacionadas com o custo dos medicamentos e respectiva comparticipação do Estado, no âmbito do SNS. Verifica-se, pelo registo feito, que a discussão do tema é urgente, actual e bastante para se justificar. Implica a ética, os valores, a consciência e o conhecimento.

Os reais problemas éticos e de justiça na comparticipação de medicamentos são apontados. Reconhece-se que, não obstante a insistência na interacção, na comunidade portuguesa o estudo do tema não tem sido muito frequente nem muito aprofundado. A rapidez da evolução do *real* é reconhecida, mas a prolixa profusão legislativa não tem apenas essa causa. Reconhece-se que com demasiada facilitação se confunde *moral* e *ética*, e *direito* e *justiça*. O problema da expressão dos conceitos existe, sendo referida a

evidência de que, para além da complexidade que a própria ética e justiça encontram, a real dificuldade do entendimento e da decisão nesta matéria advem da compreensão desses conceitos.

Palavras chave: ética, justiça, SNS, medicamentos, participação

ABSTRACT

Health and disease are of interest to all human beings since they may be considered individual issues as well as community problems. The various aspects involved are shown as signals of culture, and as problems that can not be solved unless inside the community.

With this work it is tried an approximation to the understanding of the real origin and evolution process of the ways of health care, counseling and drug use in Portugal. It is pointed out the origin and the development of the Portuguese NHS, which appears very recently, and referred the reimbursement's criteria associated to the costs of drugs, with the inherent ethical and justice issues and justice, referred to the accessibility, gratuity or co-financing by the user and by the State.

Reflection on this issue presupposes an experiential empirical matter and an evaluation. Being anthropological and political realities, they are also philosophical and scientific realities. Not being experimental, they have experiential roots as well as prophetic considerations. It is based on a real experience, the Portuguese one, which is considered and radicated in general human experience. The study followed includes registration of the relevant experience, search of the experiential complement of the evidence and the generation of the conclusions.

Being community practices they are regulated by official rules, ethically assuming the correspondence of public understanding with the community pulse, the discussion of the results implies the clarification of concepts, including ethics, bioethics, justice and of life, and serious issues related to the cost of medicines and their reimbursement within the NHS. Based on the registration done, it is considered that the discussion of this topic is urgent, current and enough to be justified. It implies ethics, values, conscience and knowledge.

The current problems of ethics and justice concerning the reimbursement of medicines are appointed. It is recognized that, despite the insistence on interaction in the Portuguese community, the study of this subject has not been very frequent nor very thorough. The speed of reality progress is recognized, but the long-winded legislative profusion has not only this cause. It is recognized that it is too much ease to mixed up morals and ethics, and law and justice. The problem of the expression of these concepts exists, and besides the complexity related to ethics and justice, the real difficulty of the

understanding and of the decision in this matter outcome of the ability to understanding of these concepts.

Key words: ethics, justice, SNS, medications, reimbursement

ANEXOS

- ANEXO I - Dimensões das embalagens de medicamentos
- ANEXO II - Dimensões das embalagens de medicamentos
- ANEXO III - Grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos que integram os escalões de participação do Estado no preço dos medicamentos
- ANEXO IV - Classificação farmacoterapêutica dos medicamentos segundo a ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Code) da OMS
- ANEXO V - Dimensões das embalagens de medicamentos
- ANEXO VI – Definição dos grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram os diferentes escalões de participação do Estado no preço dos medicamentos
- ANEXO VII - Definição dos grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram os diferentes escalões de participação do Estado no preço dos medicamentos
- ANEXO VIII – Estabelecimento das condições de participação de medicamentos manipulados e aprova a respectiva lista
- ANEXO IX - Quinta alteração à Portaria n.º 924-A/2010, de 17 de setembro, que define os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram os diferentes escalões de participação do Estado no preço dos medicamentos
- ANEXO X - Rectificação da Portaria n.º 45/2014, de 21 de Fevereiro, do Ministério da Saúde, que procede à quinta alteração à Portaria n.º 924-A/2010, de 17 de Setembro, que define os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram os diferentes escalões de participação do Estado no preço dos medicamentos
- ANEXO XI – Transcrição parcial do Programa do XIV Governo Constitucional (1999-2004)
- ANEXO XII - Transcrição parcial do Programa do XV Governo Constitucional (2002-2004)
- ANEXO XIII - Transcrição parcial do Programa do XVI Governo Constitucional (2005)
- ANEXO XIV - Transcrição parcial do Programa do XVII Governo Constitucional (2005-2009)
- ANEXO XV - Transcrição parcial do Programa do XVIII Governo Constitucional (2009-2013)
- ANEXO XVI - Transcrição parcial do Programa do XIX Governo Constitucional (2013-2015)
- ANEXO XVII - Governos Constitucionais de Portugal desde 1974

- ANEXO I - Dimensões das embalagens de medicamentos

Despacho Conjunto N.º A-81/86-X (Diário da República, Série II, 1.º Suplemento, N.º 100, de 2 de Maio de 1986) - Transcrição parcial (sic)

Ao abrigo do n.º.2 do Artigo 8.º da Portaria 496/85, de 20 de Julho, determina-se o seguinte:

A partir de 1 de Agosto de 1986, o fornecimento de medicamentos da lista oficial de medicamentos participáveis e seus suplementos prescritos aos utentes do SNS e beneficiários da ADSE só será participado quando fornecido em embalagens com o conteúdo de:

1.1. Preparados sólidos para uso oral:

- a) Destinados a tratamento de curta ou média duração de doenças de carácter predominantemente agudo, em embalagens, até 20 unidades. Exceptuam-se antibióticos em embalagens até 16 unidades;
- b) Sedativos, hipnóticos e tranquilizantes destinados a tratamento de média duração; anticoagulantes e fibrinolíticos, para tratamentos sujeitos a rigorosa vigilância clínica, em embalagens até 30 unidades;
- c) Destinados a tratamentos prolongados de doença com carácter crónico, dois tipos de embalagens: embalagens de teste terapêutico até 20 unidades e embalagens para tratamento de manutenção até 60 unidades;
- d) Destinados a tratamentos prolongados, mas cuja forma farmacêutica seja de acção prolongada ou retardada, em embalagens até 30 unidades;
- e) Destinados a contraceção oral e contendo associações de hormonas, embalagens de teste terapêutico com as unidades necessárias a um ciclo e embalagens de manutenção até três ciclos.

A distribuição dos grupos terapêuticos de acordo com as alíneas a), b) e c) é a que consta da tabela anexa.

1.2. Preparados líquidos para uso oral, extemporâneos ou não:

- a) Em ampolas bebíveis – até 20 unidades;
- b) Em frascos (para administração às colheres):
 - Antibióticos – até 60 ml;
 - Outros – até 200 ml;
- c) Em frascos (para administração em gotas):
 - Destinados a tratamento de curta e média duração – até 30 ml;
 - Destinados a tratamentos prolongados – até 50 ml.

1.3. Cápsulas para inalação – até 30 unidades.

1.4. Preparados apresentados em aerossol pressurizados para inalação – até 200 doses.

1.5. Preparados para uso rectal ou vaginal:

- a) Comprimidos, supositórios, óvulos – até 12 unidades;
- b) Enemas e microenemas – até 6 unidades;
- c) Pomadas, cremes, geles e espumas – até 30 g;
- d) Pomadas, cremes, geles e espumas com aplicador – até 50 g.

1.6. Preparados injectáveis de pequeno volume (até 20 ml) – até 6 unidades.

(Exceptuam-se os antibióticos e as sulfonamidas, que serão em embalagens de 1 unidade.)

1.7. *Granulados e pós para uso oral – até 100 g.*

(Exceptuam-se os antibióticos, que serão em embalagens correspondentes a 12 medidas.)

Granulados e pós em carteiras – até 20 unidades.

(Exceptuam-se os antibióticos, que serão em embalagens de 12 carteiras.)

1.8. *Pomadas oftalmológicas e colírios – até 10 g.*

1.9. *Pomadas, cremes e geles e espumas para uso dérmico:*

a) Anti-reumáticos e venotrópicos – até 40 g.

b) Outras – até 30 g.

1.10. *Preparados líquidos para uso externo em frascos – até 200 ml.*

Preparados líquidos para uso externo em frascos para administração em gotas – até 20 ml.

1.11. *Pós para uso externo – até 30 g.*

1.12. *Soluções para nebulização – até 15 ml.*

1.13. *Sistemas terapêuticos transdérmicos – até 30 unidades.*

Tabela de distribuição dos grupos terapêuticos de acordo com a sua utilização preferencial em tratamento de curta ou média duração e tratamentos prolongados.

Distribuição dos grupos terapêuticos de acordo com a sua utilização preferencial em tratamento de curta ou média duração e tratamentos prolongados
Tratamentos de curta ou média duração
I.1 – Imunoglobinas e soros
I.2 – Vacinas
I.3 – Sulfonamidas
I.4 – Antibióticos
I.6 – Antimaláricos
I.7 – Anti-helmínticos
I.9 – Outros antiparasitários
I.10 – Desinfetantes
I.11 – Antivíricos
II.7 – Analépticos cárdio-respiratórios
II.8 – Sedativos, hipnóticos e tranquilizantes
II.11 – Analgésicos e antipiréticos
II.12 – Analgésicos estupefacientes
III.4 – Parassimpaticomiméticos e anticolinesterásicos
IV.3 – Vasopressores
V.3 – Hemostáticos
VI.1 – Antitússicos e expectorantes
VI.2 – Broncodilatadores e antiasmáticos (associações)
VII.3 – Purgantes e laxantes
VII.4 – Obstipantes e absorventes

VII.5 – Anti-sépticos e outros medicamentos usados nas doenças intestinais
VII.6 – Preparados de aplicação tópica na boca
VIII.2 – Anti-sépticos, acidificantes e alcalinizantes
VIII.4 – Medicamentos que actuam no útero
XI – Medicação antialérgica
XII.1 – Vitaminas e sais minerais. Suplementos alimentares
XII.2 – Estimulantes e inibidores do apetite
XV.2 – Medicamentos para aplicação tópica na orofaringe
XVIII – Antídotos
XXI – Medicamentos não classificados (tónicos, produtos enzimáticos)
Tratamentos prolongados
I.5 – Tuberculostáticos e antilepróticos
I.8 – Antifúngicos
II.3 – Relaxantes musculares
II.4 – Antiparkinsonianos
II.5 – Antiepiléticos
II.6 – Antieméticos e antivertiginosos
II.9 – Antidepressivos e psicotónicos ou psicoestimulantes
II.10 – Neurolépticos
II.13 – Outros medicamentos do sistema nervoso cerebro-espinal
III.2 – Bloqueadores adrenérgicos
III.5 – Parassimpaticolíticos
IV.1 – Cardiotónicos
IV.2 – Antiarrítmicos
IV.4 – Anti-hipertensores
IV.5 – Vasodilatadores
IV.6 – Medicamentos venotrópicos
IV.7 – Antilipémicos
V.1 – Antianémicos
V.2 – Broncodilatadores e antiasmáticos (simples)
VII.1 – Medicamentos substitutivos das secreções digestivas
VII.2 – Antiácidos e antiulcerosos
VII.8 – Medicamentos que actuam no fígado e vias biliares
VIII.1 – Diuréticos
IX.1 – Hormonas Hipofisiárias e placentárias
IX.2 – Corticosteróides
IX.3 – Hormonas da tiróide e antitiroideos
IX.4 – Insulinas, antidiabéticos orais e glicagina
IX.5 – Estrogénios e progestagénios
IX.6 – Androgénios e anabolizantes
IX.8 – Outros medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas

X – Medicamentos anti-reumáticos e outros anti-inflamatórios
--

XVII – Citostáticos e imunodepressores
--

XXI – Medicamentos não classificados (usados no tratamento da osteoporose e do prostatismo)

- ANEXO II - Dimensões das embalagens de medicamentos

Despacho Conjunto N.º A-35/87-X (Diário da República série II, N.º 100, de 2 de Maio de 1987) - Transcrição parcial (sic)

Reajustamentos que no decurso da execução do Despacho Conjunto A-81/86-X se mostram aconselháveis. Nestes termos, determina-se:

1.- Os citostáticos, imunodepressores e outros medicamentos de uso exclusivo em oncologia serão comparticipados, quando comercializados em embalagens de conteúdo diferente do previsto no Despacho Conjunto A-81/86-X, mediante autorização concedida caso a caso pela Direcção Geral dos Assuntos Farmacêuticos.

2.- As vacinas serão comparticipadas quando comercializadas em embalagens contendo as quantidades necessárias a um esquema de imunização e ou terapêutico.

3.- Os medicamentos usados na profilaxia da cárie dentária serão comparticipados quando comercializados em embalagens até 250 unidades.

4.- Os antivíricos de acção sistémica para uso oral serão comparticipados quando comercializados em embalagens até 25 unidades.

5.- Os sedativos e tranquilizantes e os medicamentos para uso oral de acção prolongada ou retardada serão comparticipados quando comercializados em embalagens que obedeçam ao estabelecido na alínea c) do n.º.1.1 do Despacho Conjunto A-81/86-X, de 2 de Maio, sendo-lhes ainda aplicado o disposto no n.º.6 do presente despacho.

6.- Sempre que o produto se apresente no mercado em diferentes dosagens para a mesma forma farmacêutica, será permitido que a embalagem de teste a lançar no mercado e comparticipada corresponda apenas à dosagem mais baixa.

7.- A distribuição dos grupos terapêuticos de acordo com a utilização preferencial dos medicamentos em tratamentos de curta ou média duração e tratamentos prolongados passa a ser a constante das tabelas anexas a este Despacho.

8.- Ficam as empresas farmacêuticas autorizadas a proceder ao redimensionamento das embalagens dos medicamentos abrangidos por este Despacho, desde que a Direcção Geral dos Assuntos Farmacêuticos a isso não se oponha, no prazo de 30 dias a contar da comunicação dessa intenção, em carta registada com aviso de recepção.

9.- Para efeitos de fixação de PVP das novas embalagens, deverão as respectivas empresas apresentar obrigatoriamente na Direcção-Geral de Concorrência e Preços, em carta registada com aviso de recepção, a listagem dos preços que pretendem praticar, acompanhada de fotocópia da comunicação efectuada à Direcção-Geral de Assuntos Farmacêuticos.

10.- Os PVP propostos à Direcção-Geral de Concorrência e Preços serão calculados nos termos da Portaria 733-M/86, de 4 de Dezembro, e poderão ser praticados pelas empresas no dia imediato ao da data do referido aviso de recepção.

11.- A Direcção-Geral de Concorrência e Preços poderá em qualquer altura comunicar às empresas, por carta registada com aviso de recepção, que os preços propostos pelas empresas não estão conformes as regras estabelecidas neste diploma; neste caso ficam as empresas obrigadas a praticar os preços comunicados pela Direcção-Geral de Concorrência e Preços a partir do 3º dia útil, contado a partir da data do recebimento do referido aviso de recepção.

Distribuição dos grupos terapêuticos de acordo com a sua utilização preferencial em tratamento de curta ou média duração e tratamentos prolongados
Tratamentos de curta ou média duração
I.1 – Imunoglobinas e soros
I.2 – Vacinas
I.3 – Sulfonamidas
I.4 – Antibióticos
I.6 – Antimaláricos
I.7 – Anti-helmínticos
I.10 – Desinfectantes
I.11 – Antivíricos
II.7 – Analépticos cárdio-respiratórios
II.8 – Hipnóticos
II.11 – Analgésicos e antipiréticos
II.12 – Analgésicos estupefacientes
III.4 – Parassimpaticomiméticos e anticolinesterásicos
IV.3 – Vasopressores
V.3 – Hemostáticos
VI.1 – Antitússicos e expectorantes
VII.3 – Purgantes e laxantes
VII.4 – Obstipantes e adsorventes
VII.5 – Anti-sépticos e outros medicamentos usados nas doenças intestinais
VII.6 – Preparados de aplicação tópica na boca
VII.7 – Preparados de aplicação tópica no recto
VIII.3 – Fórmulas de aplicação na vagina
VIII.4 – Medicamentos que actuam no útero
XI – Medicação antialérgica
XII.1 – Vitaminas e sais minerais. Suplementos alimentares
XII.2 – Estimulantes e inibidores do apetite
XV – Medicamentos de aplicação tópica em ORL

XVI – Medicamentos para aplicação tópica em oftalmologia, excepto antiglaucomatosos
XVIII – Antídotos
XXI – Medicamentos não classificados (ex.: tónicos, produtos enzinálicos)
Tratamentos prolongados
I.5 – Tuberculostáticos e antilepróticos
I.8 – Antifúngicos
I.9 – Outros antiparasitários
II.3 – Relaxantes musculares
II.4 – Antiparkinsonianos
II.5 – Antiepilépticos
II.6 – Antieméticos e antivertiginosos
II.8 – Sedativos e tranquilizantes
II.9 – Antidepressivos e psicotónicos ou psicoestimulantes
II.10 – Neurolépticos
II.13 – Outros medicamentos do sistema nervoso cerebro-espinal
III.2 – Bloqueadores adrenérgicos
III.5 – Parassimpaticolíticos
IV.1 – Cardiotónicos
IV.2 – Antiarrítmicos
IV.4 – Anti-hipertensores
IV.5 – Vasodilatadores
IV.6 – Medicamentos venotrópicos
IV.7 – Antilipémicos
V.1 – Antianémicos
V.2 – Anticoagulantes, fibrinolíticos e antiagregantes plaquetários
VI.2 – Broncodilatadores e antiasmáticos
VII.1 – Medicamentos substitutivos das secreções digestivas
VII.2 – Antiácidos e antiulcerosos
VII.8 – Medicamentos que actuam no fígado e vias biliares
VIII.1 – Diuréticos e seus adjuvantes (ex.: sais de K e Mg-grupo XIII)
VIII.2 – Anti-sépticos, acidificantes e alcalinizantes geniturinários
IX.1 – Hormonas hipofisiárias e placentárias
IX.2 – Corticosteróides
IX.3 – Hormonas da tiróide e antitiroideus
IX.4 – Insulinas, antidiabéticos orais e glicagina
IX.5 – Estrogénios e progestagénios
IX.6 – Androgénios e anabolizantes
IX.7 – Associações de hormonas
IX.8 – Outros medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
X – Medicamentos anti-reumáticos, incluindo aspirina e seus derivados simples e outros anti-inflamatórios incluindo os enzimáticos

XIV – Medicamentos de acção tópica na pele
XVI – Antiglaucomatosos
XVII – Citostáticos e imunodepressores
XXI – Medicamentos não classificados (ex.: medicamentos usados no tratamento da osteoporose, do prostatismo e da opacificação do cristalino)

- ANEXO III - Grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos que integram os escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos

Portaria N.º 743/93 (Diário da República, Série I-B, N.º 191, de 16 de Agosto de 1993) - Transcrição parcial (sic)

Nos termos do n.º 2 do Artigo 2º do Decreto Lei n.º 118/92, de 25 de Junho, manda o Governo, pelo Ministro da Saúde, o seguinte:

1.- São aprovados os grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos que integram os diferentes escalões de comparticipação que constam dos anexos a esta Portaria, que dela fazem parte integrante.

2.- As anotações ^(a) e ^(b) aditadas aos subgrupos mencionados no Anexo 1 e a aditar, por Despacho, a outros medicamentos, sempre que se considere necessário, significam:

^(a) Medicamentos prescritos e fornecidos pelas unidades oficiais de cuidados de saúde em situações de internamento ou em regime ambulatorio; em caso de aviamento pelas farmácias, a comparticipação do Estado é feita pelo escalão C

^(b) Medicamentos prescritos e fornecidos pelas unidades oficiais de cuidados de saúde em situações de internamento ou em regime ambulatorio; em caso de aviamento pelas farmácias, a comparticipação do Estado é nula

3.- Integram o escalão A os corticosteróides destinados ao tratamento de doentes com lúpus, desde que o médico confirme a situação do doente, por escrito, na receita

ANEXO I

Escalão A

Antidiabéticos orais e injectáveis (IX-4)
Antiepilépticos (II-5)
Antiglaucomatosos sistémicos e tópicos (XVI-4)
Anti-hemofílicos (a)
Antiparkinsonianos (II-4)
Antineoplásicos (a) e imunomoduladores (XVII)
Tuberculostáticos e antilepróticos (IX-5) (a)
Hormonas hipofisárias, do crescimento (b) e antidiuréticas (IX-1)
Medicamentos específicos para hemodiálise

Escalão B

Anovulatórios
Antiarrítmicos (IV-2)
Antiasmáticos simples (IVI-2)
Anticoagulantes e fibrinolíticos (V-2)
Anti-hipertensores (IV-4)
Antimaláricos (I-6)
Anti-reumáticos simples de acção sistémica (X)
Antiulcerosos (VII-2 e VII-5)
Cardiotónicos (IV-1)
Diuréticos (VIII-1)
Etiotropos de acção sistémica (I-3, I-4, I-8, I-11 e VIII-2)
Hormonas da tiróide e antitiroideos (IX-3)
Vasodilatadores coronários (IV-5)

Escalão C

Grupo I - Etiotrópicos, imunoterápicos e desinfectantes

Imunoglobulinas e soros (I-1)
Vacinas não incluídas nos planos nacionais de vacinação (I-2)
Anti-helmínticos (I-7)
Outros antiparasitários (I-9)
Outros imunoterápicos (I-12)

Grupo II - Sistema nervoso cérebro-espinal

Relaxantes musculares (II-3)
Antieméticos e antivertiginosos (II-6)
Analépticos (II-7)
Sedativos, hipnóticos e tranquilizantes (II)
Antidepressivos e psicotónicos (II-9)
Neurolépticos (II-10)
Analgésicos e antipiréticos simples (II-11)
Analgésicos estupefacientes (II-12)
Outros medicamentos do SNC (II-13), à excepção dos considerados antiasténicos e ou tónicos

Grupo III - Sistema nervoso vegetativo

Todos os medicamentos incluídos

Grupo IV - Aparelho cardiovascular

Vasopressores (IV-3)
Vasodilatadores periféricos (IV-5)
Medicamentos venotrópicos (IV-6)
Antilipémicos (IV-7)

Grupo V - Sangue

Antianémicos (V-1)
Hemostáticos (V-3)

Grupo VI - Aparelho respiratório

Antidiscrínicos e mucolíticos simples (VI-1)
Broncodilatadores e antiasmáticos em associações (VI-3)

Grupo VII - Aparelho digestivo

Medicamentos substitutivos das secreções digestivas (VII-1)

Antiácidos (VII-2)

Obstipantes e adsorventes (VII-4)

Anti-sépticos e outros medicamentos usados nas doenças intestinais (VII-5), à excepção dos antiulcerosos intestinais

Preparados de aplicação tópica no recto (VII-7)

Medicamentos simples que actuam no fígado e vias biliares (VII-8)

Grupo VIII - Aparelho geniturinário

Acidificantes e alcalizantes (VIII-2)

Fórmulas de aplicação na vagina (VIII-3), à excepção dos produtos considerados de higiene

Medicamentos que actuam no útero (VIII-4)

Grupo IX - Hormonas e outros medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas

Hormonas hipofisárias e placentárias (IX-1), à excepção das hormonas antidiuréticas e do crescimento

Corticosteróides (IX-2)

Estrogénios e progestagénios (IX-5), à excepção dos usados como anovulatórios

Androgénios e anabolizantes (IX-6)

Associações de hormonas (IX-7), à excepção das usadas como anovulatórios

Outros medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas (IX-8)

Grupo X - Medicamentos anti-reumáticos e outros anti-inflamatórios

Outros anti-inflamatórios

Grupo XI - Medicação antialérgica

Todos os medicamentos incluídos

Grupo XII - Nutrição

Vitaminas e sais minerais simples (XII-4) e as seguintes associações: A+D; A+E; A+E+B6; cálcio+vitamina D (XII-1)

Grupo XIII - Correctivos da volémia e das alterações hidroelectrolíticas nutrientes injectáveis

Todos os medicamentos incluídos

Grupo XIV - Medicamentos de aplicação tópica na pele

Etiotrópicos (XIV-1)

Anti-inflamatórios (XIV-2)

Androgénios e anabolizantes (XIV-6)

Associações de hormonas (XIV-7), à excepção das usadas como anovulatórios

Outros medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas (XIV-8)

Grupo XV - Medicamentos de aplicação tópica em otorrinolaringologia

Medicamentos para aplicação tópica na orofaringe e fossas nasais anti-inflamatórios (XV-2)

Grupo XVI - Medicamentos de aplicação tópica em oftalmologia

Etiotrópicos e adstringentes (XVI-1)

Midriáticos (XVI-2)

Mióticos (XVI-3) e outros medicamentos usados em oftalmologia (XVI-4), à excepção dos antigaucomatosos

Grupo XVIII - Antídotos

Todos os medicamentos incluídos

Grupo XIX - Produtos não classificados

Todos, à excepção dos considerados antiasténicos e ou tónicos

ANEXO II

Grupos terapêuticos

1 - Aparelho cardiovascular:

Anti-hipertensores:

- a) Antiadrenérgicos de acção central
- b) Antiadrenérgicos de acção periférica
 - 1) Bloqueadores (alfa)
 - 2) Bloqueadores (beta)
 - 3) Bloqueadores (alfa) e (beta)
- c) Musculotrópicos
- d) Bloqueadores dos canais de cálcio
- e) Inibidores da enzima de conversão

2 - Sangue:

Antianémicos:

- a) Ácido fólico
- b) Sulfato ferroso

3 - Aparelho digestivo:

Antiácidos:

- a) Hidróxido de alumínio
- b) Fosfato de alumínio gel
- c) Carbonato de cálcio

4 - Hormonas:

Corticosteróides:

- Prednisolona

5 - Nutrição:

Vitaminas e sais minerais:

- a) Complexo B
- b) Calitriol

6 - Resina permutadora de iões - fase cálcica.

- ANEXO IV - Classificação fármaco-terapêutica dos medicamentos segundo a ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Code) da OMS

Despacho Nº. 21 844/2004 (Diário da República, Série II, Nº. 252, de 26 de Outubro de 2004) - Transcrição parcial (sic)

É aprovada e oficialmente adoptada a classificação fármaco-terapêutica de medicamentos, que consta do anexo I ao presente Despacho e dele faz parte integrante.

A tabela de correspondência entre a classificação ora aprovada e a classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Code) da OMS consta do anexo II.

ANEXO I

Classificação farmacoterapêutica

Grupo I — Medicamentos anti-infecciosos

1.1 — Antibacterianos

1.1.1 — Penicilinas

1.1.1.1 — Benzilpenicilinas e fenoximetilpenicilina

1.1.1.2 — Aminopenicilinas

1.1.1.3 — Isoxazolilpenicilinas

1.1.1.4 — Penicilinas antipseudomonas

1.1.1.5 — Amidinopenicilinas

1.1.2 — Cefalosporinas

1.1.2.1 — Cefalosporinas de 1ª. geração

1.1.2.2 — Cefalosporinas de 2ª. geração

1.1.2.3 — Cefalosporinas de 3ª. geração

1.1.2.4 — Cefalosporinas de 4ª. geração

1.1.3 — Monobactams

1.1.4 — Carbapenems

1.1.5 — Associações de penicilinas com inibidores das lactamases Beta

1.1.6 — Cloranfenicol e tetraciclina

1.1.7 — Aminoglicosídeos

1.1.8 — Macrólidos

1.1.9 — Sulfonamidas e suas associações

1.1.10 — Quinolonas

1.1.11 — Outros antibacterianos

1.1.12 — Antituberculosos

1.1.13 — Antilepróticos

1.2 — Antifúngicos

1.3 — Antivíricos

1.3.1 — Anti-retrovirais

- 1.3.1.1 — Inibidores da protease
- 1.3.1.2 — Análogos não nucleosídeos inibidores da transcriptase inversa (reversa)
- 1.3.1.3 — Análogos nucleosídeos inibidores da transcriptase inversa (reversa)
- 1.3.2 — Outros antivíricos

1.4 — Antiparasitários

- 1.4.1 — Anti-helmínticos
- 1.4.2 — Antimaláricos
- 1.4.3 — Outros antiparasitários

Grupo 2 — Sistema nervoso central

2.1 — Anestésicos gerais

2.2 — Anestésicos locais

2.3 — Relaxantes musculares

- 2.3.1 — Acção central
- 2.3.2 — Acção periférica
- 2.3.3 — Acção muscular directa

2.4 — Antimiasténicos

2.5 — Antiparkinsonianos

- 2.5.1 — Anticolinérgicos
- 2.5.2 — Dopaminomiméticos

2.6 — Antiepilépticos e anticonvulsivantes

2.7 — Antieméticos e antivertiginosos

2.8 — Estimulantes inespecíficos do sistema nervoso central

2.9 — Psicofármacos

- 2.9.1 — Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos
- 2.9.2 — Antipsicóticos
- 2.9.3 — Antidepressores
- 2.9.4 — Lítio

2.10 — Analgésicos e antipiréticos

2.11 — Medicamentos usados na enxaqueca

2.12 — Analgésicos estupefacientes

2.13 — Outros medicamentos com acção no sistema nervoso central

- 2.13.1 — Medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas
- 2.13.2 — Medicamentos utilizados no tratamento sintomático da doença do neurónio motor
- 2.13.3 — Medicamentos para tratamento da dependência de drogas
- 2.13.4 — Medicamentos com acção específica nas perturbações do ciclo sono-vigília

Grupo 3 — Aparelho cardiovascular

3.1 — Cardiotónicos

- 3.1.1 — Digitálicos
- 3.1.2 — Outros cardiotónicos

3.2 — Antiarrítmicos

- 3.2.1 — Bloqueadores dos canais do sódio (classe I)
 - 3.2.1.1 — Classe ia (tipo quinidina)
 - 3.2.1.2 — Classe ib (tipo lidocaína)
 - 3.2.1.3 — Classe ic (tipo flecainida);

- 3.2.2 — Bloqueadores adrenérgicos beta (classe II)
- 3.2.3 — Prolongadores da repolarização (classe III)
- 3.2.4 — Bloqueadores da entrada do cálcio (classe IV)
- 3.2.5 — Outros antiarrítmicos

3.3 — Simpaticomiméticos

3.4 — Anti-hipertensores

- 3.4.1 — Diuréticos
 - 3.4.1.1 — Tiazidas e análogos
 - 3.4.1.2 — Diuréticos da ansa
 - 3.4.1.3 — Diuréticos poupadores de potássio
 - 3.4.1.4 — Inibidores da anidrase carbónica
 - 3.4.1.5 — Diuréticos osmóticos
 - 3.4.1.6 — Associações de diuréticos
- 3.4.2 — Modificadores do eixo renina angiotensina
 - 3.4.2.1 — Inibidores da enzima de conversão da angiotensina
 - 3.4.2.2 — Antagonistas dos receptores da angiotensina
- 3.4.3 — Bloqueadores da entrada do cálcio
- 3.4.4 — Depressores da actividade adrenérgica
 - 3.4.4.1 — Bloqueadores alfa
 - 3.4.4.2 — Bloqueadores beta
 - 3.4.4.2.1 — Selectivos cardíacos
 - 3.4.4.2.2 — Não selectivos cardíacos
 - 3.4.4.2.3 — Bloqueadores beta e alfa
 - 3.4.4.3 — Agonistas alfa 2 centrais
- 3.4.5 — Vasodilatadores directos
- 3.4.6 — Outros

3.5 — Vasodilatadores

- 3.5.1 — Antianginosos
- 3.5.2 — Outros vasodilatadores

3.6 — Venotrópicos

3.7 — Antidislipídémicos

Grupo 4 — Sangue

4.1 — Antianémicos

- 4.1.1 — Compostos de ferro
- 4.1.2 — Medicamentos para tratamento das anemias megaloblásticas
- 4.1.3 — Medicamentos para tratamento das anemias hemolíticas e hipoplásticas

4.2 — Factores estimulantes da hematopoiese

4.3 — Anticoagulantes e antitrombóticos

- 4.3.1 — Anticoagulantes
 - 4.3.1.1 — Heparinas
 - 4.3.1.2 — Antivitamínicos K
 - 4.3.1.3 — Outros anticoagulantes
 - 4.3.1.4 — Antiagregantes plaquetários
- 4.3.2 — Fibrinolíticos (ou trombolíticos)

4.4 — Anti-hemorrágicos

- 4.4.1 — Antifibrinolíticos

4.4.2 — Hemostáticos

Grupo 5 — Aparelho respiratório

5.1 — Antiasmáticos e broncodilatadores

5.1.1 — Agonistas adrenérgicos beta

5.1.2 — Antagonistas colinérgicos

5.1.3 — Anti-inflamatórios

5.1.3.1 — Glucocorticóides

5.1.3.2 — Antagonistas dos leucotrienos

5.1.4 — Xantinas

5.1.5 — Antiasmáticos de acção profiláctica

5.2 — Antitússicos e expectorantes

5.2.1 — Antitússicos

5.2.2 — Expectorantes

5.2.3 — Associações e medicamentos descongestionantes

5.3 — Tensioactivos (surfactantes) pulmonares

Grupo 6 — Aparelho digestivo

6.1 — Medicamentos que actuam na boca e orofaringe

6.1.1 — De aplicação tópica

6.1.2 — De acção sistémica

6.2 — Antiácidos e antiulcerosos

6.2.1 — Antiácidos

6.2.2 — Modificadores da secreção gástrica

6.2.2.1 — Anticolinérgicos

6.2.2.2 — Antagonistas dos receptores H₂

6.2.2.3 — Inibidores da bomba de protões

6.2.2.4 — Prostaglandinas

6.2.2.5 — Protectores da mucosa gástrica

6.3 — Modificadores da motilidade gastrointestinal

6.3.1 — Modificadores da motilidade gástrica ou procinéticos

6.3.2 — Modificadores da motilidade intestinal

6.3.2.1 — Laxantes e catárticos

6.3.2.1.1 — Emolientes

6.3.2.1.2 — Laxantes de contacto

6.3.2.1.3 — Laxantes expansores do volume fecal

6.3.2.1.4 — Laxantes osmóticos

6.3.2.2 — Antidiarreicos

6.3.2.2.1 — Obstipantes

6.3.2.2.2 — Adsorventes

6.3.2.2.3 — Antiflatulentos

6.4 — Antiespasmódicos

6.5 — Inibidores enzimáticos

6.6 — Suplementos enzimáticos, bacilos lácteos e análogos

6.7 — Anti-hemorroidários

6.8 — Anti-inflamatórios intestinais

6.9 — Medicamentos que actuam no fígado e vias biliares

- 6.9.1 — Coleréticos e colagogos
- 6.9.2 — Medicamentos para tratamento da litíase biliar

Grupo 7 — Aparelho geniturinário

7.1 — Medicamentos de aplicação tópica na vagina

- 7.1.1 — Estrogéneos e Progestagéneos
- 7.1.2 — Anti-infecciosos
- 7.1.3 — Outros medicamentos tópicos vaginais

7.2 — Medicamentos que actuam no útero

- 7.2.1 — Ocitócicos
- 7.2.2 — Prostaglandinas
- 7.2.3 — Simpaticomiméticos

7.3 — Anti-infecciosos e anti-sépticos urinários

7.4 — Outros medicamentos usados em disfunções geniturinárias

- 7.4.1 — Acidificantes e alcalinizantes urinários
- 7.4.2 — Medicamentos usados nas perturbações da micção
 - 7.4.2.1 — Medicamentos usados na retenção urinária
 - 7.4.2.2 — Medicamentos usados na incontinência urinária
- 7.4.3 — Medicamentos usados na disfunção eréctil

Grupo 8 — Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas

8.1 — Hormonas hipotalâmicas e hipofisárias, seus análogos e antagonistas

- 8.1.1 — Lobo anterior da hipófise
- 8.1.2 — Lobo posterior da hipófise
- 8.1.3 — Antagonistas hipofisários

8.2 — Corticosteróides

- 8.2.1 — Mineralocorticoides
- 8.2.2 — Glucocorticoides

8.3 — Hormonas da tiróide e antitiroideus

8.4 — Insulinas, antidiabéticos orais e glucagom

- 8.4.1 — Insulinas
 - 8.4.1.1 — De acção curta
 - 8.4.1.2 — De acção intermédia
 - 8.4.1.3 — De acção prolongada
- 8.4.2 — Antidiabéticos orais
- 8.4.3 — Glucagom

8.5 — Hormonas sexuais

- 8.5.1 — Estrogénios e progestagénios
 - 8.5.1.1 — Tratamento de substituição
 - 8.5.1.2 — Anticoncepcionais
 - 8.5.1.3 — Progestagénios
- 8.5.2 — Androgénios e anabolizantes

8.6 — Estimulantes da ovulação e gonadotropinas

8.7 — Anti-hormonas (ver Grupo 16)

Grupo 9 — Aparelho locomotor

9.1 — Anti-inflamatórios não esteróides

- 9.1.1 — Derivados do ácido antranílico

- 9.1.2 — Derivados do ácido acético
- 9.1.3 — Derivados do ácido propiónico
- 9.1.4 — Derivados pirazolónicos
- 9.1.5 — Derivados do indol e do indeno
- 9.1.6 — Oxicans
- 9.1.7 — Derivados sulfanilamídicos
- 9.1.8 — Compostos não acídicos
- 9.1.9 — Inibidores selectivos da Cox 2
- 9.1.10 — Anti-inflamatórios não esteróides para uso tópico

9.2 — Modificadores da evolução da doença reumatismal

9.3 — Medicamentos usados para o tratamento da gota

9.4 — Medicamentos para tratamento da artrose

9.5 — Enzimas anti-inflamatórias

9.6 — Medicamentos que actuam no osso e no metabolismo do cálcio

- 9.6.1 — Calcitonina
- 9.6.2 — Bifosfonatos
- 9.6.3 — Vitaminas D
- 9.6.4 — Outros

Grupo 10 — Medicação antialérgica

10.1 — Anti-histamínicos

- 10.1.1 — Anti-histamínicos H1 sedativos
- 10.1.2 — Anti-histamínicos H1 não sedativos

10.2 — Corticosteróides

10.3 — Simpaticomiméticos

Grupo 11 — Nutrição

11.1 — Nutrição entérica

- 11.1.1 — Suplementos dietéticos orais
 - 11.1.1.1 — Completos
 - 11.1.1.2 — Modulares
- 11.1.2 — Dietas entéricas
 - 11.1.2.1 — Poliméricas
 - 11.1.2.2 — Modificadas
 - 11.1.2.3 — Pré-digeridas
 - 11.1.2.4 — Específicas de doenças metabólicas

11.2 — Nutrição parentérica

- 11.2.1 — Macronutrientes
 - 11.2.1.1 — Aminoácidos
 - 11.2.1.2 — Glúcidos
 - 11.2.1.3 — Lípidos
 - 11.2.1.4 — Misturas de macronutrientes
- 11.2.2 — Micronutrientes
 - 11.2.2.1 — Suplementos minerais
 - 11.2.2.2 — Suplementos vitamínicos lipossolúveis
 - 11.2.2.3 — Suplementos vitamínicos hidrossolúveis
 - 11.2.3 — Misturas de macronutrientes e micronutrientes

- 11.3 — Vitaminas e sais minerais
 - 11.3.1 — Vitaminas
 - 11.3.1.1 — Vitaminas lipossolúveis
 - 11.3.1.2 — Vitaminas hidrossolúveis
 - 11.3.1.3 — Associações de vitaminas
 - 11.3.2 — Sais minerais
 - 11.3.2.1 — Cálcio, magnésio e fósforo
 - 11.3.2.1.1 — Cálcio
 - 11.3.2.1.2 — Magnésio
 - 11.3.2.1.3 — Fósforo
 - 11.3.2.2 — Flúor
 - 11.3.2.3 — Potássio
 - 11.3.2.4 — Associação de sais para re-hidratação oral
 - 11.3.3 — Associações de vitaminas com sais minerais

Grupo 12 — Correctivos da volémia e das alterações electrolíticas

- 12.1 — Correctivos do equilíbrio ácido-base**
 - 12.1.1 — Acidificantes
 - 12.1.2 — Alcalinizantes
- 12.2 — Correctivos das alterações hidroelectrolíticas**
 - 12.2.1 — Cálcio
 - 12.2.2 — Fósforo
 - 12.2.3 — Magnésio
 - 12.2.4 — Potássio
 - 12.2.5 — Sódio
 - 12.2.6 — Zinco
 - 12.2.7 — Glucose
 - 12.2.8 — Outros
- 12.3 — Soluções para diálise peritoneal**
 - 12.3.1 — Soluções isotónicas
 - 12.3.2 — Soluções hipertónicas
- 12.4 — Soluções para hemodiálise**
- 12.5 — Soluções para hemofiltração**
- 12.6 — Substitutos do plasma e das fracções proteicas do plasma**
- 12.7 — Medicamentos captadores de iões**
 - 12.7.1 — Fixadores de fósforo
 - 12.7.2 — Resinas permutadoras de catiões

Grupo 13 — Medicamentos usados em afecções cutâneas

- 13.1 — Anti-infecciosos de aplicação na pele**
 - 13.1.1 — Anti-sépticos e desinfectantes
 - 13.1.2 — Antibacterianos
 - 13.1.3 — Antifúngicos
 - 13.1.4 — Antivíricos
 - 13.1.5 — Antiparasitários
- 13.2 — Emolientes e protectores**
 - 13.2.1 — Emolientes

13.2.2 — Preparações barreira

13.2.3 — Pós

13.3 — Medicamentos queratolíticos e antipsoriáticos

13.3.1 — De aplicação tópica

13.3.2 — De acção sistémica

13.4 — Medicamentos para tratamento da acne e da rosácea

13.4.1 — Rosácea

13.4.2 — Acne

13.4.2.1 — De aplicação tópica

13.4.2.2 — De acção sistémica

13.5 — Corticosteroides de aplicação tópica

13.6 — Associações de antibacterianos, antifúngicos e corticosteróides

13.7 — Adjuvantes da cicatrização

13.8 — Outros medicamentos usados em dermatologia

13.8.1 — Preparações enzimáticas e produtos aparentados

13.8.2 — Anestésicos locais e antipruriginosos

13.8.3 — Preparações para verrugas, calos e condilomas

13.8.4 — Produtos para alopecia androgénica

13.8.5 — Imunomoduladores de uso tópico

13.8.6 — Produtos para as unhas

Grupo 14 — Medicamentos usados em afecções otorrinolaringológicas

4.1 — Produtos para aplicação nasal

14.1.1 — Descongestionantes

14.1.2 — Corticosteróides

14.1.3 — Anti-histamínicos

14.1.4 — Fármacos profiláticos usados na rinite alérgica

14.1.5 — Antibióticos

4.2 — Produtos para aplicação no ouvido

Grupo 15 — Medicamentos usados em afecções oculares

15.1 — Anti-infecciosos tópicos

15.1.1 — Antibacterianos

15.1.2 — Antifúngicos

15.1.3 — Antivíricos

15.2 — Anti-inflamatórios

15.2.1 — Corticosteróides

15.2.2 — Anti-inflamatórios não esteróides

15.2.3 — Outros anti-inflamatórios, descongestionantes e antialérgicos

15.3 — Midriáticos e cicloplégicos

15.3.1 — Simpaticomiméticos

15.3.2 — Anticolinérgicos

15.4 — Medicamentos usados no tratamento do glaucoma

15.4.1 — Mióticos

15.4.2 — Simpaticomiméticos

15.4.3 — Bloqueadores beta

15.4.4 — Análogos das prostaglandinas

15.4.5 — Outros

15.5 — Anestésicos locais

15.6 — Outros medicamentos e produtos usados em oftalmologia

15.6.1 — Adstringentes, lubrificantes e lágrimas artificiais

15.6.2 — Medicamentos usados para diagnóstico

15.6.3 — Outros medicamentos

15.7 — Medicamentos para uso intra-ocular

Grupo 16 — Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores

16.1 — Citotóxicos

16.1.1 — Alquilantes

16.1.2 — Citotóxicos relacionados com alquilantes

16.1.3 — Antimetabolitos

16.1.4 — Inibidores da topoisomerase I

16.1.5 — Inibidores da topoisomerase II

16.1.6 — Citotóxicos que se intercalam no ADN

16.1.7 — Citotóxicos que interferem com a tubulina

16.1.8 — Inibidores das tirosinacinasas

16.1.9 — Outros citotóxicos

16.2 — Hormonas e anti-hormonas

16.2.1 — Hormonas

16.2.1.1 — Estrogénios

16.2.1.2 — Androgénios

16.2.1.3 — Progestagénios

16.2.1.4 — Análogos da hormona libertadora de gonadotropina

16.2.2 — Anti-hormonas

16.2.2.1 — Antiestrogénios

16.2.2.2 — Antiandrogénios

16.2.2.3 — Inibidores da aromatase

16.2.2.4 — Adrenolíticos

16.3 — Imunomoduladores

Grupo 17 — Medicamentos usados no tratamento de intoxicações

Grupo 18 — Vacinas e imunoglobulinas

18.1 — Vacinas (simples e conjugadas)

18.2 — Lisados bacterianos

18.3 — Imunoglobulinas

Grupo 19 — Meios de diagnóstico

19.1 — Meios de contraste radiológico

19.1.1 — Produtos iodados

19.1.2 — Produtos baritados

19.1.3 — Outros produtos usados em radiologia

19.2 — Meios de contraste para imagem por ressonância magnética

19.3 — Meios de contraste para ultra-sonografia

19.4 — Meios de diagnóstico não radiológico

19.5 — Preparações radiofarmacêuticas (radiofármacos)

- 19.5.1 — Radiofármacos de crómio
- 19.5.2 — Radiofármacos de estrôncio
- 19.5.3 — Radiofármacos de gálio
- 19.5.4 — Radiofármacos de índio
- 19.5.5 — Radiofármacos de iodo
- 19.5.6 — Radiofármacos de samário
- 19.5.7 — Radiofármacos de tálio
- 19.5.8 — Radiofármacos de tecnécio
- 19.5.9 — Radiofármacos de xénon
- 19.5.10 — Testes de radioimunoensaio
- 19.5.11 — Teste de Schilling

Grupo 20 — Material de penso, hemostáticos locais, gases medicinais e outros produtos

20.1 — Pensos para feridas crónicas

- 20.1.1 — Absorventes de odores
- 20.1.2 — Alginatos
- 20.1.3 — Gazes impregnadas
- 20.1.4 — Hidrogeles
- 20.1.5 — Hidropolímeros

20.2 — Hemostáticos

20.3 — Agentes de diluição, irrigação e lubrificação

20.4 — Gases medicinais

20.5 — Desinfetantes de material

20.6 — Soluções para conservação de órgãos

20.7 — Produtos para embolização

20.8 — Produtos para fisioterapia

20.9 — Outros produtos

ANEXO II

Tabela de correspondência entre a classificação fármaco-terapêutica e a classificação ATC/

Classificação fármaco-terapêutica	Códigos ATC
Grupo 1 — Medicamentos anti-infecciosos	
1.1 — Antibacterianos	
1.1.1 — Penicilinas	J01C
1.1.1.1 — Benzilpenicilinas e fenoximetilpenicilina	J01CE
1.1.1.2 — Aminopenicilinas	J01CA
1.1.1.3 — Isoxazolilpenicilinas	J01CF
1.1.1.4 — Penicilinas antipseudomonas	J01CA
1.1.1.5 — Amidinopenicilinas	J01CA
1.1.2 — Cefalosporinas	J01DA
1.1.2.1 — Cefalosporinas de 1ª. geração	
1.1.2.2 — Cefalosporinas de 2ª. geração	
1.1.2.3 — Cefalosporinas de 3ª. geração	
1.1.2.4 — Cefalosporinas de 4ª. geração	
1.1.3 — Monobactams	J01DF
1.1.4 — Carbapenemes	J01DH
1.1.5 — Associações de penicilinas com inibidores das beta lactamases	J01CR
1.1.6 — Cloranfenicol e tetracilinas	J01BA; J01AA
1.1.7 — Aminoglicosídeos	J01G
1.1.8 — Macrólidos	J01FA
1.1.9 — Sulfonamidas e suas associações	J01E
1.1.10 — Quinolonas	J01M
1.1.11 — Outros antibacterianos	J01X
1.1.12 — Antituberculosos	J04A
1.1.13 — Antilepróticos	J04B
1.2 — Antifúngicos	J02; D01BA
1.3 — Antivíricos	J05
1.3.1 — Anti-retrovirais	
1.3.1.1 — Inibidores da protease	J05AE
1.3.1.2 — Análogos não nucleosídeos inibidores da transcriptase inversa (reversa)	J05AG
1.3.1.3 — Análogos nucleosídeos inibidores da transcriptase inversa (reversa)	J05AF

1.3.2 — Outros antivíricos	J05AB
1.4 — Antiparasitários	P
1.4.1 — Anti-helmínticos	P02
1.4.2 — Antimaláricos	P01B
1.4.3 — Outros antiparasitários	P01A; P01C

Grupo 2 — Sistema nervoso central

2.1 — Anestésicos gerais	N01A
2.2 — Anestésicos locais	N01B
2.3 — Relaxantes musculares	M03
2.3.1 — Acção central	M03B
2.3.2 — Acção periférica	M03A
2.3.3 — Acção muscular directa	M03C
2.4 — Antimiasténicos	N07AA
2.5 — Antiparkinsónicos	N04
2.5.1 — Anticolinérgicos	N04A
2.5.2 — Dopaminomiméticos	N04B
2.6 — Antiepilépticos e anticonvulsivantes	N03
2.7 — Antieméticos e antivertiginosos	A04A
2.8 — Estimulantes inespecíficos do sistema nervoso central	N06B; R07A; A08AA
2.9 — Psicofármacos	
2.9.1 — Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	N05B; N05C
2.9.2 — Antipsicóticos	N05A
2.9.3 — Antidepressores	N06A
2.9.4 — Lítio	N05AN01
2.10 — Analgésicos e antipiréticos	N02B
2.11 — Medicamentos usados na enxaqueca	N02C
2.12 — Analgésicos estupefacientes	N02A
2.13 — Outros medicamentos com acção no sistema nervoso central	N07
2.13.1 — Medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas	N06D
2.13.2 — Medicamentos utilizados no tratamento sintomático da doença do neurónio motor	N07XX
2.13.3 — Medicamentos para tratamento da dependência de drogas	N07BC
2.13.4 — Medicamentos com acção específica nas perturbações do ciclo sono-vigília	N06B

Grupo 3 — Aparelho cardiovascular

3.1 — Cardiotónicos

3.1.1 — Digitálicos C01A

3.1.2 — Outros cardiotónicos C01C

3.2 — Anti-arrítmicos

3.2.1 — Bloqueadores dos canais do sódio (classe I)

3.2.1.1 — Classe Ia (tipo quinidina) C01BA

3.2.1.2 — Classe Ib (tipo lidocaína) C01BB

3.2.1.3 — Classe Ic (tipo flecainida) C01BC

3.2.2 — Bloqueadores adrenérgicos beta (classe II) C07A

3.2.3 — Prolongadores da repolarização (classe III) C01BD

3.3 — Simpaticomiméticos C01CA

3.4 — Anti-hipertensores

3.4.1 — Diuréticos

3.4.1.1 — Tiazidas e análogos C03A; C03B

3.4.1.2 — Diuréticos da ansa C03C

3.4.1.3 — Diuréticos poupadores de potássio C03D

3.4.1.4 — Inibidores da anidrase carbónica S01EC

3.4.1.5 — Diuréticos osmóticos B05BC01

3.4.1.6 — Associações de diuréticos C03E

3.4.2 — Modificadores do eixo renina angiotensina

3.4.2.1 — Inibidores da enzima de conversão da angiotensina C09A

3.4.2.2 — Antagonistas dos receptores da angiotensina C09C; C09D

3.4.3 — Bloqueadores da entrada do cálcio C08

3.4.4 — Depressores da actividade adrenérgica

3.4.4.1 — Bloqueadores alfa C02C

3.4.4.2 — Bloqueadores beta C07A

3.4.4.2.1 — Selectivos cardíacos

3.4.4.2.2 — Não selectivos cardíacos

3.4.4.2.3 — Bloqueadores beta e alfa

3.4.4.2.4 — Agonistas α_2 centrais C02AA; C02AC

3.4.5 — Vasodilatadores directos C02D

3.4.6 — Outros C02K

3.5 — Vasodilatadores

3.5.1 — Antianginosos C01D

3.5.2 — Outros vasodilatadores C04

3.6 — Venotrópicos C05B

3.7 — Antidislipídicos C10A

Grupo 4 — Sangue

4.1 — Antianémicos	B03
4.1.1 — Compostos de ferro	B03A
4.1.2 — Medicamentos para tratamento das anemias megaloblásticas	B03B
4.1.3 — Medicamentos para tratamento das anemias hemolíticas e hipoplásticas	A14A; A11HA
4.2 — Factores estimulantes da hematopoiese	B03X; L03AA
4.3 — Anticoagulantes e antitrombóticos	
4.3.1 — Anticoagulantes	B01A
4.3.1.1 — Heparinas	B01AB
4.3.1.2 — Antivitamínicos K	B01AA
4.3.1.3 — Outros anticoagulantes	C05BA
4.3.1.4 — Anti-agregantes plaquetários	B01AC
4.3.2 — Fibrinolíticos (ou trombolíticos)	B01AD
4.4 — Anti-hemorragicos	B02
4.4.1 — Antifibrinolíticos	B02A
4.4.2 — Hemostáticos	B02B

Grupo 5 — Aparelho respiratório

5.1 — Antiasmáticos e broncodilatadores	R03
5.1.1 — Agonistas adrenérgicos beta	R03A; R03AK
5.1.2 — Antagonistas colinérgicos	R03BB
5.1.3 — Anti-inflamatórios	
5.1.3.1 — Glucocorticóides	R03BA
5.1.3.2 — Antagonistas dos leucotrienos	R03DC
5.1.4 — Xantinas	R03DA
5.1.5 — Antiasmáticos de acção profiláctica	R03BC; R06AX17
5.2 — Antitússicos e expectorantes	
5.2.1 — Antitússicos	R05D
5.2.2 — Expectorantes	R05C
5.2.3 — Associações e medicamentos descongestionantes	R05F; R05X
5.3 — Tensioactivos (surfactantes) pulmonares	R07AA

Grupo 6 — Aparelho digestivo

6.1 — Medicamentos para aplicação na boca e orofaringe	
6.1.1 — De aplicação tópica	A01A
6.1.2 — De acção sistémica	N07AX
6.2 — Antiácidos e antiulcerosos	A02

6.2.1 — Antiácidos	A02A
6.2.2 — Modificadores da secreção gástrica	A02B
6.2.2.1 — Anticolinérgicos	
6.2.2.2 — Antagonistas dos receptores H2	A02BA
6.2.2.3 — Inibidores da bomba de prótons	A02BC
6.2.2.4 — Prostaglandinas	A02BB
6.2.2.5 — Protectores da mucosa gástrica	A02BX
6.3 — Modificadores da motilidade gastrointestinal	A03
6.3.1 — Modificadores da motilidade gástrica ou procinéticos	A03F
6.3.2 — Modificadores da motilidade intestinal	
6.3.2.1 — Laxantes e catárticos	A06A
6.3.2.1.1 — Emolientes	A06AA
6.3.2.1.2 — Laxantes de contacto	A06AB
6.3.2.1.3 — Laxantes expansores do volume fecal	A06AC
6.3.2.1.4 — Laxantes osmóticos	A06AD
6.3.2.2 — Antidiarreicos	A07
6.3.2.2.1 — Obstipantes	A07D
6.3.2.2.2 — Adsorventes	A07B
6.3.2.2.3 — Antiflatulentos	—
6.4 — Antiespasmódicos	A03A
6.5 — Inibidores enzimáticos	
6.6 — Suplementos enzimáticos, bacilos lácteos e análogos	A07F; A09AA; A09AC
6.7 — Anti-hemorroidários	C05A
6.8 — Anti-inflamatórios intestinais	A07E
6.9 — Medicamentos que actuam no fígado e vias biliares	A05
6.9.1 — Coleréticos, colagogos	
6.9.2 — Medicamentos para tratamento da litíase biliar	

G

Grupo 7 — Aparelho geniturinário

7.1 — Medicamentos de aplicação tópica na vagina	
7.1.1 — Estrogéneos e progestagéneos	—
7.1.2 — Anti-infecciosos	G01A; G01B
7.1.3 — Outros medicamentos tópicos vaginais	G02CC
7.2 — Medicamentos que actuam no útero	
7.2.1 — Ocitócicos	G02AB; G02AC
7.2.2 — Prostaglandinas	G02AD
7.2.3 — Simpaticomiméticos	G02CA
7.3 — Anti-infecciosos e anti-sépticos urinários	J01MA; J01MB01; J01XE01
7.4 — Outros medicamentos usados em disfunções geniturinárias	
7.4.1 — Acidificantes e alcalinizantes urinários	G04BA
7.4.2 — Medicamentos usados nas perturbações da micção	

7.4.2.1 — Medicamentos usados na retenção urinária	G04C
7.4.2.2 — Medicamentos usados na incontinência urinária	G04BD
7.4.3 — Medicamentos usados na disfunção erétil	G04BE

Grupo 8 — Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas

8.1 — Hormonas hipotalâmicas e hipofisárias, seus análogos e antagonistas

8.1.1 — Lobo anterior da hipófise	H01A
8.1.2 — Lobo posterior da hipófise	H01B
8.1.3 — Antagonistas hipofisários	H01C; G02CB

8.2 — Corticosteroides

8.2.1 — Mineralocorticoides	H02AA
8.2.2 — Glucocorticoides	H02AB

8.3 — Hormonas da tiróide e antitiroideus

H03

8.4 — Insulinas, antidiabéticos orais e glucagon

8.4.1 — Insulinas	A10A
8.4.1.1 — De acção curta	A10AB; A10AD
8.4.1.2 — De acção intermédia	A10AC; A10AD
8.4.1.3 — De acção prolongada	A10AE
8.4.2 — Antidiabéticos orais	A10B
8.4.3 — Glucagom	H04A

8.5 — Hormonas sexuais

8.5.1 — Estrogénios e progestagénios	
8.5.1.1 — Tratamento de substituição	G03C; G03D; G03F
8.5.1.2 — Anticoncepcionais	G03A; G03FA17
8.5.1.3 — Progestagénios	G03AC; G03D
8.5.2 — Androgénios e anabolizantes	G03B; G03E

8.6 — Estimulantes da ovulação e gonadotropinas

G03G

8.7 — Antiestrogéneos (ver Grupo 16)

—

M

Grupo 9 — Aparelho locomotor

9.1 — Anti-inflamatórios não esteróides

9.1.1 — Derivados do ácido antranílico	M01AG
9.1.2 — Derivados do ácido acético	M01AB
9.1.3 — Derivados do ácido propiónico	M01AE
9.1.4 — Derivados pirazolónicos	M01AA
9.1.5 — Derivados do indol e do indeno	M01AB
9.1.6 — Oxicans	M01AC
9.1.7 — Derivados sulfanilamídicos	M01AX
9.1.8 — Compostos não acídicos	M01AX

9.1.9 — Inibidores selectivos da Cox 2	M01AH
9.1.10 — Anti-inflamatórios não esteróides para uso tópico	M02
9.2 — Modificadores da evolução da doença reumatismal	M01C
9.3 — Medicamentos usados para o tratamento da gota	M04
9.4 — Medicamentos para tratamento da artrose	M01AX
9.5 — Enzimas anti-inflamatórias	—
9.6 — Medicamentos que actuam no osso e no metabolismo do cálcio	
9.6.1 — Calcitonina	H05BA
9.6.2 — Bifosfonatos	M05BA; M05BB
9.6.3 — Vitaminas D	A11CC
9.6.4 — Outros	G03X

Grupo 10 — Medicação antialérgica

10.1 — Anti-histamínicos	R06A
10.1.1 — Anti-histamínicos H 1 sedativos	R06AA
10.1.2 — Anti-histamínicos H 1 não sedativos	R06AX; R06AE; R06AA
10.2 — Corticosteroides	
10.3 — Simpaticomiméticos	R03AA

Grupo 11 — Nutrição

11.1 — Nutrição entérica	V06
11.1.1 — Suplementos dietéticos orais	
11.1.1.1 — Completos	
11.1.1.2 — Modulares	
11.1.2 — Dietas entéricas	
11.1.2.1 — Poliméricas	
11.1.2.2 — Modificadas	
11.1.2.3 — Pré-digeridas	
11.1.2.4 — Específicas de doenças metabólicas	
11.2 — Nutrição parentérica	B05B
11.2.1 — Macronutrientes	B05BA
11.2.1.1 — Aminoácidos	B05BA01; B05XB
11.2.1.2 — Glúcidos	B05BA03
11.2.1.3 — Lípidos	B05BA02
11.2.1.4 — Misturas de macronutrientes	B05BA10
11.2.2 — Micronutrientes	B05X
11.2.2.1 — Suplementos minerais	B05XA
11.2.2.2 — Suplementos vitamínicos lipossolúveis	B05XC
11.2.2.3 — Suplementos vitamínicos hidrossolúveis	B05XC
11.2.3 — Misturas de macronutrientes e micronutrientes	—

11.3 — Vitaminas e sais minerais	
11.3.1 — Vitaminas	A11
11.3.1.1 — Vitaminas lipossolúveis	A11C
11.3.1.2 — Vitaminas hidrossolúveis	A11DA; A11E
11.3.1.3 — Associações de vitaminas	A11G
11.3.2 — Sais minerais	A12
11.3.2.1 — Cálcio, magnésio e fósforo	—
11.3.2.1.1 — Cálcio	A12AA
11.3.2.1.2 — Magnésio	A12CC
11.3.2.1.3 — Fósforo	A11CX
11.3.2.2 — Flúor	A12CD
11.3.2.3 — Potássio	A12BA
11.3.2.4 — Associação de sais para re-hidratação oral	A07CA
11.3.3 — Associações de vitaminas com sais minerais	A11JB

Grupo 12 — Correctivos da volémia e das alterações electrolíticas

12.1 — Correctivos do equilíbrio ácido base	
12.1.1 — Acidificantes	
12.1.2 — Alcalinizantes	B05CB02; B05CB04
12.2 — Correctivos das alterações hidroelectrolíticas	
12.2.1 — Cálcio	A12A07; B05XA07; G04BA03
12.2.2 — Fósforo	
12.2.3 — Magnésio	B05CB03
12.2.4 — Potássio	B05X06
12.2.5 — Sódio	A12CA; B05CB; B05XA03
12.2.6 — Zinco	A12CB
12.2.7 — Glucose	B05CX01
12.2.8 — Outros	B05CX; B05BB
12.3 — Soluções para diálise peritoneal	
12.3.1 — Soluções isotónicas	B05DA
12.3.2 — Soluções hipertónicas	B05DB
12.4 — Soluções para hemodiálise	B05ZA
12.5 — Soluções para hemofiltração	B05ZB
12.6 — Substitutos do plasma e das fracções proteicas do plasma	B05AA
12.7 — Medicamentos captadores de iões	
12.7.1 — Fixadores de fósforo	V03AE
12.7.2 — Resinas permutadoras de catiões	V03AE

Grupo 13 — Medicamentos usados em afecções cutâneas

13.1 — Anti-infecciosos de aplicação na pele	D01
13.1.1 — Anti-sépticos e desinfectantes	D08A
13.1.2 — Antibacterianos	D01AA
13.1.3 — Antifúngicos	D01AC; D01AE
13.1.4 — Antivíricos	D06BB
13.1.5 — Antiparasitários	P03A
13.2 — Emolientes e protectores	
13.2.1 — Emolientes	D02
13.2.2 — Preparações barreira	—
13.2.3 — Pós	D02AB
13.3 — Medicamentos queratolíticos e antipsoriáticos	D05
13.3.1 — De aplicação tópica	D05A
13.3.2 — De acção sistémica	D05B
13.4 — Medicamentos para tratamento da acne e da rosácea	
13.4.1 — Rosácea	D06BX
13.4.2 — Acne	D10
13.4.2.1 — De aplicação tópica	D10A
13.4.2.2 — De acção sistémica	D10B
13.5 — Corticosteróides de aplicação tópica	D07
13.6 — Associações de antibacterianos, antifúngicos e corticosteróides	DO6C; DO7C; DO7X
13.7 — Adjuvantes da cicatrização	D03A
13.8 — Outros medicamentos usados em dermatologia	
13.8.1 — Preparações enzimáticas e produtos aparentados	D03B
13.8.2 — Anestésicos locais e antipruriginosos	D04
13.8.3 — Preparações para verrugas, calos e condilomas	D11AF
13.8.4 — Produtos para alopecia androgénica	
13.8.5 — Imunomoduladores de uso tópico	D11AX
13.8.6 — Produtos para as unhas	D11AX

Grupo 14 — Medicamentos usados em afecções otorrinolaringológicas

14.1 — Produtos para aplicação nasal	
14.1.1 — Descongestionantes	R01AA; R01AB
14.1.2 — Corticosteróides	R01AD
14.1.3 — Anti-histamínicos	R01AC
14.1.4 — Fármacos profiláticos usados na rinite alérgica	R03BC; R06AX
14.1.4 — Antibióticos	
14.2 — Produtos para aplicação no ouvido	S02

Grupo 15 — Medicamentos usados em afecções oculares	S01
15.1 — Anti-infecciosos tópicos	S01A
15.1.1 — Antibacterianos	S01AA; S01AB; S01AX11; S01AX12; S01AX13; S01AX17
15.1.2 — Antifúngicos	S01
15.1.3 — Antivíricos	S01AD
15.2 — Anti-inflamatórios	S01B
15.2.1 — Corticosteróides	S01BA
15.2.2 — Anti-inflamatórios não esteróides	S01BC
15.2.3 — Outros anti-inflamatórios, descongestionantes e antialérgicos	S01C; S01G
15.3 — Midriáticos e cicloplégicos	S01F
15.3.1 — Simpaticomiméticos	S01FB
15.3.2 — Anticolinérgicos	S01FA
15.4 — Medicamentos usados no tratamento do glaucoma	S01E
15.4.1 — Mióticos	S01EB
15.4.2 — Simpaticomiméticos	S01EA
15.4.3 — Bloqueadores beta	S01ED
15.4.4 — Análogos das prostaglandinas	S01EE
15.4.5 — Outros	S01EC
15.5 — Anestésicos locais	S01H
15.6 — Outros medicamentos e produtos usados em oftalmologia	S01X; S01G
15.6.1 — Adstringentes, lubrificantes e lágrimas artificiais	S01KA
15.6.2 — Medicamentos usados para diagnóstico	S01J
15.6.3 — Outros medicamentos	S01X
15.7 — Medicamentos para uso intra-ocular	S01K

Grupo 16 — Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores

16.1 — Citotóxicos	
16.1.1 — Alquilantes	L01A
16.1.2 — Citotóxicos relacionados com alquilantes	L01AX
16.1.3 — Antimetabolitos	L01B
16.1.4 — Inibidores da topoisomerase I	L01XX
16.1.5 — Inibidores da topoisomerase II	L01CB
16.1.6 — Citotóxicos que se intercalam no ADN	L01XX; L01D
16.1.7 — Citotóxicos que interferem com a tubulina	L01CA; L01CD
16.1.8 — Inibidores das tirosinacinasas	

16.1.9 — Outros citotóxicos	L01XX
16.2 — Hormonas e anti-hormonas	L02
16.2.1 — Hormonas	L02A
16.2.1.1 — Estrogénios	L02AA
16.2.1.2 — Androgénios	G03 B
16.2.1.3 — Progestagénios	L02AB
16.2.1.4 — Análogos da hormona libertadora de gonadotropina	L02AE
16.2.2 — Anti-hormonas	L02B
16.2.2.1 — Antiestrogénios	L02BA
16.2.2.2 — Antiandrogénios	L02BB
16.2.2.3 — Inibidores da aromatase	L02BG
16.2.2.4 — Adrenolíticos	L01X
16.3 — Imunomoduladores	L03AX; L04A; L03AB; L04AX
<hr/>	
Grupo 17 — Medicamentos usados no tratamento de intoxicações	V03AB; V03AC; V03AF
<hr/>	
Grupo 18 — Vacinas e imunoglobulinas	J07; J06
<hr/>	
18.1 — Vacinas (simples e conjugadas)	J07A; J07B; J07C
18.2 — Lisados bacterianos	J07X
18.3 — Imunoglobulinas	J06B
<hr/>	
Grupo 19 — Meios de diagnóstico	V04
<hr/>	
19.1 — Meios de contraste radiológico	
19.1.1 — Produtos iodados	V08A
19.1.2 — Produtos baritados	V08BA
19.1.3 — Outros produtos usados em radiologia	—
19.2 — Meios de contraste para imagem por ressonância magnética	V08C
19.3 — Meios de contraste para ultra-sonografia	V08D
19.4 — Meios de diagnóstico não radiológico	V04
19.5 — Preparações radiofarmacêuticas (radiofármacos)	V09
19.5.1 — Radiofármacos de crómio	V09CX; V09GX
19.5.2 — Radiofármacos de estrôncio	V10BX
19.5.3 — Radiofármacos de gálio	V09HX
19.5.4 — Radiofármacos de índio	V09AX; V09GX; V09HB; V09IB
19.5.5 — Radiofármacos de iodo	V09AB; V09CX; V09GB; V09IX

19.5.6 — Radiofármacos de samário	V10AX; V10BX
19.5.7 — Radiofármacos de tálio	V09GX
19.5.8 — Radiofármacos de tecnécio	V09IA; V09HA; V09AA; V09BA; V09CA; V09DA; V09DB; V09EA; V09EB
19.5.9 — Radiofármacos de xénon	V09EX
19.5.10 — Testes de radioimunoensaio	—
19.5.11 — Teste de Schilling	—

**Grupo 20 — Material de penso, hemostáticos locais, gases
medicinais e outros produtos**

20.1 — Pensos para feridas crónicas	—
20.1.1 — Absorventes de odores	—
20.1.2 — Alginatos	—
20.1.3 — Gazes impregnadas	D09AX; V03AK
20.1.4 — Hidrogeles	—
20.1.5 — Hidropolímeros	—
20.2 — Hemostáticos	B02BC
20.3 — Agentes de diluição, irrigação e lubrificação	B05C
20.4 — Gases medicinais	V03AN; R07AX
20.5 — Desinfetantes de material	V07AV
20.6 — Soluções para conservação de órgãos	
20.7 — Produtos para embolização	V03AM
20.8 — Produtos para fisioterapia	
20.9 — Outros produtos	—

- ANEXO V - Dimensões das embalagens de medicamentos

Portaria N.º 1471/2004 (Diário da República, Série I-B, N.º 297 de 21 de Dezembro de 2004) - Transcrição parcial (sic)

Ao abrigo do disposto no n.º 3 do Artigo 2º do Decreto-Lei n.º 118/92, de 25 de Junho, na redacção que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 205/2000, de 1 de Setembro, e no n.º 2 do Artigo 5º do Decreto-Lei n.º 101/94, de 19 de Abril, manda o Governo, pelos Ministros de Estado, das Actividades Económicas e do Trabalho e da Saúde, estabelecer os princípios e regras a que deve obedecer a dimensão das embalagens dos medicamentos susceptíveis de comparticipação pelo Estado no respectivo preço.

Critérios de adequação:

A dimensão das embalagens dos medicamentos susceptíveis de comparticipação pelo Estado no respectivo preço deve adequar-se em função dos seguintes aspectos:

- a) Duração da terapêutica
- b) Necessidade de vigilância clínica
- c) Forma farmacêutica.

ANEXO

1.- Dimensão das embalagens dos medicamentos

1.1.- Preparados sólidos para uso oral

- a) Destinados a tratamento de curta ou média duração de doenças de carácter predominantemente agudo, em embalagens até 20 unidades. Exceptuam-se antibióticos, em embalagens até 16 unidades
- b) Sedativos, hipnóticos e tranquilizantes destinados a tratamento de média duração; anticoagulantes e fibrinolíticos, para tratamentos sujeitos a rigorosa vigilância clínica, em embalagens até 30 unidades
- c) Destinados a tratamentos prolongados de doença com carácter crónico, dois tipos de embalagens: embalagens de teste terapêutico até 20 unidades e embalagens para tratamento de manutenção até 60 unidades
- d) Destinados a tratamentos prolongados, mas cuja forma farmacêutica seja de acção prolongada ou retardada, em embalagens até 30 unidades
- e) Destinados a contracepção oral e contendo associações de hormonas, embalagens de teste terapêutico com as unidades necessárias a um ciclo e embalagens de manutenção até três ciclos

A distribuição dos grupos terapêuticos de acordo com as alíneas a), b) e c) é a que consta das tabelas anexas.

1.2 - Preparados líquidos para uso oral, extemporâneos ou não

- a) Em ampolas bebíveis - até 20 unidades
- b) Em frascos (para administração às colheres)
 - Antibióticos - até 120 ml
 - Outros - até 200 ml
- c) Em frascos (para administração em gotas)
 - Destinados a tratamento de curta e média duração - até 30 ml
 - Destinados a tratamentos prolongados - até 50 ml

1.3 - Cápsulas para inalação - até 30 unidades

1.4 - Preparados apresentados em aerossol pressurizados para inalação - até 200 doses

1.5 - Preparados para uso rectal ou vaginal

- a) Comprimidos, supositórios e óvulos - até 12 unidades
- b) Enemas e microenemas - até 6 unidades
- c) Pomadas, cremes, geles e espumas - até 30 g
- d) Pomadas, cremes, geles e espumas com aplicador - até 50 g

1.6 - Preparados injectáveis de pequeno volume (até 20 ml) até 6 unidades

(Exceptuam-se os antibióticos e as sulfonamidas, que serão em embalagens de 1 unidade)

1.7 - Granulados e pós para uso oral - até 100 g

(Exceptuam-se os antibióticos, que serão em embalagens correspondentes a 12 medidas)

Granulados e pós em carteiras - até 20 unidades

(Exceptuam-se os antibióticos, que serão em embalagens de 12 carteiras)

1.8 - Pomadas oftalmológicas e colírios - até 10 g

1.9 - Pomadas, cremes, geles e espumas para uso dérmico

- a) Anti-reumáticos e venotrópicos - até 100 g
- b) Outras - até 30 g

1.10 - Preparados líquidos para uso externo em frascos até 200 ml

Preparados líquidos para uso externo em frascos para administração em gotas - até 20 ml

1.11 - Pós para uso externo - até 30 g

1.12 - Soluções para nebulização - até 15 ml

1.13 - Sistemas terapêuticos transdérmicos - até 30 unidades

2.- Os citostáticos, imunodepressores e outros medicamentos de uso exclusivo em oncologia podem ser autorizados com dimensões diferentes das previstas no nº. 1.

3.- As vacinas podem ser apresentados em embalagens contendo as quantidades necessárias a um esquema de imunização e ou terapêutico.

4.- Os medicamentos usados na profilaxia da cárie dentária podem ser apresentados em embalagens até 250 unidades.

5.- Os antivíricos de acção sistémica para uso oral podem ser apresentados em embalagens até 25 unidades.

6.- Os sedativos e tranquilizantes e os medicamentos para uso oral de acção prolongada ou retardada podem ser apresentados em embalagens que obedeçam ao estabelecido na alínea c) do nº. 1.1 do presente anexo, sendo-lhes ainda aplicado o disposto no nº. 7.

7.- Sempre que o produto se apresente no mercado em diferentes dosagens para a mesma forma farmacêutica, é permitido que a embalagem de teste a lançar no mercado e comparticipada corresponda apenas à dosagem mais baixa.

Tabela N.º.1

Tratamentos de curta ou média duração
I.1 - Imunoglobinas e soros
I.2 – Vacinas
I.3 – Sulfonamidas
I.4 – Antibióticos
I.6 – Antimaláricos
I.7 - Anti-helmínticos
I.10 – Desinfetantes
I.11 – Antivíricos
II.7 - Analépticos cardiorrespiratórios
II.8 – Hipnóticos
II.11 - Analgésicos e antipiréticos
II.12 - Analgésicos estupefacientes
III.4 - Parassimpaticomiméticos e anticolinesterásicos
IV.3 – Vasopressores
V.3 – Hemostáticos
VI.1 - Antitússicos e expectorantes
VII.3 - Purgantes e laxantes
VII.4 - Obstipantes e adsorventes
VII.5 - Anti-sépticos e outros medicamentos usados nas doenças intestinais
VII.6 - Preparados de aplicação tópica na boca
VII.7 - Preparados de aplicação tópica no recto
VIII.3 - Fórmulas de aplicação na vagina
VIII.4 - Medicamentos que actuam no útero
XI - Medicação antialérgica
XII.1 - Vitaminas e sais minerais. Suplementos alimentares
XII.2 - Estimulantes e inibidores do apetite
XV - Medicamentos de aplicação tópica em ORL
XVI - Medicamentos para aplicação tópica em oftalmologia, excepto antiglaucomatosos
XVIII - Antídotos
XXI - Medicamentos não classificados (excepções: tónicos, produtos enzinálicos)

Tabela Nº.2

Tratamentos prolongados
I.5 - Tuberculostáticos e antilepróticos
I.8 – Antifúngicos
I.9 - Outros antiparasitários
II.3 - Relaxantes musculares
II.4 – Antiparkinsonianos
II.5 – Antiepilépticos
II.6 - Antieméticos e antivertiginosos
II.8 - Sedativos e tranquilizantes
II.9 - Antidepressivos e psicotónicos ou psicoestimulantes
II.10 – Neurolépticos
II.13 - Outros medicamentos do sistema nervoso cerebrospectral
III.2 - Bloqueadores adrenérgicos
III.5 – Parassimpaticolíticos
IV.1 – Cardiotónicos
IV.2 – Antiarrítmicos
IV.4 - Anti-hipertensores
IV.5 – Vasodilatadores
IV.6 - Medicamentos venotrópicos
IV.7 – Antilipémicos
V.1 – Antianémicos
V.2 - Anticoagulantes, fibrinolíticos e antiagregantes plaquetários
VI.2 - Broncodilatadores e antiasmáticos
VII.1 - Medicamentos substitutivos das secreções digestivas
VII.2 - Antiácidos e antiulcerosos
VII.8 - Medicamentos que actuam no fígado e vias biliares
VIII.1 - Diuréticos e seus adjuvantes (excepções: sais de K e Mg - Grupo XIII)
VIII.2 - Anti-sépticos, acidificantes e alcalinizantes geniturinários
IX.1 - Hormonas hipofisiárias e placentárias
IX.2 – Corticosteróides
IX.3 - Hormonas da tiróide e antitiroideus
IX.4 - Insulinas, antidiabéticos orais e glicagina
IX.5 - Estrogénios e progestagénios
IX.6 - Androgénios e anabolizantes
IX.7 - Associações de hormonas
IX.8 - Outros medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
X - Medicamentos anti-reumáticos, incluindo aspirina e seus derivados simples e outros anti-inflamatórios, incluindo os enzimáticos
XIV - Medicamentos de acção tópica na pele
XVI – Antiglaucomatosos

XVII - Citostáticos e imunodepressores
--

XXI - Medicamentos não classificados (exceções: medicamentos usados no tratamento da osteoporose, do prostatismo e da opacificação do cristalino)

- ANEXO VI – Definição dos grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos que integram os diferentes escalões de participação do Estado no preço dos medicamentos

Portaria Nº. 1474/2004 (Diário da República, Série I-B, Nº. 297, de 21 de Dezembro de 2004) - Transcrição parcial (sic)

Nos termos do nº. 2 do Artigo 2º do Decreto-Lei nº. 118/92, de 25 de Junho, manda o Governo, pelo Ministro da Saúde, o seguinte: - os grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos que integram os diferentes escalões de participação do Estado no preços dos medicamentos são os constantes do anexo à presente Portaria, que dela faz parte integrante.

Correspondência das anotações

As notações ^(a), ^(b), ^(c), ^(d) e ^(e) aditadas aos subgrupos mencionados no anexo e a aditar por Despacho a outros medicamentos, sempre que se considere necessário, significam:

^(a) - Medicamentos prescritos e fornecidos pelas unidades oficiais de cuidados de saúde em situações de internamento ou em regime ambulatorio; em caso de aviamento pelas farmácias, a participação do Estado é feita pelo escalão C

^(b) - Medicamentos prescritos e fornecidos pelas unidades oficiais de cuidados de saúde em situações de internamento ou em regime ambulatorio; em caso de aviamento pelas farmácias, a participação do Estado é nula

^(c) - Medicamentos prescritos e fornecidos em serviços de medicina interna, pneumologia ou pediatria dos hospitais centrais ou em hospitais pediátricos

^(d) - Medicamentos participados pelo escalão A desde que o médico prescriptor mencione expressamente na receita esta Portaria e sejam prescritos para as seguintes patologias, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID-10):

- Demência na doença de Alzheimer (F00/G30)
- Demência vascular (F01)
- Demência secundária (F02)
- Esquizofrenia (F20)
- Perturbação delirante persistente (F22)
- Perturbação delirante induzida (F24)
- Perturbação esquizoaffectiva (F25)
- Outras perturbações psicóticas não orgânicas (F28)
- Perturbações mentais psicóticas secundárias a disfunção ou lesão cerebral e a doença física (F06)
- Disquinesia tardia dos neurolépticos (G24.0)
- Perturbação de tique mista vocal e motora múltipla (de la Tourette) (F95.2)
- Perturbações autísticas ou psicóticas da infância e adolescência (F84)
- Perturbações de comportamento graves em deficientes mentais (F7x.1)

- Fora destes casos, o medicamento é compartilhado pelo escalão C.
- (e) - Medicamentos compartilhados pelo escalão B desde que o médico prescritor mencione expressamente na receita esta Portaria e sejam prescritos para as seguintes patologias, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID-10):
- Perturbação afectiva bipolar (F31)
 - Perturbação depressiva recorrente, episódio actual grave sem sintomas psicóticos (F33.2)
 - Perturbação depressiva recorrente, episódio actual grave com sintomas psicóticos (F33.3)
- Fora destes casos, o medicamento é compartilhado pelo escalão C.

ANEXO

Escalão A

Anti-hemofílicos ^(a)
Medicamentos para tratamento da fibrose quística ^(c)
Medicamentos específicos para a hemodiálise

Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos

1.1.12 - Antituberculosos ^(a)

1.1.13 - Antilepróticos ^(a)

Grupo 2 - Sistema nervoso central

2.4 - Antimiasténicos

2.5 - Antiparkinsónicos

2.5.1 - Anticolinérgicos

2.5.2 - Dopaminomiméticos

2.6 - Antiepilépticos e anticonvulsivantes

2.9.2 - Antipsicóticos simples para administração oral e intramuscular ^(d)

Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas

8.1 - Hormonas hipotálâmicas e hipofisárias, seus análogos e antagonistas

Hormona do crescimento ^(b)

Hormona antidiurética

8.4 - Insulinas, antidiabéticos orais e glucagon

8.4.1 - Insulinas

8.4.1.1 - De acção curta

8.4.1.2 - De acção intermédia

8.4.1.3 - De acção prolongada

8.4.2 - Antidiabéticos orais

Grupo 15 - Medicamentos usados em afecções oculares

15.4 - Medicamentos usados no tratamento do glaucoma

15.4.1 - Mióticos

15.4.2 - Simpaticomiméticos

15.4.3 - Bloqueadores beta

15.4.4 - Análogos das prostaglandinas

15.4.5 - Outros

Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores

16.1 - Citotóxicos ^(a)

16.1.1 - Alquilantes ^(a)

16.1.2 - Citotóxicos relacionados com alquilantes ^(a)

- 16.1.3 – Antimetabolitos ^(a)
- 16.1.4 - Inibidores da topoisomerase I ^(a)
- 16.1.5 - Inibidores da topoisomerase II ^(a)
- 16.1.6 - Citotóxicos que se intercalam no ADN ^(a)
- 16.1.7 - Citotóxicos que interferem com a tubulina ^(a)
- 16.1.8 - Inibidores das tirosinacinasas ^(a)
- 16.1.9 - Outros citotóxicos ^(a)
- 16.2 - Hormonas e anti-hormonas ^(a)
 - 16.2.1 - Hormonas ^(a)
 - 16.2.1.1 - Estrogénios ^(a)
 - 16.2.1.2 - Androgénios ^(a)
 - 16.2.1.3 - Progestagénios ^(a)
 - 16.2.1.4 - Análogos da hormona libertadora de gonadotropina ^(a)
 - 16.2.2 - Anti-hormonas ^(a)
 - 16.2.2.1 - Antiestrogénios ^(a)
 - 16.2.2.2 - Antiandrogénios ^(a)
 - 16.2.2.3 - Inibidores da aromatase ^(a)
 - 16.2.2.4 - Adrenolíticos ^(a)
- 16.3 – Imunomoduladores

Escalão B

Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos

- 1.1 - Antibacterianos
 - 1.1.1 - Penicilinas
 - 1.1.1.1 - Benzilpenicilinas e fenoximetilpenicilina
 - 1.1.1.2 - Aminopenicilinas
 - 1.1.1.3 - Isoxazolilpenicilinas
 - 1.1.1.4 - Penicilinas antipseudomonas
 - 1.1.1.5 - Amidinopenicilinas
 - 1.1.2 - Cefalosporinas
 - 1.1.2.1 - Cefalosporinas de 1ª. geração
 - 1.1.2.2 - Cefalosporinas de 2ª. geração
 - 1.1.2.3 - Cefalosporinas de 3ª. geração
 - 1.1.2.4 - Cefalosporinas de 4ª. geração
 - 1.1.3 - Monobactamos
 - 1.1.4 - Carbapenemes
 - 1.1.5 - Associações de penicilinas com inibidores das lactamases beta
 - 1.1.6 - Cloranfenicol e tetraciclina
 - 1.1.7 - Aminoglicosídeos
 - 1.1.8 - Macrólidos
 - 1.1.9 - Sulfonamidas e suas associações
 - 1.1.10 - Quinolonas
 - 1.1.11 - Outros antibacterianos
- 1.2 - Antifúngicos
- 1.3 - Antivíricos
 - 1.3.2 - Outros antivíricos

1.4.2 - Antimaláricos

Grupo 2 - Sistema nervoso central

2.9.3 - Antidepressores simples para administração oral e intramuscular ^(e)

Grupo 3 - Aparelho cardiovascular

3.1 - Cardiotónicos

3.1.1 - Digitálicos

3.1.2 - Outros cardiotónicos

3.2 - Antiarrítmicos

3.2.1 - Bloqueadores dos canais do sódio (classe I)

3.2.1.1 - Classe Ia (tipo quinidina)

3.2.1.2 - Classe Ib (tipo lidocaína)

3.2.1.3 - Classe Ic (tipo flecainida)

3.2.2 - Bloqueadores adrenérgicos beta (classe II)

3.2.3 - Prolongadores da repolarização (classe III)

3.2.4 - Bloqueadores da entrada do cálcio (classe IV)

3.2.5 - Outros antiarrítmicos

3.4 - Anti-hipertensores

3.4.1 - Diuréticos

3.4.1.1 - Tiazidas e análogos

3.4.1.2 - Diuréticos da ansa

3.4.1.3 - Diuréticos poupadores de potássio

3.4.1.4 - Inibidores da anidrase carbónica

3.4.1.5 - Diuréticos osmóticos

3.4.1.6 - Associações de diuréticos

3.4.2 - Modificadores do eixo renina angiotensina

3.4.2.1 - Inibidores da enzima de conversão da angiotensina

3.4.2.2 - Antagonistas dos receptores da angiotensina

3.4.3 - Bloqueadores da entrada do cálcio

3.4.4 - Depressores da actividade adrenérgica

3.4.4.1 - Bloqueadores alfa

3.4.4.2 - Bloqueadores beta

3.4.4.2.1 - Selectivos cardíacos

3.4.4.2.2 - Não selectivos cardíacos

3.4.4.2.3 - Bloqueadores beta e alfa

3.4.4.3 - Agonistas alfa 2 centrais

3.4.5 - Vasodilatadores directos

3.4.6 - Outros

3.5.1 - Antianginosos

Grupo 4 - Sangue

4.3.1 - Anticoagulantes

4.3.1.1 - Heparinas

4.3.1.2 - Antivitamínicos K

4.3.1.3 - Outros anticoagulantes

4.3.1.4 - Antiagregantes plaquetários

4.3.2 - Fibrinolíticos (ou trombolíticos)

Grupo 5 - Aparelho respiratório

5.1 - Antiasmáticos e broncodilatadores, excepto associações

- 5.1.1 - Agonistas adrenérgicos beta
- 5.1.2 - Antagonistas colinérgicos
- 5.1.3 - Anti-inflamatórios
 - 5.1.3.1 - Glucocorticóides
 - 5.1.3.2 - Antagonistas dos leucotrienos
- 5.1.4 - Xantinas
- 5.1.5 - Antiasmáticos de acção profiláctica

Grupo 6 - Aparelho digestivo

- 6.2 - Antiácidos e antiulcerosos
 - 6.2.2 - Modificadores da secreção gástrica
 - 6.2.2.1 - Anticolinérgicos
 - 6.2.2.2 - Antagonistas dos receptores H2
 - 6.2.2.3 - Inibidores da bomba de protões
 - 6.2.2.4 - Prostaglandinas
 - 6.2.2.5 - Protectores da mucosa gástrica
- 6.8 - Anti-inflamatórios intestinais

Grupo 7 - Aparelho geniturinário

- 7.3 - Anti-infecciosos e anti-sépticos urinários

Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas

- 8.3 - Hormonas da tiróide e antitiroideus
- 8.5 - Hormonas sexuais
 - 8.5.1.2 - Anticoncepcionais

Grupo 9 - Aparelho locomotor

- 9.1 - Anti-inflamatórios não esteróides, excepto associações
 - 9.1.1 - Derivados do ácido antranílico
 - 9.1.2 - Derivados do ácido acético
 - 9.1.3 - Derivados do ácido propiónico
 - 9.1.4 - Derivados pirazolónicos
 - 9.1.5 - Derivados do indol e do indeno
 - 9.1.6 - Oxicans
 - 9.1.7 - Derivados sulfanilamídicos
 - 9.1.8 - Compostos não acídicos
 - 9.1.9 - Inibidores selectivos da Cox 2
- 9.2 - Modificadores da evolução da doença reumatismal
- 9.3 - Medicamentos usados para o tratamento da gota
- 9.4 - Medicamentos para tratamento da artrose
- 9.6 - Medicamentos que actuam no osso e no metabolismo do cálcio
 - 9.6.1 - Calcitonina
 - 9.6.2 - Bifosfonatos
 - 9.6.3 - Vitaminas D
 - 9.6.4 - Outros

Escalão C

Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos

- 1.4.1 - Anti-helmínticos
- 1.4.3 - Outros antiparasitários

Grupo 2 - Sistema nervoso central

- 2.3.1 - Acção central
- 2.3.2 - Acção periférica
- 2.3.3 - Acção muscular directa
- 2.7 - Antieméticos e antivertiginosos
- 2.8 - Estimulantes inespecíficos do sistema nervoso central
 - 2.9.1 - Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos
 - 2.9.2 - Antipsicóticos
 - 2.9.3 - Antidepressores
 - 2.9.4 - Lítio
- 2.10 - Analgésicos e antipiréticos
- 2.11 - Medicamentos usados na enxaqueca
- 2.12.- Analgésicos estupefacientes
 - 2.13.1. – Medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas
 - 2.13.3. – Medicamentos para tratamento da dependência de drogas
 - 2.13.4. – Medicamentos com acção específica nas perturbações do ciclo sono-vigília

Grupo 3 – Aparelho cardiovascular

- 3.3 - Simpaticomiméticos
 - 3.5.2 - Outros vasodilatadores
- 3.6 - Venotrópicos
- 3.7 - Antidislipidémicos

Grupo 4 - Sangue

- 4.1 - Antianémicos
 - 4.1.1 – Compostos de ferro
 - 4.1.2 - Medicamentos para tratamento das anemias megaloblásticas
- 4.4.1 - Antifibrinolíticos
- 4.4.2 - Hemostáticos

Grupo 5 - Aparelho respiratório

- 5.1 - Associações de antiasmáticos e ou de broncodilatadores
- 5.2.2 - Expectorantes

Grupo 6 - Aparelho digestivo

- 6.1.2 - De acção sistémica
- 6.2.1 - Antiácidos
- 6.3.1 - Modificadores da motilidade gástrica ou procinéticos
 - 6.3.2.2 - Antidiarreicos
 - 6.3.2.2.1 - Obstipantes
 - 6.3.2.2.2 - Adsorventes
- 6.4 - Antiespasmódicos
- 6.5 - Inibidores enzimáticos
- 6.6 - Suplementos enzimáticos, bacilos lácteos e análogos
- 6.7 - Anti-hemorroidários
- 6.9 - Medicamentos que actuam no fígado e vias biliares
 - 6.9.1 - Coleréticos e colagogos
 - 6.9.2 - Medicamentos para tratamento da litíase biliar

Grupo 7 - Aparelho geniturinário

7.1 - Medicamentos de aplicação tópica na vagina (excepto produtos considerados de higiene - anti-sépticos vaginais em formulações destinadas a lavagens vaginais)

7.1.1 - Estrogéneos e progestagéneos

7.1.2 - Anti-infecciosos

7.1.3 - Outros medicamentos tópicos vaginais

7.2 - Medicamentos que actuam no útero

7.2.1 - Ocitócicos

7.2.2 - Prostaglandinas

7.2.3 - Simpaticomiméticos

7.4.1 - Acidificantes e alcalinizantes urinários

7.4.2 - Medicamentos usados nas perturbações da micção

7.4.2.1 - Medicamentos usados na retenção urinária

7.4.2.2 - Medicamentos usados na incontinência urinária

7.4.3 - Medicamentos usados na disfunção eréctil

Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas

8.1 - Hormonas hipotalâmicas e hipofisárias, seus análogos e antagonistas (excepto hormonas antidiurética e do crescimento)

8.1.1 - Lobo anterior da hipófise

8.1.2 - Lobo posterior da hipófise

8.1.3 - Antagonistas hipofisários

8.2 - Corticosteróides

8.2.1 - Mineralocorticóides

8.2.2 - Glucocorticóides

8.4.3 - Glucagon

8.5.1.1 - Tratamento de substituição

8.5.2 - Androgénios e anabolizantes

8.6 - Estimulantes da ovulação e gonadotropinas

Grupo 9 - Aparelho locomotor

9.1 - Associações de anti-inflamatórios não esteróides

9.1.10 - Anti-inflamatórios não esteróides para uso tópico

Grupo 10 - Medicação antialérgica

10.1 - Anti-histamínicos

10.1.1 - Anti-histamínicos H 1 sedativos

10.1.2 - Anti-histamínicos H 1 não sedativos

10.2 - Corticosteróides

10.3 - Simpaticomiméticos

Grupo 11 - Nutrição

Em todos os subgrupos abaixo indicados apenas são comparticipáveis as vitaminas e sais minerais simples e as associações A+D, A+E, A+E+B6 e cálcio+vitamina D

11.3.1 - Vitaminas

11.3.1.1 - Vitaminas lipossolúveis

11.3.1.2 - Vitaminas hidrossolúveis

11.3.1.3 - Associações de vitaminas

11.3.2.1 - Cálcio, magnésio e fósforo

11.3.2.1.1 - Cálcio

11.3.2.1.2 - Magnésio

11.3.2.1.3 - Fósforo

11.3.2.2 - Flúor

11.3.2.3 - Potássio

Grupo 12 - Correctivos da volémia e das alterações electrolíticas

12.1 - Correctivos do equilíbrio ácido base

12.1.1 - Acidificantes

12.1.2 - Alcalinizantes

12.2 - Correctivos das alterações hidroelectrolíticas

12.2.1 - Cálcio

12.2.2 - Fósforo

12.2.3 - Magnésio

12.2.4 - Potássio

12.2.5 - Sódio

12.2.6 - Zinco

12.2.7 - Glucose

12.2.8. - Outros

12.3 - Soluções para diálise peritoneal

12.3.1 - Soluções isotónicas

12.3.2 - Soluções hipertónicas

12.4 - Soluções para hemodiálise

12.5 - Soluções para hemofiltração

12.6 - Substitutos do plasma e das fracções proteicas do plasma

12.7 - Medicamentos captadores de iões

12.7.1 - Fixadores de fósforo

12.7.2 - Resinas permutadoras de catiões

Grupo 13 - Medicamentos usados em afecções cutâneas

13.1 - Anti-infecciosos de aplicação na pele

13.1.1 - Anti-sépticos e desinfectantes

13.1.2 - Antibacterianos

13.1.3 - Antifúngicos

13.1.4 - Antivíricos

13.1.5 - Antiparasitários

13.3 - Medicamentos queratolíticos e antipsoriáticos

13.3.1 - De aplicação tópica

13.3.2 - De acção sistémica

13.4 - Medicamentos para tratamento da acne e da rosácea

13.4.1 - Rosácea

13.4.2 - Acne

13.4.2.1 - De aplicação tópica

13.4.2.2 - De acção sistémica

13.5 - Corticosteróides de aplicação tópica

13.6 - Associações de antibacterianos, antifúngicos e corticosteróides

13.8.5 - Imunomoduladores de uso tópico

Grupo 14 - Medicamentos usados em afecções otorrinolaringológicas

14.1.2 - Corticosteróides

14.1.3 - Anti-histamínicos

Grupo 15 - Medicamentos usados em afecções oculares

15.1 - Anti-infecciosos tópicos

- 15.1.1 - Antibacterianos
- 15.1.2 - Antifúngicos
- 15.1.3 - Antivíricos
- 15.2 - Anti-inflamatórios
 - 15.2.1 - Corticosteróides
 - 15.2.2 - Anti-inflamatórios não esteróides
 - 15.2.3 - Outros anti-inflamatórios, descongestionantes e antialérgicos
- 15.3 - Midriáticos e cicloplégicos
 - 15.3.1 - Simpaticomiméticos
 - 15.3.2 - Anticolinérgicos
- 15.5 - Anestésicos locais
- 15.6 - Outros medicamentos e produtos usados em oftalmologia
 - 15.6.1 - Adstringentes, lubrificantes e lágrimas artificiais
 - 15.6.3 - Outros medicamentos

Grupo 17 - Medicamentos usados no tratamento de intoxicações

Todo o grupo

Grupo 18 - Vacinas e imunoglobulinas

- 18.1 - Vacinas (simples e conjugadas), não incluídas nos planos nacionais de vacinação
- 18.2 - Lisados bacterianos
- 18.3 - Imunoglobulinas

- ANEXO VII - Definição dos grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos que integram os diferentes escalões de participação do Estado no preço dos medicamentos

Portaria N.º 924-A/2010 (Diário da República, Série I, Suplemento, N.º 182, de 17 de Setembro de 2010) - Transcrição parcial (sic)

Nos termos dos n.ºs. 1 e 2 do Artigo 5.º do regime geral das participações do Estado no preço dos medicamentos, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de Maio, manda o Governo, pelo Ministro da Saúde, o seguinte: - os grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos que integram os diferentes escalões de participação do Estado no preço dos medicamentos são os constantes do anexo à presente Portaria, que dela faz parte integrante.

Correspondência das anotações

As notações ^(a), ^(b) e ^(c) aditadas aos subgrupos mencionados no anexo e a aditar por Despacho a outros medicamentos, sempre que se considere necessário, significam:

^(a) - Medicamentos prescritos e fornecidos pelas unidades oficiais de cuidados de saúde em situações de internamento ou em regime ambulatorio; em caso de aviamento pelas farmácias, a participação do Estado é feita pelo escalão C

^(b) - Medicamentos prescritos e fornecidos pelas unidades oficiais de cuidados de saúde em situações de internamento ou em regime ambulatorio; em caso de aviamento pelas farmácias, a participação do Estado é nula

^(c) - Medicamentos prescritos e fornecidos em serviços de medicina interna, pneumologia ou pediatria dos hospitais centrais ou em hospitais pediátricos

ANEXO

Escalão A

Anti-hemofílicos ^(a)

Medicamentos para tratamento da fibrose quística ^(c)

Medicamentos específicos para a hemodiálise

Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos

1.1.12 - Antituberculosos ^(a)

1.1.13 - Antilepróticos ^(a)

Grupo 2 - Sistema nervoso central

2.4 - Antimiasténicos

2.5 - Antiparkinsonianos

2.5.1 - Anticolinérgicos

2.5.2 - Dopaminomiméticos

2.6 - Antiepilépticos e anticonvulsivantes

2.9.2 - Antipsicóticos simples para administração oral e intramuscular

Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas

8.1 - Hormonas hipotalâmicas e hipofisárias, seus análogos e antagonistas

Hormona do crescimento ^(b)

Hormona antidiurética

8.4 - Insulinas, antidiabéticos orais e glucagon

8.4.1 – Insulinas

8.4.1.1 - De acção curta

8.4.1.2 - De acção intermédia

8.4.1.3 - De acção prolongada

8.4.2 - Antidiabéticos orais

Grupo 15 - Medicamentos usados em afecções oculares

15.4 - Medicamentos usados no tratamento do glaucoma

15.4.1 – Mióticos

15.4.2 – Simpaticomiméticos

15.4.3 – Bloqueadores beta

15.4.4 - Análogos das prostaglandinas

15.4.5 - Outros

Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores

16.1 – Citotóxicos ^(a)

16.1.1 - Alquilantes ^(a)

16.1.2 - Citotóxicos relacionados com alquilantes ^(a)

16.1.3 – Antimetabolitos ^(a)

16.1.4 - Inibidores da topoisomerase I ^(a)

16.1.5 - Inibidores da topoisomerase II ^(a)

16.1.6 - Citotóxicos que se intercalam no ADN ^(a)

16.1.7 - Citotóxicos que interferem com a tubulina ^(a)

16.1.8 - Inibidores das tirosinacinasas ^(a)

16.1.9 - Outros citotóxicos ^(a)

16.2 - Hormonas e anti-hormonas ^(a)

16.2.1 - Hormonas ^(a)

16.2.1.1 - Estrogénios ^(a)

16.2.1.2 - Androgénios ^(a)

16.2.1.3 - Progestagénios ^(a)

16.2.1.4 - Análogos da hormona libertadora de gonadotropina ^(a)

16.2.2 - Anti-hormonas ^(a)

16.2.2.1 - Antiestrogénios ^(a)

16.2.2.2 - Antiandrogénios ^(a)

16.2.2.3 - Inibidores da aromatase ^(a)

16.2.2.4 - Adrenolíticos ^(a)

16.3 – Imunomoduladores

Escalão B

Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos

1.1 - Antibacterianos

- 1.1.1 - Penicilinas
 - 1.1.1.1 - Benzilpenicilinas e fenoximetilpenicilina
 - 1.1.1.2 - Aminopenicilinas
 - 1.1.1.3 - Isoxazolilpenicilinas
 - 1.1.1.4 - Penicilinas antipseudomonas
 - 1.1.1.5 - Amidinopenicilinas
- 1.1.2 - Cefalosporinas
 - 1.1.2.1 - Cefalosporinas de 1ª. geração
 - 1.1.2.2 - Cefalosporinas de 2ª. geração
 - 1.1.2.3 - Cefalosporinas de 3ª. geração
 - 1.1.2.4 - Cefalosporinas de 4ª. geração
- 1.1.3 - Monobactams
- 1.1.4 - Carbapenemes
- 1.1.5 - Associações de penicilinas com inibidores das lactamases beta
- 1.1.6 - Cloranfenicol e tetraciclina
- 1.1.7 - Aminoglicosídeos
- 1.1.8 - Macrólidos
- 1.1.9 - Sulfonamidas e suas associações
- 1.1.10 - Quinolonas
- 1.1.11 - Outros antibacterianos

1.2 - Antifúngicos

1.3 - Antivíricos

- 1.3.2 - Outros antivíricos

- 1.4.2 - Antimaláricos

Grupo 3 - Aparelho cardiovascular

3.1 - Cardiotônicos

- 3.1.1 - Digitálicos
- 3.1.2 - Outros cardiotônicos

3.2 - Antiarrítmicos

- 3.2.1 - Bloqueadores dos canais do sódio (classe I)
 - 3.2.1.1 - Classe Ia (tipo quinidina)
 - 3.2.1.2 - Classe Ib (tipo lidocaína)
 - 3.2.1.3 - Classe Ic (tipo flecainida)
- 3.2.2 - Bloqueadores adrenérgicos beta (classe II)
- 3.2.3 - Prolongadores da repolarização (classe III)
- 3.2.4 - Bloqueadores da entrada do cálcio (classe IV)
- 3.2.5 - Outros antiarrítmicos

3.4 - Anti-hipertensores

3.4.1 - Diuréticos

- 3.4.1.1 - Tiazidas e análogos
- 3.4.1.2 - Diuréticos da ansa
- 3.4.1.3 - Diuréticos poupadores de potássio
- 3.4.1.4 - Inibidores da anidrase carbônica
- 3.4.1.5 - Diuréticos osmóticos
- 3.4.1.6 - Associações de diuréticos

3.4.2 - Modificadores do eixo renina angiotensina

- 3.4.2.1 - Inibidores da enzima de conversão da angiotensina

- 3.4.2.2 - Antagonistas dos receptores da angiotensina
- 3.4.3 - Bloqueadores da entrada do cálcio
- 3.4.4 - Depressores da actividade adrenérgica
 - 3.4.4.1 - Bloqueadores alfa
 - 3.4.4.2 – Bloqueadores beta
 - 3.4.4.2.1 - Selectivos cardíacos
 - 3.4.4.2.2 - Não selectivos cardíacos
 - 3.4.4.2.3 - Bloqueadores beta e alfa
 - 3.4.4.3 - Agonistas alfa 2 centrais
- 3.4.5 - Vasodilatadores directos
- 3.4.6 - Outros
- 3.5.1 - Antianginosos

Grupo 4 - Sangue

- 4.3.1 - Anticoagulantes
 - 4.3.1.1 - Heparinas
 - 4.3.1.2 - Antivitamínicos K
 - 4.3.1.3 - Outros anticoagulantes
 - 4.3.1.4 - Antiagregantes plaquetários
- 4.3.2 - Fibrinolíticos (ou trombolíticos)

Grupo 5 - Aparelho respiratório

- 5.1 - Antiasmáticos e broncodilatadores e respectivas associações
 - 5.1.1 - Agonistas adrenérgicos beta
 - 5.1.2 - Antagonistas colinérgicos
 - 5.1.3 - Anti-inflamatórios
 - 5.1.3.1 - Glucocorticóides
 - 5.1.3.2 - Antagonistas dos leucotrienos
 - 5.1.4 - Xantinas
 - 5.1.5 - Antiasmáticos de acção profiláctica

Grupo 6 - Aparelho digestivo

- 6.8 - Anti-inflamatórios intestinais

Grupo 7 - Aparelho geniturinário

- 7.3 - Anti-infecciosos e anti-sépticos urinários

Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas

- 8.3 - Hormonas da tiróide e antitiroideus
- 8.5 - Hormonas sexuais
 - 8.5.1.2 - Anticoncepcionais

Grupo 9 - Aparelho locomotor

- 9.2 - Modificadores da evolução da doença reumatisal
- 9.3 - Medicamentos usados para o tratamento da gota
- 9.4 - Medicamentos para tratamento da artrose
- 9.6 - Medicamentos que actuam no osso e no metabolismo do cálcio
 - 9.6.1 - Calcitonina
 - 9.6.2 - Bifosfonatos
 - 9.6.3 - Vitaminas D
 - 9.6.4 - Outros

Escalão C

Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos

- 1.4.1 - Anti-helmínticos
- 1.4.3 - Outros antiparasitários

Grupo 2 - Sistema nervoso central

- 2.3.1 - Acção central
- 2.3.2 - Acção periférica
- 2.3.3 - Acção muscular directa
- 2.7 - Antieméticos e antivertiginosos
- 2.8 - Estimulantes inespecíficos do sistema nervoso central
 - 2.9.1 - Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos
 - 2.9.3 - Antidepressores
 - 2.9.4 - Lítio
- 2.10 - Analgésicos e antipiréticos
- 2.11 - Medicamentos usados na enxaqueca
- 2.12.- Analgésicos estupefacientes
 - 2.13.1. – Medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas
 - 2.13.3. – Medicamentos para tratamento da dependência de drogas
 - 2.13.4. – Medicamentos com acção específica nas perturbações do ciclo sono-vigília

Grupo 3 – Aparelho cardiovascular

- 3.3. - Simpaticomiméticos
 - 3.5.2. - Outros vasodilatadores
- 3.6. - Venotrópicos
- 3.7. - Antidislipidémicos

Grupo 4 - Sangue

- 4.1 - Antianémicos
 - 4.1.1 – Compostos de ferro
 - 4.1.2 - Medicamentos para tratamento das anemias megaloblásticas
 - 4.4.1 - Antifibrinolíticos
 - 4.4.2 - Hemostáticos

Grupo 5 - Aparelho respiratório

- 5.2.2 - Expectorantes

Grupo 6 - Aparelho digestivo

- 6.1.2 - De acção sistémica
- 6.2. Antiácidos e antiulcerosos
 - 6.2.1 - Antiácidos
 - 6.2.2. – Modificadores da secreção gástrica
 - 6.2.2.1. - Anticolinérgicos
 - 6.2.2.2.- Antagonistas dos receptores H2
 - 6.2.2.3. - Inibidores da bomba de protões
 - 6.2.2.4. - Prostaglandinas
 - 6.2.2.5. - Protectoes da mucosa gástrica
 - 6.3.1 - Modificadores da motilidade gástrica ou procinéticos
 - 6.3.2.2 - Antidiarreicos
 - 6.3.2.2.1 - Obstipantes

6.3.2.2.2 - Adsorventes

- 6.4 - Antiespasmódicos
- 6.5 - Inibidores enzimáticos
- 6.6 - Suplementos enzimáticos, bacilos lácteos e análogos
- 6.7 - Anti-hemorroidários
- 6.9 - Medicamentos que actuam no fígado e vias biliares
 - 6.9.1 - Coleréticos e colagogos
 - 6.9.2 - Medicamentos para tratamento da litíase biliar

Grupo 7 - Aparelho geniturinário

- 7.1 - Medicamentos de aplicação tópica na vagina (excepto produtos considerados de higiene - anti-sépticos vaginais em formulações destinadas a lavagens vaginais)
 - 7.1.1 - Estrogéneos e progestagéneos
 - 7.1.2 - Anti-infecciosos
 - 7.1.3 - Outros medicamentos tópicos vaginais
- 7.2 - Medicamentos que actuam no útero
 - 7.2.1 - Ocitócicos
 - 7.2.2 - Prostaglandinas
 - 7.2.3 - Simpaticomiméticos
 - 7.4.1 - Acidificantes e alcalinizantes urinários
 - 7.4.2 - Medicamentos usados nas perturbações da micção
 - 7.4.2.1 - Medicamentos usados na retenção urinária
 - 7.4.2.2 - Medicamentos usados na incontinência urinária
 - 7.4.3 - Medicamentos usados na disfunção eréctil

Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas

- 8.1 - Hormonas hipotalâmicas e hipofisárias, seus análogos e antagonistas (excepto hormonas antidiurética e do crescimento)
 - 8.1.1 - Lobo anterior da hipófise
 - 8.1.2 - Lobo posterior da hipófise
 - 8.1.3 - Antagonistas hipofisários
- 8.2 - Corticosteróides
 - 8.2.1 - Mineralocorticóides
 - 8.2.2 - Glucocorticóides
 - 8.4.3 - Glucagon
 - 8.5.1.1 - Tratamento de substituição
 - 8.5.2 - Androgénios e anabolizantes
- 8.6 - Estimulantes da ovulação e gonadotropinas

Grupo 9 - Aparelho locomotor

- 9.1 - Anti-inflamatórios não esteróides e respectivas associações
 - 9.1.1 - Derivados do ácido antranílico
 - 9.1.2 - Derivados do ácido acético
 - 9.1.3 - Derivados do ácido propiónico
 - 9.1.4 - Derivados pirazolónicos
 - 9.1.5 - Derivados do indol e do indeno
 - 9.1.6 - Oxicans
 - 9.1.7 - Derivados sulfanílamídicos
 - 9.1.8 - Compostos não acídicos
 - 9.1.9 - Inibidores selectivos da Cox 2

9.1.10 - Anti-inflamatórios não esteróides para uso tópico

Grupo 10 - Medicação antialérgica

10.2 - Corticosteróides

10.3 - Simpaticomiméticos

Grupo 11 - Nutrição

Em todos os subgrupos abaixo indicados apenas são participáveis as vitaminas e sais minerais simples e as associações A+D, A+E, A+E+B6 e cálcio+vitamina D

11.3.1 - Vitaminas

11.3.1.1 - Vitaminas lipossolúveis

11.3.1.2 - Vitaminas hidrossolúveis

11.3.1.3 - Associações de vitaminas

11.3.2.1 - Cálcio, magnésio e fósforo

11.3.2.1.1 - Cálcio

11.3.2.1.2 - Magnésio

11.3.2.1.3 - Fósforo

11.3.2.2 - Flúor

11.3.2.3 - Potássio

Grupo 12 - Correctivos da volémia e das alterações electrolíticas

12.1 - Correctivos do equilíbrio ácido base

12.1.1 - Acidificantes

12.1.2 - Alcalinizantes

12.2 - Correctivos das alterações hidroelectrolíticas

12.2.1 - Cálcio

12.2.2 - Fósforo

12.2.3 - Magnésio

12.2.4 - Potássio

12.2.5 - Sódio

12.2.6 - Zinco

12.2.7 - Glucose

12.2.8 - Outros

12.3 - Soluções para diálise peritoneal

12.3.1 - Soluções isotónicas

12.3.2 - Soluções hipertónicas

12.4 - Soluções para hemodiálise

12.5 - Soluções para hemofiltração

12.6 - Substitutos do plasma e das fracções proteicas do plasma

12.7 - Medicamentos captadores de iões

12.7.1 - Fixadores de fósforo

12.7.2 - Resinas permutadoras de catiões

Grupo 13 - Medicamentos usados em afecções cutâneas

13.1 - Anti-infecciosos de aplicação na pele

13.1.1 - Anti-sépticos e desinfectantes

13.1.2 - Antibacterianos

13.1.3 - Antifúngicos

13.1.4 - Antivíricos

13.1.5 - Antiparasitários

13.3 - Medicamentos queratolíticos e antipsoriáticos

- 13.3.1 - De aplicação tópica
- 13.3.2 - De acção sistémica
- 13.4 - Medicamentos para tratamento da acne e da rosácea
 - 13.4.1 - Rosácea
 - 13.4.2 - Acne
 - 13.4.2.1 - De aplicação tópica
 - 13.4.2.2 - De acção sistémica
- 13.5 - Corticosteróides de aplicação tópica
- 13.6 - Associações de antibacterianos, antifúngicos e corticosteróides
 - 13.8.5 - Imunomoduladores de uso tópico

Grupo 14 - Medicamentos usados em afecções otorrinolaringológicas

- 14.1.2 - Corticosteróides
- 14.1.3 - Anti-histamínicos

Grupo 15 - Medicamentos usados em afecções oculares

- 15.1 - Anti-infecciosos tópicos
 - 15.1.1 - Antibacterianos
 - 15.1.2 - Antifúngicos
 - 15.1.3 - Antivíricos
- 15.2 - Anti-inflamatórios
 - 15.2.1 - Corticosteróides
 - 15.2.2 - Anti-inflamatórios não esteróides
 - 15.2.3 - Outros anti-inflamatórios, descongestionantes e antialérgicos
- 15.3 - Midriáticos e cicloplégicos
 - 15.3.1 - Simpaticomiméticos
 - 15.3.2 - Anticolinérgicos
- 15.5 - Anestésicos locais
- 15.6 - Outros medicamentos e produtos usados em oftalmologia
 - 15.6.1 - Adstringentes, lubrificantes e lágrimas artificiais
 - 15.6.3 - Outros medicamentos

Grupo 17 - Medicamentos usados no tratamento de intoxicações

Todo o grupo

Grupo 18 - Vacinas e imunoglobulinas

- 18.1 - Vacinas (simples e conjugadas)
- 18.2 - Lisados bacterianos
- 18.3 - Imunoglobulinas

- ANEXO VIII – Estabelecimento das condições de participação de medicamentos manipulados e aprova a respectiva lista

Despacho Nº. 18 694/2010 (Diário da República, Série II, Nº. 242, de 16 de Dezembro de 2010) - Transcrição parcial (sic)

É aprovada a lista de medicamentos manipulados comparticipados a que se refere o Artigo 23º do regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos, aprovado em anexo ao Decreto-Lei Nº. 48-A/2010, de 13 de Maio, com a redacção introduzida pelo Decreto-Lei Nº. 106-A/2010, de 1 de Outubro.

Os medicamentos manipulados comparticipados previstos no número anterior são os constantes do anexo deste despacho, que dele faz parte integrante.

Os medicamentos que constam do anexo ao presente despacho são comparticipados em 30 % do respectivo preço.

Lista de medicamentos manipulados comparticipados pelo SNS e pela ADSE

Substância activa	Forma farmacêutica
Acetato de flecainida	Solução oral, xarope
Acetonido de triamcinolona	Gel
Ácido acético	Solução aquosa
Ácido bórico	Cápsulas vaginais, gel, óvulos, pomada, solução alcoólica saturada
Ácido fólico	Solução oral, xarope
Ácido salicílico	Crema, gel, pomada, pó cutâneo, solução hidroalcoólica
Ácido salicílico + alcatrão mineral	Crema, gel, pomada, suspensão cutânea
Ácido salicílico + óxido de zinco + amido	Pasta, pó cutâneo, suspensão cutânea
Ácido salicílico + ureia	Crema, gel, pasta, pomada
Ácido tricloroacético	Gel, solução alcoólica, solução aquosa
Ácido ursodesoxicólico	Suspensão oral
Alcatrão mineral	Crema, gel, pasta, pomada, solução cutânea, tintura
Alcatrão mineral + óxido de zinco + amido	Pasta

Alopurinol	Suspensão oral
Atenolol	Suspensão oral
Benzoato de metronidazol	Suspensão oral
Benzoato de sódio	Solução oral, xarope
Bicarbonato de sódio	Cápsulas, papéis medicamentosos, solução aquosa
Biotina	Cápsulas, papéis medicamentosos, solução oral, xarope
Captopril	Cápsulas, papéis medicamentosos, solução oral, xarope
Carbamazepina	Suspensão oral
Carvedilol	Cápsulas, papéis medicamentosos, suspensão oral
Cetoconazol	Suspensão oral
Citrato de sódio di-hidratado + ácido cítrico mono -hidratado	Solução oral
Cloreto de potássio	Solução oral, xarope
Cloridrato de amiodarona	Suspensão oral
Cloridrato de arginina	Cápsulas, papéis medicamentosos, solução oral, xarope
Cloridrato de diltiazem	Solução oral, xarope
Cloridrato de piridoxina	Solução oral, xarope
Cloridrato de propranolol	Solução oral, xarope
Cloridrato de ranitidina	Cápsulas, papéis medicamentosos, solução oral, xarope
Cloridrato de tetraciclina	Solução oral, xarope
Cloridrato de verapamilo	Solução oral
Coaltar saponinado	Tintura
Ditranol + ácido salicílico + óxido de zinco + amido	Pasta
Enxofre (precipitado ou sublimado)	Creme, loção, pomada
Espironolactona	Suspensão oral
Etambutol	Cápsulas, papéis medicamentosos
Etinilestradiol	Solução oral
Fenitoína	Suspensão oral, xarope
Fenobarbital	Suspensão oral

Fenol	Solução aquosa
Fosfato de sódio dibásico anidro	Cápsulas, papéis medicamentosos
Fosfato sódico de riboflavina	Solução oral
Furosemida	Solução oral, suspensão oral
Griseofulvina	Suspensão oral
Hidrato de cloral	Solução oral
Hidroclorotiazida	Suspensão oral
Hidrocortisona	Suspensão oral
Hidroquinona	Creme, gel
Hidroquinona + a-hidroxiácidos + ácido retinóico + hidrocortisona	Creme, gel
Hidroquinona em associação com ácido glicólico e ou ácido kójico e ou ácido fítico	Creme, gel, pomada
Iodeto de potássio	Solução oral
Iodo	Solução aquosa, solução alcoólica, solução hidroglicérica
Isoleucina	Cápsulas, papéis medicamentosos
Lamotrigina	Suspensão oral
Maleato de enalapril	Solução oral
Messalazina	Cápsulas, papéis medicamentosos
Metotrexato	Suspensão oral
Minoxidil	Solução oral
Nifedipina	Suspensão oral, xarope
Nitrato de prata	Solução aquosa
Nitrofurantoína	Cápsulas, papéis medicamentosos, suspensão oral
Óleo de cade	Loção, pomada
Omeprazol	Suspensão oral
Óxido de zinco + amido	Pasta
Permanganato de potássio	Solução aquosa
Peróxido de benzoílo + enxofre	Gel
Pirazinamida	Suspensão oral
Primetamina	Cápsulas, papéis medicamentosos

Podofilino	Gel, pomada, solução alcoólica, solução oleosa
Prednisolona	Suspensão oral
Prednisona	Suspensão oral
Propiltiouracilo	Suspensão oral
Resorcina + ácido salicílico	Solução alcoólica
Riboflavina	Cápsulas, papéis medicamentosos, suspensão oral
Sais de zinco	Cápsulas, papéis medicamentosos, solução oral, xarope
Solução de Albright	Solução oral
Solução de Joulie	Solução oral
Solução de Shohl	Solução oral
Sulfato de hidroxicloroquina	Cápsulas, papéis medicamentosos, solução oral
Tintura de alcatrão mineral + óxido de zinco	Loção aquosa, loção hidroalcoólica
Tocoferol	Cápsulas, papéis medicamentosos
Trimetoprim	Suspensão oral, xarope
Ureia	Gel, pomada
Valina	Cápsulas, papéis medicamentosos

- ANEXO IX - Quinta alteração à Portaria N.º 924-A/2010, de 17 de Setembro, que define os grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos que integram os diferentes escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos

Portaria N.º 45/2014 (Diário da República, Série I, N.º 37, de 21 de Fevereiro de 2014) - Transcrição parcial (sic)

Nos termos do n.º 1, 2 e 4 do Artigo 5º da actual redacção do regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos, aprovado em anexo ao Decreto-Lei N.º 48-A/2010, de 13 de Maio, manda o Governo, pelo Secretário de Estado da Saúde, o seguinte:

O anexo à Portaria N.º 924-A/2010, de 17 de Setembro, na redacção que lhe foi dada pelas Portarias N.ºs. 994-A/2010, de 29 de Setembro, 1056-B/2010, de 14 de Outubro, 289-A/2011, de 3 de Novembro, e 300/2011, de 30 de Novembro, contendo os grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos que integram os diferentes escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos, passa a ter a redacção que consta do anexo à presente portaria, da qual faz parte integrante.

ANEXO

Escalão A

Anti-hemofílicos ^(a)

Medicamentos para tratamento da fibrose quística ^(c)

Medicamentos específicos para a hemodiálise

Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos

1.1.12 - Antituberculosos ^(a)

1.1.13 - Antilepróticos ^(a)

Grupo 2 - Sistema nervoso central

2.4 - Antimiasténicos

2.5 - Antiparkinsonianos

2.5.1 - Anticolinérgicos

2.5.2 - Dopaminomiméticos

2.6 - Antiepilépticos e anticonvulsivantes

2.9.2 - Antipsicóticos simples para administração oral e intramuscular

Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas

8.1 - Hormonas hipotálâmicas e hipofisárias, seus análogos e antagonistas

Hormona do crescimento ^(b)

Hormona antidiurética

8.4 - Insulinas, antidiabéticos orais e glucagon

8.4.1 – Insulinas

8.4.1.1 - De acção curta

8.4.1.2 - De acção intermédia

8.4.1.3 - De acção prolongada

8.4.2 - Antidiabéticos orais

Grupo 15 - Medicamentos usados em afecções oculares

15.4 - Medicamentos usados no tratamento do glaucoma

15.4.1 – Mióticos

15.4.2 – Simpaticomiméticos

15.4.3 – Bloqueadores beta

15.4.4 - Análogos das prostaglandinas

15.4.5 - Outros

Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores

16.1 – Citotóxicos ^(a)

16.1.1 - Alquilantes ^(a)

16.1.2 - Citotóxicos relacionados com alquilantes ^(a)

16.1.3 – Antimetabolitos ^(a)

16.1.4 - Inibidores da topoisomerase I ^(a)

16.1.5 - Inibidores da topoisomerase II ^(a)

16.1.6 - Citotóxicos que se intercalam no ADN ^(a)

16.1.7 - Citotóxicos que interferem com a tubulina ^(a)

16.1.8 - Inibidores das tirosinacinasas ^(a)

16.1.9 - Outros citotóxicos ^(a)

16.2 - Hormonas e anti-hormonas ^(a)

16.2.1 - Hormonas ^(a)

16.2.1.1 - Estrogénios ^(a)

16.2.1.2 - Androgénios ^(a)

16.2.1.3 - Progestagénios ^(a)

16.2.1.4 - Análogos da hormona libertadora de gonadotropina ^(a)

16.2.2 - Anti-hormonas ^(a)

16.2.2.1 - Antiestrogénios ^(a)

16.2.2.2 - Antiandrogénios ^(a)

16.2.2.3 - Inibidores da aromatase ^(a)

16.2.2.4 - Adrenolíticos ^(a)

16.3 – Imunomoduladores

Escalão B

Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos

1.1 - Antibacterianos

1.1.1 - Penicilinas

1.1.1.1 - Benzilpenicilinas e fenoximetilpenicilina

- 1.1.1.2 - Aminopenicilinas
- 1.1.1.3 - Isoxazolilpenicilinas
- 1.1.1.4 - Penicilinas antipseudomonas
- 1.1.1.5 - Amidinopenicilinas
- 1.1.2 - Cefalosporinas
 - 1.1.2.1 - Cefalosporinas de 1ª. geração
 - 1.1.2.2 - Cefalosporinas de 2ª. geração
 - 1.1.2.3 - Cefalosporinas de 3ª. geração
 - 1.1.2.4 - Cefalosporinas de 4ª. geração
- 1.1.3 - Monobactams
- 1.1.4 - Carbapenemes
- 1.1.5 - Associações de penicilinas com inibidores das lactamases beta
- 1.1.6 - Cloranfenicol e tetraciclina
- 1.1.7 - Aminoglicosídeos
- 1.1.8 - Macrólidos
- 1.1.9 - Sulfonamidas e suas associações
- 1.1.10 - Quinolonas
- 1.1.11 - Outros antibacterianos
- 1.2 - Antifúngicos
- 1.3 - Antivíricos
 - 1.3.2 - Outros antivíricos
 - 1.4.2 - Antimaláricos
- Grupo 3 - Aparelho cardiovascular**
 - 3.1 - Cardiotônicos
 - 3.1.1 - Digitálicos
 - 3.1.2 - Outros cardiotônicos
 - 3.2 - Antiarrítmicos
 - 3.2.1 - Bloqueadores dos canais do sódio (classe I)
 - 3.2.1.1 - Classe Ia (tipo quinidina)
 - 3.2.1.2 - Classe Ib (tipo lidocaína)
 - 3.2.1.3 - Classe Ic (tipo flecainida)
 - 3.2.2 - Bloqueadores adrenérgicos beta (classe II)
 - 3.2.3 - Prolongadores da repolarização (classe III)
 - 3.2.4 - Bloqueadores da entrada do cálcio (classe IV)
 - 3.2.5 - Outros antiarrítmicos
 - 3.4 - Anti-hipertensores
 - 3.4.1 - Diuréticos
 - 3.4.1.1 - Tiazidas e análogos
 - 3.4.1.2 - Diuréticos da ansa
 - 3.4.1.3 - Diuréticos poupadores de potássio
 - 3.4.1.4 - Inibidores da anidrase carbónica
 - 3.4.1.5 - Diuréticos osmóticos
 - 3.4.1.6 - Associações de diuréticos
 - 3.4.2 - Modificadores do eixo renina angiotensina
 - 3.4.2.1 - Inibidores da enzima de conversão da angiotensina
 - 3.4.2.2 - Antagonistas dos receptores da angiotensina
 - 3.4.3 - Bloqueadores da entrada do cálcio

- 3.4.4 - Depressores da actividade adrenérgica
 - 3.4.4.1 - Bloqueadores alfa
 - 3.4.4.2 – Bloqueadores beta
 - 3.4.4.2.1 - Selectivos cardíacos
 - 3.4.4.2.2 - Não selectivos cardíacos
 - 3.4.4.2.3 - Bloqueadores beta e alfa
 - 3.4.4.3 - Agonistas alfa 2 centrais
- 3.4.5 - Vasodilatadores directos
- 3.4.6 - Outros
- 3.5.1 - Antianginosos

Grupo 4 - Sangue

- 4.3.1 - Anticoagulantes
 - 4.3.1.1 - Heparinas
 - 4.3.1.2 - Antivitamínicos K
 - 4.3.1.3 - Outros anticoagulantes
 - 4.3.1.4 - Antiagregantes plaquetários
- 4.3.2 - Fibrinolíticos (ou trombolíticos)

Grupo 5 - Aparelho respiratório

- 5.1 - Antiasmáticos e broncodilatadores e respectivas associações
 - 5.1.1 - Agonistas adrenérgicos beta
 - 5.1.2 - Antagonistas colinérgicos
 - 5.1.3 - Anti-inflamatórios
 - 5.1.3.1 - Glucocorticóides
 - 5.1.3.2 - Antagonistas dos leucotrienos
 - 5.1.4 - Xantinas
 - 5.1.5 - Antiasmáticos de acção profiláctica

Grupo 6 - Aparelho digestivo

- 6.8 - Anti-inflamatórios intestinais

Grupo 7 - Aparelho geniturinário

- 7.3 - Anti-infecciosos e anti-sépticos urinários

Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas

- 8.3 - Hormonas da tiróide e antitiroideus
- 8.5 - Hormonas sexuais
 - 8.5.1.2 - Anticoncepcionais

Grupo 9 - Aparelho locomotor

- 9.2 - Modificadores da evolução da doença reumatisal
- 9.3 - Medicamentos usados para o tratamento da gota
- 9.4 - Medicamentos para tratamento da artrose
- 9.6 - Medicamentos que actuam no osso e no metabolismo do cálcio
 - 9.6.1 - Calcitonina
 - 9.6.2 - Bifosfonatos
 - 9.6.3 - Vitaminas D
 - 9.6.4 - Outros

Escalão C

Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos

- 1.4.1 - Anti-helmínticos
- 1.4.3 - Outros antiparasitários

Grupo 2 - Sistema nervoso central

- 2.3.1 - Acção central
- 2.3.2 - Acção periférica
- 2.3.3 - Acção muscular directa
- 2.7 - Antieméticos e antivertiginosos
- 2.8 - Estimulantes inespecíficos do sistema nervoso central
 - 2.9.1 - Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos
 - 2.9.3 - Antidepressores
 - 2.9.4 - Lítio
- 2.10 - Analgésicos e antipiréticos
- 2.11 - Medicamentos usados na enxaqueca
- 2.12.- Analgésicos estupefacientes
 - 2.13.3. – Medicamentos para tratamento da dependência de drogas
 - 2.13.4. – Medicamentos com acção específica nas perturbações do ciclo sono-vigília

Grupo 3 – Aparelho cardiovascular

- 3.3. - Simpaticomiméticos
 - 3.5.2. - Outros vasodilatadores
- 3.6. - Venotrópicos
- 3.7. - Antidislipídemicos

Grupo 4 - Sangue

- 4.1 - Antianémicos
 - 4.1.1 – Compostos de ferro
 - 4.1.2 - Medicamentos para tratamento das anemias megaloblásticas
 - 4.4.1 - Antifibrinolíticos
 - 4.4.2 - Hemostáticos

Grupo 5 - Aparelho respiratório

- 5.2.2 - Expectorantes

Grupo 6 - Aparelho digestivo

- 6.1.2 - De acção sistémica
- 6.2. Antiácidos e antiulcerosos
 - 6.2.1 - Antiácidos
 - 6.2.2. – Modificadores da secreção gástrica
 - 6.2.2.1. - Anticolinérgicos
 - 6.2.2.2.- Antagonistas dos receptores H2
 - 6.2.2.3. - Inibidores da bomba de protões
 - 6.2.2.4. - Prostaglandinas
 - 6.2.2.5. - Protectoes da mucosa gástrica
 - 6.3.1 - Modificadores da motilidade gástrica ou procinéticos
 - 6.3.2.2 - Antidiarreicos
 - 6.3.2.2.2 - Adsorventes
 - 6.3.3. – Modificadores da dor e da motilidade intestinal
- 6.5 - Inibidores enzimáticos

- 6.6 - Suplementos enzimáticos, bacilos lácteos e análogos
- 6.9 - Medicamentos que actuam no fígado e vias biliares
 - 6.9.2 - Medicamentos para tratamento da litíase biliar

Grupo 7 - Aparelho geniturinário

- 7.1 - Medicamentos de aplicação tópica na vagina (excepto produtos considerados de higiene - anti-sépticos vaginais em formulações destinadas a lavagens vaginais)
 - 7.1.1 - Estrogéneos e progestagéneos
 - 7.1.2 - Anti-infecciosos
- 7.2 - Medicamentos que actuam no útero
 - 7.2.1 - Ocitócicos
 - 7.2.2 - Prostaglandinas
 - 7.4.1 - Acidificantes e alcalinizantes urinários
 - 7.4.2 - Medicamentos usados nas perturbações da micção
 - 7.4.2.1 - Medicamentos usados na retenção urinária
 - 7.4.2.2 - Medicamentos usados na incontinência urinária
 - 7.4.3 - Medicamentos usados na disfunção erétil

Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas

- 8.1 - Hormonas hipotalâmicas e hipofisárias, seus análogos e antagonistas (excepto hormonas antidiurética e do crescimento)
 - 8.1.1 - Lobo anterior da hipófise
 - 8.1.2 - Lobo posterior da hipófise
 - 8.1.3 - Antagonistas hipofisários
- 8.2 - Corticosteróides
 - 8.2.1 - Mineralocorticóides
 - 8.2.2 - Glucocorticóides
 - 8.4.3 - Glucagon
 - 8.5.1.1 - Tratamento de substituição
 - 8.5.2 - Androgénios e anabolizantes
- 8.6 - Estimulantes da ovulação e gonadotropinas

Grupo 9 - Aparelho locomotor

- 9.1 - Anti-inflamatórios não esteróides e respectivas associações
 - 9.1.1 - Derivados do ácido antranílico
 - 9.1.2 - Derivados do ácido acético
 - 9.1.3 - Derivados do ácido propiónico
 - 9.1.4 - Derivados pirazolónicos
 - 9.1.5 - Derivados do indol e do indeno
 - 9.1.6 - Oxicans
 - 9.1.7 - Derivados sulfanilamídicos
 - 9.1.8 - Compostos não ácidos
 - 9.1.9 - Inibidores selectivos da Cox 2

Grupo 10 - Medicação antialérgica

- 10.1. - Anti-histamínicos
 - 10.1.1. - Anti-histamínicos H1 sedativos
 - 10.1.2. - Anti-histamínicos H1 não sedativos
- 10.2 - Corticosteróides
- 10.3 - Simpaticomiméticos

Grupo 11 - Nutrição

Em todos os subgrupos abaixo indicados apenas são comparticipáveis as vitaminas e sais minerais simples e as associações A+D, A+E, A+E+B6 e cálcio+vitamina D

11.3.1 - Vitaminas

11.3.1.1 - Vitaminas lipossolúveis

11.3.1.2 - Vitaminas hidrossolúveis

11.3.1.3 - Associações de vitaminas

11.3.2.1 - Cálcio, magnésio e fósforo

11.3.2.1.1 - Cálcio

11.3.2.1.3 - Fósforo

11.3.2.2 - Flúor

11.3.2.3 - Potássio

Grupo 12 - Correctivos da volémia e das alterações electrolíticas

12.1 - Correctivos do equilíbrio ácido base

12.1.1 - Acidificantes

12.1.2 - Alcalinizantes

12.2 - Correctivos das alterações hidroelectrolíticas

12.2.1 - Cálcio

12.2.2 - Fósforo

12.2.3 - Magnésio

12.2.4 - Potássio

12.2.5 - Sódio

12.2.6 - Zinco

12.2.7 - Glucose

12.2.8 - Outros

12.3 - Soluções para diálise peritoneal

12.3.1 - Soluções isotónicas

12.3.2 - Soluções hipertónicas

12.4 - Soluções para hemodiálise

12.5 - Soluções para hemofiltração

12.6 - Substitutos do plasma e das fracções proteicas do plasma

12.7 - Medicamentos captadores de iões

12.7.1 - Fixadores de fósforo

12.7.2 - Resinas permutadoras de catiões

Grupo 13 - Medicamentos usados em afecções cutâneas

13.1 - Anti-infecciosos de aplicação na pele

13.1.1 - Anti-sépticos e desinfectantes

13.1.2 - Antibacterianos

13.1.3 - Antifúngicos

13.1.4 - Antivíricos

13.1.5 - Antiparasitários

13.3 - Medicamentos queratolíticos e antipsoriáticos

13.3.1 - De aplicação tópica

13.3.2 - De acção sistémica

13.4 - Medicamentos para tratamento da acne e da rosácea

13.4.1 - Rosácea

13.4.2 - Acne

13.4.2.1 - De aplicação tópica

13.4.2.2 - De acção sistémica

13.5 - Corticosteróides de aplicação tópica

13.6 - Associações de antibacterianos, antifúngicos e corticosteróides

13.8.5 - Imunomoduladores de uso tópico

13.8.7 - Outros

Grupo 14 - Medicamentos usados em afecções otorrinolaringológicas

14.1.2 - Corticosteróides

14.1.3 - Anti-histamínicos

Grupo 15 - Medicamentos usados em afecções oculares

15.1 - Anti-infecciosos tópicos

15.1.1 - Antibacterianos

15.1.2 - Antifúngicos

15.1.3 - Antivíricos

15.2 - Anti-inflamatórios

15.2.1 - Corticosteróides

15.2.2 - Anti-inflamatórios não esteróides

15.2.3 - Outros anti-inflamatórios, descongestionantes e antialérgicos

15.3 - Midriáticos e cicloplégicos

15.3.1 - Simpaticomiméticos

15.3.2 - Anticolinérgicos

15.5 - Anestésicos locais

15.6 - Outros medicamentos e produtos usados em oftalmologia

15.6.1 - Adstringentes, lubrificantes e lágrimas artificiais

Grupo 17 - Medicamentos usados no tratamento de intoxicações

Todo o grupo

Grupo 18 - Vacinas e imunoglobulinas

18.1 - Vacinas (simples e conjugadas)

18.2 - Lisados bacterianos

18.3 - Imunoglobulinas

- ANEXO X – Rectificação da Portaria N.º. 45/2014, de 21 de Fevereiro, do Ministério da Saúde, que procede à quinta alteração à Portaria N.º. 924-A/2010, de 17 de Setembro, que define os grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos que integram os diferentes escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos

Declaração de Rectificação N.º. 11-A/2014 (Diário da República, Série I, N.º. 38, de 24 de Fevereiro de 2014) - Transcrição parcial (sic)

Nos termos das disposições da alínea h) do n.º. 1 do Artigo 4º e do Artigo 11º do Decreto-Lei N.º. 4/2012 de 16 de Janeiro, alterado pelo Decreto-Lei N.º. 41/2013 de 21 de Março, declara-se que o anexo à Portaria N.º. 45/2014, de 21 de Fevereiro, publicada no Diário da República, 1.ª série, n.º. 37, de 21 de Fevereiro de 2014, saiu com inexactidões que, mediante declaração da entidade emitente, assim se rectificam:

Anexo à Portaria N.º. 45/2014 de 21 de Fevereiro	Declaração de Rectificação N.º. 11-A/2014 de 24 de Fevereiro
No Anexo (a que se refere o n.º. 1), onde se lê: Escalão B (...) Grupo 5 — Aparelho respiratório 5.1 — Antiasmáticos e broncodilatadores (...)	Deve ler-se: Escalão B (...) Grupo 5 — Aparelho respiratório 5.1 — Antiasmáticos e broncodilatadores e respectivas associações (...)
No Anexo (a que se refere o n.º 1), onde se lê: Escalão C (...) Grupo 2 — Sistema nervoso central (...) 2.12 — Analgésicos estupefacientes 2.13.3 — Medicamentos para tratamento da dependência de drogas (...)	Deve ler-se: Escalão C (...) Grupo 2 — Sistema nervoso central (...) 2.12 — Analgésicos estupefacientes 2.13.1 - Medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas 2.13.3 — Medicamentos para tratamento da dependência de drogas (...)

<p>3 - No Anexo (a que se refere o n.º 1), onde se lê: Escalão C (...) Grupo 3 - Aparelho cardiovascular (...) 3.6 — Ventróticos</p>	<p>Deve ler-se: Escalão C (...) Grupo 3 – Aparelho cardiovascular (...) 3.6 — Venotrópicos (...)</p>
<p>No Anexo (a que se refere o n.º 1), onde se lê: Escalão C (...) Grupo 6 — Aparelho digestivo (...) 6.3.2.2 — Antidiarreicos 6.3.2.2.2 — Adsorventes (...)</p>	<p>Deve ler-se: Escalão C (...) Grupo 6 — Aparelho digestivo (...) 6.3.2.2 — Antidiarreicos 6.3.2.2.1 – Obstipantes 6.3.2.2.2 — Adsorventes (...)</p>
<p>No Anexo (a que se refere o n.º 1), onde se lê: Escalão C (...) Grupo 18 — Vacinas e imunoglobulinas 18.1 — Vacinas (simples e conjugadas), não incluídas no Plano Nacional de Vacinação (...)</p>	<p>Deve ler-se: Escalão C (...) Grupo 18 — Vacinas e imunoglobulinas 18.1 — Vacinas (simples e conjugadas) (...)</p>

- ANEXO XI – Transcrição parcial do Programa do XIV Governo Constitucional (1999-2004)

Capítulo I - Introdução

O voto dos cidadãos em 10 de Outubro de 1999 deve ser interpretado como um sinal de apoio e apreço pela acção política do XIII Governo Constitucional. Mas foi, sobretudo, expressão da renovada confiança e da adesão a um programa eleitoral apresentado pelo partido que suporta o XIV Governo Constitucional. O Governo entende, por isso, que esse programa eleitoral deve ser agora submetido, sem alterações programáticas, à Assembleia da República como programa de governo.

No acto eleitoral, foi proposto aos portugueses um Pacto de Confiança assente em dois pilares fundamentais: por um lado, prosseguir e consolidar o muito que foi feito nos últimos quatro anos, na fidelidade aos mesmos valores e princípios; e, por outro, inovar com criatividade, definindo novas prioridades que correspondam às necessidades dos portugueses.

Esse Pacto de Confiança traduz-se num grande novo desígnio nacional: ultrapassar no espaço de uma geração o atraso estrutural que ainda nos separa do centro da União Europeia.

Este desígnio assenta sobretudo nas portuguesas e nos portugueses e norteia-se pela mesma preocupação de sempre: a de colocar as pessoas primeiro. Pois tudo começa pela sua valorização, pela sua realização pessoal, familiar e profissional, através do triângulo educação, formação e emprego.

Nesse sentido destacam-se um conjunto de novas prioridades que entendemos sufragadas pelos portugueses e que têm plena tradução no presente programa de governo: uma aposta total na plena integração de Portugal na sociedade de informação e conhecimento; uma adesão sem restrições ao valor da igualdade de oportunidades entre mulheres e homens; o reforço da coesão nacional com base na solidariedade e na segurança; a afirmação da saúde como a grande prioridade no crescimento da afectação de recursos no plano social na próxima legislatura; uma visão estratégica renovada do ambiente, do ordenamento – com especial destaque para a política de cidades –, do espaço e do território, que se traduza numa profunda requalificação estrutural capaz de fazer do País uma primeira frente atlântica europeia; uma estratégia de promoção de equidade e de competitividade fiscal que promova a justiça social e as condições de desenvolvimento económico de Portugal; a promoção de uma justiça eficaz que garanta os direitos e a segurança dos cidadãos; uma reforma do Estado e da Administração Pública; uma aposta total na promoção de uma cultura generalizada de iniciativa e responsabilidade, de exigência e de rigor, de criatividade e de qualidade ao nível dos países desenvolvidos da Europa.

O objectivo de ultrapassar no espaço de uma geração o atraso estrutural que ainda nos separa do centro da União Europeia corresponde a uma aposta geracional que conferirá às jovens gerações condições sociais, económicas e culturais que lhes permitam aspirar a ganhar os grandes desafios do próximo século.

Este desígnio nacional exige estabilidade política e uma acção política consequente com as prioridades assinaladas. O Governo tem a firme vontade de ser uma referência da estabilidade e da governabilidade.

Mas este desígnio nacional impõe, acima de tudo, uma efectiva mobilização de toda a sociedade, sem a qual não será possível ganhar aquela aposta. O Governo pretende mobilizar sectores cada vez mais alargados da nossa sociedade em torno deste projecto.

O projecto do Governo assenta na ambição de reforçar o papel de Portugal no Mundo, assumindo plenamente os desafios da globalização económica e comunicacional, na salvaguarda da coesão e da unidade nacional.

É nessa perspectiva que devemos enfrentar o desafio da organização do campeonato europeu de futebol do ano 2004. Aí mostraremos também a nossa ambição: querêmos fazer o melhor campeonato

européu de sempre e com isso dar nova visibilidade ao País no exterior, mostrar a nossa competência e reforçar a capacidade de mobilização dos portugueses para grandes projectos indutores de modernidade e de desenvolvimento.

O projecto do Governo é, igualmente, um projecto de afirmação dos nossos valores culturais, da nossa vocação universalista e da afirmação da nossa identidade própria assente no respeito pelos outros e pela diversidade. Mas é também um projecto de união e de entendimento de todos os que usam a língua portuguesa como veículo de comunicação, uma aposta solidária no papel que tem que ser conquistado para a expressão da cultura portuguesa espalhada pelo Mundo e para todos os povos e países que fazem do português a sua língua própria.

É nesse contexto que a história recente nos entregou mais uma missão: participar na construção de um novo País em Timor-Leste, do modo que os timorenses desejarem.

É também nesse contexto que merece especial destaque o papel das múltiplas comunidades portuguesas espalhadas pelo Mundo, que constituem um elemento essencial da nossa identidade como Povo e como Nação.

...

Capítulo III - Uma nova geração de políticas sociais

...

B) A Saúde, a nova prioridade da política social

Chegou a hora de nos comprometermos solenemente no que toca a uma melhoria do sistema de saúde. É indispensável ao país um sistema de saúde mais eficiente, que preste melhores serviços aos cidadãos e de qualidade reconhecida. Nesta legislatura caminharemos decididamente nesse sentido.

Aumentar os recursos consignados

Sabemos que a reforma da saúde terá impacto orçamental. Exigirá, no imediato, mais recursos públicos para financiar as transformações reformadoras necessárias.

Um sistema de saúde mais eficiente e de qualidade reconhecida

A nossa preocupação fundamental neste momento está na melhoria do sistema de saúde. Queremos um sistema de saúde mais capaz de responder imediatamente às necessidades dos cidadãos, mais eficiente no uso dos recursos e assente num sistema de qualidade. Mais serviço e melhor serviço parecem possíveis de compatibilizar e é essa a nossa aposta da legislatura.

Acesso à saúde em condições de equidade social, de eficiência na gestão e com garantia de qualidade

A política de saúde é parte de uma política social que beneficia e contribui para uma sociedade livre, inclusiva e solidária. O Serviço Nacional de Saúde é hoje um importante património de todos os portugueses e uma das mais emblemáticas expressões da política social socialista em Portugal. Mas é importante distinguir a ideia generosa do SNS das distorções que foram progressivamente introduzidas à sua organização e funcionamento. Estão lançadas as bases da reforma da saúde, assente na modernização profunda e estruturante da organização e gestão do SNS, com um substancial apoio ao bom funcionamento dos sectores social e privado, enquadrados por objectivos explícitos e por consenso para melhorar a saúde. Esta estratégia dá grande importância à protecção e promoção da saúde e à prevenção da doença. Dá prioridade ao acesso, à qualidade e à eficiência dos serviços de saúde e procura diminuir as desigualdades na saúde. O trabalho em curso e aquele a que se propõe o Governo exige uma reforma profunda da Administração Pública na saúde, uma nova relação de trabalho com o sector social e privado, uma política para as profissões da saúde. É a alternativa mais difícil, mas é, também, a que tem objectivos sociais mais ambiciosos.

Em Portugal atingiu-se um patamar em que não está apenas em causa a necessidade de recursos adicionais, sendo eles necessários e urgentes, mas também, ao contrário da ideia prevalecente, escolher entre diferentes alternativas.

Nessa escolha tem que haver ganhos no que diz respeito à acessibilidade e qualidade dos serviços prestados aos cidadãos e ganhos de eficiência na gestão do sistema e no combate ao desperdício. Só assim será possível, simultaneamente, orientar o esforço do país no sentido de garantir a todos o acesso à saúde e ter um sistema de saúde sustentável financeiramente, dadas as actuais condições económicas e orçamentais do país. Chegou a hora da promoção da saúde como grande prioridade.

O trabalho já feito, as estratégias entretanto definidas, as medidas tomadas em matérias de grande importância para os cidadãos, são, em particular, importantes, em dois tipos de questões: o acesso aos cuidados de saúde e os da prevenção da doença e da protecção da saúde. As mudanças estruturais necessárias dizem respeito a três aspectos distintos e igualmente importantes: a reforma do Serviço Nacional de Saúde, o desenvolvimento do sector social e privado e a evolução das atitudes e comportamentos em relação à saúde e às organizações de saúde.

O SNS não é simplesmente um elemento do sistema de saúde. É, seguramente, o seu componente estruturante. No entanto, os sectores social e privado são também de uma importância fundamental. É necessário dar grande prioridade às iniciativas só recentemente apresentadas que definem com maior clareza e transparência o seu papel e apoiam o seu exercício efectivo.

Mas não basta, ao contrário do que frequentemente aconteceu no passado, desenhar organizações de saúde apropriadas e adaptar a elas as profissões da saúde. Esta cultura tem sido a fonte de considerável insatisfação profissional. O desenvolvimento das organizações da saúde tem que fazer-se a par e passo com uma verdadeira política para as profissões.

Do mesmo modo, a política do medicamento tem que adaptar-se, de modo a gerir a contradição entre o papel inestimável dos medicamentos em qualquer política de saúde e a prevenção ou eliminação de desequilíbrios financeiros decorrentes das despesas com medicamentos. Neste quadro, importa por isso assegurar que as inevitáveis medidas de contenção das despesas do SNS neste domínio, não se repercutam negativamente no direito de acesso de todos os cidadãos às formas mais adequadas de terapêutica medicamentosa.

Aliás, em todos os países da União Europeia têm vindo a ser tentadas formas inovadoras de participação pública nos gastos com medicamentos, capazes de acompanhar quer a evolução no que se refere à capacidade de acesso aos sistemas de saúde, quer o aparecimento de novas e mais dispendiosas soluções.

Portugal não foge a este quadro, pelo que é imperioso que se avance no conjunto de políticas capazes de, no respeito pelo equilíbrio financeiro do sistema, garantir a cobertura a que todos os portugueses têm direito.

Neste sentido, e sempre sob a preocupação de salvaguardar a qualidade do serviço prestado pelo SNS a todos os cidadãos, dever-se-á aprofundar um conjunto de medidas que reduzam o consumo desnecessário, bem como de regulação do mercado do medicamento.

As dificuldades, que duram há muitos anos, no sector, impõem uma actuação determinada na promoção de uma maior eficiência, controlando o binómio custo-eficácia, servindo melhor os cidadãos e preparando-nos para novos desafios, quer os que derivam da alteração da estrutura da população, e em particular do aumento da esperança de vida, quer os que derivam da evolução tecnológica na saúde.

Há, de facto, problemas endémicos que necessitam que se prossiga e desenvolva uma actuação que decididamente os contrarie: a tolerância com o desfasamento entre normas e práticas, linhas pouco claras de separação entre esferas e interesses públicos e privados, ineficiências na gestão, tendências para a defesa de interesses meramente corporativos.

As duas últimas décadas já demonstraram que as novas bases de uma política de saúde, uma vez enunciadas, necessitam de uma mobilização de todos os agentes.

Por isso se retoma o apelo a um pacto de regime que permita o envolvimento de todos os agentes necessários para a transformação radical que o país necessita, por forma a realizar os legítimos anseios das pessoas.

A nova estratégia para a saúde reafirma como valores essenciais a natureza social e pública da prestação de saúde, a salvaguarda da dignidade humana, o direito à protecção na saúde, a solidariedade entre todos os portugueses na garantia desse direito, o respeito pelos valores democráticos de cidadania e participação.

A reforma do Serviço Nacional de Saúde em curso assenta numa estratégia de investimento em saúde, numa nova modalidade de financiamento dos serviços de saúde e em melhorias significativas na prestação de cuidados de saúde.

Em muitos domínios, o que está em causa, nesta legislatura é transformar as medidas já adoptadas numa lógica global de reforma do sistema assente nos seguintes princípios fundamentais, já traduzidos em legislação aprovada:

- Manutenção das responsabilidades do Estado pela cobertura dos riscos de saúde garantindo a todos o acesso aos cuidados de saúde em condições de equidade;

- Distinção entre as entidades financiadoras, já criadas e as entidades prestadoras dos cuidados de saúde, com a criação de um instituto público de financiamento que terá a função específica de gestão global do sistema de financiamento;

- Clareza na separação de águas entre as actividades públicas e privadas;

- Reconhecimento do papel importante das organizações de solidariedade social e do sector privado e apoio ao seu desenvolvimento;

- Autonomia de gestão dos hospitais, de centros de saúde e de sistemas locais de saúde, permitindo eficácia, responsabilidade e humanização, agindo em paralelo com as instituições do sector privado não lucrativo ou convencionadas que prestam serviço ao SNS;

- Estímulo aos regimes de trabalho a tempo inteiro e à dedicação exclusiva, bem como a novas formas de remuneração, em função de índices de produtividade e qualidade;

- Alargamento a todas as instituições de saúde das novas formas organizativas que assentam na responsabilização (centros de responsabilidade integrados);

- Organização de todo o sistema tendo como objectivo fundamental o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, a rapidez e a humanização do atendimento e a qualidade da prestação dos cuidados;

- Criação de estruturas de participação dos utentes, que se possam transformar numa força motora da reforma;

- Definição de uma política do medicamento, com um conjunto articulado de medidas, de modo a que o aumento dos gastos com medicamentos não continue a ter a tendência para ultrapassar o crescimento da riqueza nacional.

Em síntese, é necessário distinguir a responsabilidade do Estado na garantia do acesso à saúde, da possibilidade de prestação nesse âmbito de cuidados de saúde por entidades do sector privado ou social, desde que tal se baseie em regras claras de separação das águas, evitando formas de desnatação do SNS.

O Governo incentivará experiências diversificadas, sujeitando-as a uma avaliação rigorosa dos resultados, em vez de adoptar um modelo unitário baseado em preconceitos de natureza ideológica. Aliás, a introdução de mecanismos de concorrência é possível, no quadro das próprias instituições públicas de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente propiciando maiores possibilidades de escolha para os utentes e premiando instituições e profissionais que obtenham melhores resultados.

O que propomos é um novo "contrato para a saúde", com seis elementos fundamentais: o acesso aos cuidados de saúde; a qualidade; a protecção e segurança; a promoção da saúde; a gestão e as profissões. As seis componentes serão avaliadas e revistas anualmente e serão tomadas as medidas necessárias para sustentar as obrigações do Estado nesse contrato, no âmbito de um conjunto de medidas que consideramos prioritárias neste domínio:

- Reforçar progressivamente o orçamento da saúde, aproximando-nos da média europeia do peso dos gastos públicos com saúde e substituindo o tradicional modelo público integrado por um novo modelo contratual, que combine o financiamento essencialmente público com um sistema de contratos entre pagadores e prestadores formalmente separados entre si;
- Garantir até 2002 a recuperação de todas as listas de espera para os tempos clinicamente recomendados de acordo com as normas internacionais;
- Continuar a redução da mortalidade perinatal, de modo a cumprir o objectivo fixado de 10% até 2007;
- Melhorar a saúde pré-concepcional e reduzir drasticamente o número de nascimentos em mulheres com menos de 17 anos;
- Reduzir progressivamente a morbimortalidade por traumatismos, ferimentos e lesões acidentais de crianças e jovens, por forma a que diminuam para metade até 2007;
- Proporcionar, até 2002, a todas as crianças e adolescentes a oportunidade de ter um médico assistente;
- Organizar e equipar, até 2002, em todo o país, unidades de cuidados intensivos pediátricos e organizar uma rede de emergência de cuidados especializados pediátricos;
- Garantir o acesso a cuidados médico-dentários a todas as crianças entre os 6 e os 12 anos;
- Incrementar a intensidade e capacidade das acções de controlo, de aspectos de grande complexidade e gravidade, nomeadamente da tuberculose pulmonar e da hepatite;
- Continuar a promover a adopção de comportamentos adequados de prevenção da infecção pelo HIV;
- Completar a cobertura nacional de camas de isolamento para doentes com sida e tuberculose;
- Promover normas de qualidade e seu acompanhamento – seguindo o modelo da diabetes – para outras afecções prevalentes: para a asma, a hipertensão arterial, os acidentes vasculares cerebrais, as afecções reumáticas e as demências senis;
- Lançar, até 2002, 5 novos serviços de nefrologia com unidade de hemodiálise nas regiões geográficas mais carentes de cuidados nefrológicos;
- Avançar no sentido de progressivamente todos os doentes com insuficiência renal crónica poderem ser tratados na zona de residência ou trabalho;
- Desenvolver os serviços comunitários de saúde mental, compreendendo a inclusão de unidades da infância e adolescência;
- Desenvolver um programa de promoção da saúde e de luta contra o alcoolismo;
- Reforçar as medidas de protecção e segurança em saúde, nomeadamente na segurança alimentar e das águas, no cumprimento do novo plano nacional de vacinação, no Sistema de Alerta e Resposta Apropriada para as emergências de saúde pública;
- Reforçar os programas de controlo das infecções hospitalares;
- Criar a Agência de Segurança Alimentar;
- Expandir a nova filosofia de "gestão integrada da doença aguda", que articula os atendimentos dos centros de saúde e hospitais com corredores integrados de urgência operacionalizados pelas vias verdes e azuis e coordenados com o dispositivo de comunicação "saúde 24 horas", o da emergência médica do Instituto Nacional de Emergência Médica e o das entidades transportadoras de doentes;
- Alargar a todo o país o sistema "saúde 24 horas", de atendimento e gestão telefónica das urgências pediátricas;
- Implementar a via verde coronária em 15% dos hospitais da rede oficial;
- Garantir o acesso do cidadão e das suas organizações representativas à carta da qualidade das organizações de saúde a que têm acesso, bem como a participação do cidadão em auditorias aos serviços de

saúde relativas à qualidade do atendimento, nos estudos de satisfação dos doentes e na discussão e divulgação dos seus resultados;

- Melhorar o acesso aos cuidados continuados, em articulação com o apoio social à dependência;
- Definir regras que garantam relações justas, previsibilidade, estabilidade e desenvolvimento aos sectores social e privado e que permitam obter maior benefício social da sua actuação, em convergência de esforços com o SNS;

- Desenvolver a contratualização nas relações financeiras entre serviços de saúde, na acessibilidade aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica;

- Estimular o mutualismo na saúde;

- Garantir mecanismos de estímulo e apoio à formação contínua;

- Alterar o actual sistema de comparticipação de medicamentos, prosseguindo a reavaliação de todos os medicamentos comparticipados, avaliando a eficácia terapêutica relativa e efectiva e estabelecendo esses critérios para a inclusão de medicamentos no sistema de comparticipação; reduzindo a diferença de preços entre medicamentos com a mesma substância activa; melhorando a acessibilidade dos grupos sociais menos protegidos e com menores recursos (crianças, grávidas, idosos de baixos rendimentos, doenças crónicas e incapacitados);

- Alterar o sistema de distribuição de medicamentos nas farmácias, permitindo a dispensa da quantidade de medicamentos adequado às necessidades do tratamento;

- Promover a prescrição de medicamentos pela denominação comum internacional das substâncias activas, através do novo modelo de receita médica e aprofundar a utilização de formulários por patologias e recomendações terapêuticas baseadas na evidência;

- Desenvolver um sistema de informação independente dirigido aos profissionais de saúde e ao cidadão que induza a utilização racional dos medicamentos;

- Aperfeiçoar o sistema de vigilância do medicamento nos aspectos relacionados com a qualidade, a segurança e o consumo;

- Promover a utilização de medicamentos genéricos;

- Aprovar uma política nacional de utilização de antibióticos com base nos estudos já lançados;

- Promover a investigação na área do medicamento, nomeadamente a nível clínico, tecnológico e epidemiológico;

- Manter permanentemente actualizada a carta de equipamentos de saúde;

- Completar a informatização do sistema de saúde;

- Prosseguir a auto-suficiência nas colheitas de sangue e a garantia de qualidade na medicina transfusional;

- Desenvolver uma política nacional de investigação em saúde.

...

- ANEXO XII - Transcrição parcial do Programa do XV Governo Constitucional (2002-2004)

Capítulo I - Introdução

1 – O XV Governo Constitucional inicia funções num contexto político muito particular: na sequência de uma crise política precipitada pela demissão do anterior Primeiro Ministro que obrigou a interromper a meio a legislatura, no quadro de uma grave crise financeira e económica do País e num clima geral de preocupação e de falta de confiança dos Portugueses.

Chamados a decidir em eleições antecipadas, os Portugueses foram claros: fizeram um julgamento negativo do desgoverno dos últimos anos e exprimiram uma forte vontade de mudança.

É este sentimento de mudança que está na base da constituição do XV Governo Constitucional, que informa o programa que neste momento é submetido à apreciação da Assembleia da República e que orientará toda a acção futura do novo executivo.

2 – Portugal vive hoje um dos períodos mais difíceis da sua historia democrática.

Confrontamo-nos com um grave descontrolo das contas públicas, com um crescimento desenfreado das despesas do Estado e com uma perigosa ameaça de não cumprimento das nossa obrigações no quadro da União Europeia.

Interrompeu-se o nosso processo de convergência económica e social em relação à União Europeia e passámos a divergir. Em consequência, estamos a atrasarmo-nos e não a aproximarmo-nos da Europa.

A confiança dos agentes económicos está fortemente abalada e a nossa credibilidade externa foi minada.

Assistimos a uma perigosa degradação das instituições, ao enfraquecimento da autoridade democrática do Estado, à ausência total e completa de objectivos que mobilizem os Portugueses.

Mas a navegação à vista dos últimos anos não gerou, apenas, desordem nas finanças e empobrecimento do País.

Mais do que isso. Gerou uma crise de valores. A aposta no trabalho, no mérito, na exigência, na responsabilidade, no esforço individual e na solidariedade colectiva foi substituída por uma cultura de facilidade, de laxismo, de clientelismo, de dependências, de gestão corporativa de interesses sem qualquer subordinação ao primado do interesse nacional.

Um País assim é um País sem confiança em si próprio e sem ambição em relação ao seu futuro.

3 – Portugal precisa, por isso mesmo, de uma nova ambição e de uma nova atitude política.

Temos a ambição de fazer de Portugal, no espaço de menos de uma geração, um dos Países mais desenvolvidos da Europa. Este desígnio reclama um grande esforço nacional. Do Estado e da sociedade, do Governo e dos cidadãos. O objectivo é sermos uma Nação mais rica, para dessa forma construirmos uma sociedade mais justa e um País mais culto.

Uma nova atitude política é igualmente indispensável.

Precisamos de clareza no discurso, verdade na acção, convicção e coragem na decisão, espírito de combate e não sentimento de resignação, capacidade para mobilizar energias e elevar a auto-estima nacional, vontade de inovar, de empreender e de reformar.

É este o espírito que anima o Governo que agora requer a investidura parlamentar.

4 – Consciente da grave situação herdada e motivado pelos objectivos elencados, o Governo não recusa clareza e firmeza nas prioridades políticas para a legislatura.

Cinco prioridades fundamentais:

- sanear as finanças públicas, pôr ordem nas contas do Estado, reduzir o peso das despesas correntes. É a primeira prioridade. Mais. É condição absolutamente indispensável do sucesso de qualquer política, presente ou futura;

- promover a retoma acelerada da convergência com os Países mais ricos da Europa, o que implica a realização de reformas estruturais que confirmem competitividade a Portugal – no Estado, na economia, na sociedade – e que permitam criar riqueza;

- recuperar a Autoridade do Estado a todos os níveis – desde as Forças Armadas e de Segurança às Escolas - única forma de prestigiar as instituições, de credibilizar a ideia de serviço público, de impor o primado do interesse colectivo, de recriar a confiança dos cidadãos no Estado, nos seus representantes e no seu exemplo;

- promover um sério investimento na qualificação dos Portugueses. Um País pequeno e com escassos recursos materiais, particularmente em tempo de globalização, tem de fazer este investimento essencial, de modo exigente e determinado;

- reforçar a Justiça Social e a Igualdade de Oportunidades, de forma segura e sustentada. A consciência social não se afirma, pratica-se; a justiça e a igualdade não se decretam, constroem-se com base em políticas sólidas e estruturantes. O País tem de desenvolver-se para que o primado do social se concretize verdadeiramente.

5 – A campanha eleitoral terminou. Agora, mais do que nunca, só Portugal interessa.

Temos a noção – em função da grave situação herdada – que há sacrifícios a fazer. E temos a consciência que só faz sentido e só é legítimo pedir sacrifícios aos Portugueses acreditando que eles são pressuposto e condição de um futuro melhor para todos. E nós acreditamos.

Daí a nossa postura. Trabalhar, trabalhar para um futuro melhor. O País, em 17 de Março, teve perante si duas escolhas – de um lado, a continuidade do descalabro, do outro a mudança segura. Os Portugueses optaram pela mudança. Foi este o caminho escolhido. Um caminho que não é o mais fácil, mas é o mais seguro. Um caminho que não oferece facilidades, mas garante solidez. Um caminho que não promete ilusões mas gera confiança, optimismo e esperança.

6 – É com base neste sentimento que o Governo se dirige ao Parlamento, requerendo a sua investidura parlamentar.

Privilegiaremos o contacto estreito com os portugueses, destinatários da nossa acção.

Assumimos o compromisso de uma leal e saudável cooperação com a Assembleia da República, de quem o Governo depende.

Queremos contribuir para elevar a qualidade da nossa democracia.

Disponibilizamos a nossa vontade para colaborar nas iniciativas que a Assembleia da República entenda tomar para aperfeiçoar o sistema político em geral e o funcionamento do Parlamento em particular.

Desejamos assinalar o início de um novo ciclo político. Um novo ciclo que introduza maior responsabilização política, uma relação mais próxima entre eleitos e eleitores, mais verdade e maior eficácia na gestão da coisa pública.

Mais do que muitas leis, Portugal precisa, sobretudo, de acção, de iniciativa e de muito trabalho.

Só assim podemos vencer. Portugal vai vencer.

...

Capítulo IV – Reforçar a justiça social e garantir a igualdade de oportunidades

1 - Saúde

A saúde é um bem e um direito dos cidadãos, constituindo um investimento nas pessoas e um poderoso factor de reforço da coesão e do desenvolvimento económico e social.

Na realidade, a política de saúde é uma das políticas sociais que contribui decisivamente para uma sociedade mais solidária e mais justa.

Em Portugal, a situação do sector da saúde degradou-se fortemente nos últimos anos, apresentando contornos de extrema gravidade, sendo, hoje, generalizadamente reconhecida a desorganização e degradação do Serviço Nacional de Saúde, com crescimento descontrolado das despesas públicas e défices elevadíssimos, frustrando o direito dos cidadãos ao acesso generalizado e de qualidade aos cuidados de saúde.

As condições de atendimento em várias urgências hospitalares são inadmissíveis, quer em burocracia, quer na desumanização dos serviços prestados.

O acesso difícil aos serviços públicos, com formação inaceitável de listas de espera crescentes para consulta e tratamento, penaliza fortemente os grupos sociais mais desfavorecidos.

O elevado peso dos gastos com medicamentos, numa proporção superior a todos os países da União Europeia, é outro grave factor de perversão no sector.

A ineficácia da gestão de recursos materiais, técnicos e humanos, gerando a insatisfação crescente dos profissionais de saúde e penalizando fortemente os utentes, que têm direito a uma prestação de cuidados de saúde rápida e condigna, é outra grave realidade do sector.

A reforma do sector da saúde é, assim, um vector prioritário para o Governo, tendo em vista a criação de um verdadeiro Sistema Nacional de Saúde justo e solidário.

Neste contexto, o actual Serviço Nacional de Saúde deverá ser profundamente reformado por forma a passar de um sistema público, de natureza monopolista e administrativa, para um sistema misto de serviços de saúde, onde coexistam entidades de natureza pública, privada e social, agindo de forma integrada e orientado para as necessidades dos utentes.

O compromisso político do Governo é o de que as reformas a realizar serão norteadas pela preocupação de dar às pessoas um atendimento de qualidade, em tempo útil, com eficácia e com humanidade.

Entendemos, assim, por Serviço Nacional de Saúde (SNS) um sistema misto, combinado e integrado, em que todas as entidades intervenientes no sector - públicas, privadas e sociais - devem colaborar e participar.

Gerir com competência, premiar o mérito, responsabilizar com eficácia e incentivar a produtividade serão pilares essenciais da política de rigor na administração desse Serviço Nacional de Saúde.

No processo de reforma que preconizamos assume importância significativa o empenho dos profissionais de saúde, mas também o reconhecimento de que a finalidade última do SNS é a prestação de cuidados de saúde a quem precisa e não a satisfação das necessidades internas do próprio sistema.

O Estado pode e deve ter um papel a desempenhar na gestão das estruturas da Saúde. No entanto, onde se comprove que os sectores privado e social gerem com maior eficácia, menores custos e evidente benefício de quem carece de cuidados, o Governo não terá qualquer hesitação em assumir uma visão bem distinta da atitude estatizante, centralizadora e burocrática que tem caracterizado a política ao longo de sucessivos Ministérios da Saúde.

Na política de saúde a prosseguir, o objectivo fundamental é servir melhor aqueles a quem o SNS se destina. O essencial não é a natureza do sistema: mas que as pessoas e os doentes possam ser melhor atendidos em tempo útil, com eficácia e humanização.

A melhor forma de pôr em prática esta política de saúde e de proceder à sua avaliação é permitir que sejam os interessados a julgá-la, assegurando a diversidade na oferta e liberdade de escolha aos utentes. A garantia da liberdade de escolha é fundamental na política de saúde que o Governo se propõe levar a cabo, sendo este o caminho para assegurar o imperativo constitucional do direito à prevenção da saúde e para colocar o cidadão como referencial do funcionamento dos serviços de saúde.

O sistema misto que preconizamos, assente numa ideia de complementaridade entre o sector público, sector social e sector privado, pressupõe que sejam determinados de forma realista os custos por

patologia e por procedimento técnico, desde o diagnóstico às modalidades terapêuticas convencionais, estabelecendo uma "Tabela de Preços para a Saúde".

Será com base nessa tabela que o Estado assegurará, progressivamente, através de uma entidade especificamente vocacionada para o efeito, a satisfação dos custos incorridos pelos actos médicos, independentemente da sua prestação em entidades públicas, sociais ou privadas.

No contexto assim definido, caberá ao Estado o duplo papel de enquadrador do serviço público de saúde e de regulador da participação dos operadores sociais e privados, através de mecanismos de regulação económica, bem como da fixação e da fiscalização do cumprimento de critérios de qualidade e de desempenho.

Esta nova configuração estrutural do Serviço Nacional de Saúde impõe mudanças profundas que atendam, acima de tudo, aos interesses dos cidadãos e aos problemas dos utentes e que obedeçam a valores de solidariedade, equidade e justiça social.

Neste sentido, o Governo preconiza as seguintes medidas:

- a adopção de modelos alternativos à actual gestão burocrática e centralizadora das unidades públicas de saúde, na perspectiva de reforçar a sua capacidade de organização, valorizando os melhores e estimulando a iniciativa individual;

- o aprofundamento das experiências inovadoras de gestão de natureza empresarial e de mobilização do investimento não público no sistema de saúde, fazendo participar crescentemente o sector privado e social nos diferentes modelos e formas contratuais, o que permitirá uma progressiva racionalização das funções financiamento/contratação e da função prestação e cuidados de saúde;

- a prossecução de uma política de recursos humanos em ordem a:

- valorizar a competência, a diferenciação técnica e profissional e o respeito pelo estatuto de todos os profissionais de saúde;

- promover a diversidade contratual, com garantias de segurança;

- desenvolver uma gestão consistente de recrutamento e de formação contínuas;

- desenvolver uma política de formação coerente, contribuindo para o ensino pré e pós-graduado nas áreas da saúde, reconhecendo a variedade da especialização técnica profissional;

- a adopção de procedimentos de gestão rigorosos que permita:

- atribuir orçamentos específicos e adequados à natureza das instituições, de acordo com um plano estratégico de contratualização;

- estabelecer incentivos financeiros ligados a ganhos de produtividade, à flexibilidade na criação de equipas de trabalho e à mobilidade funcional e geográfica;

Tendo em vista um novo Sistema Nacional de Saúde, o Governo pretende:

- a reestruturação do Serviço Nacional de Saúde, baseando a sua organização e funcionamento num sistema articulado de redes de cuidados primários, de cuidados diferenciados e de cuidados continuados;

- a reorganização da actual rede de cuidados primários, com vista a proporcionar a cada cidadão o seu médico assistente, tendo por base um modelo de contratualização com os médicos de clínica geral e familiar que tenha em conta uma capitação definida associada a incentivos;

- o término, com carácter de urgência, das listas de espera de cirurgias e de consultas, por via, quer da contratualização com entidades privadas e sociais, quer da melhoria de eficiência na mobilização dos recursos do próprio sistema, nomeadamente aumentando o tempo de utilização dos blocos operatórios e de funcionamento das consultas externas hospitalares;

- a introdução de sistemas e equipas de triagem nos serviços de urgência hospitalares, que estabeleçam o tratamento prioritário das situações mais urgentes;

- o fomento de formas alternativas de gestão, incluindo a utilização de regras de gestão empresarial pelas administrações públicas, através da celebração de contratos-programa;

- o incentivo a o desenvolvimento, nos serviços públicos, de novas soluções de gestão, como são já o exemplo dos Centros de Responsabilidade Integrada nos Hospitais e os Regimes de Remuneração Experimental nos Centros de Saúde;

- o reconhecimento da função especial em todo o sistema do cargo de Director de Serviços, reconhecendo-lhe a indispensável autonomia e respectiva responsabilidade;

- o estabelecimento no âmbito do SNS, de parcerias público/público (entre a Administração Central e entidades públicas) e público/privado (pela concessão da gestão de unidades prestadoras de cuidados a entidades privadas ou de natureza social ou pelo investimento conjunto entre estas entidades e o Estado), segundo princípios de eficiência, responsabilização, contratualização e de demonstração de benefícios para o serviço público de saúde;

- a definição e regulamentação de um novo estatuto jurídico para os hospitais, tendo em consideração os novos modelos de gestão empresarial e as parcerias público/público, público/privada e público/social;

- a criação de uma Carta Nacional de Equipamentos de Saúde, com vista a evitar sobreposição de estruturas e a proporcionar uma correcta gestão da capacidade instalada;

- a informatização de todos os Serviços e Entidades a operar no SNS, estabelecendo redes de articulação entre eles e entre ligação com os restantes operadores da Saúde;

- a consagração da existência de um Cartão do Utente operacional que identifique o utente perante o sistema, que efective os respectivos direitos e que assegure a confidencialidade de toda a informação relativa ao doente;

- a reorganização e conclusão dos projectos da Carta de Direitos e Deveres dos Utentes e do Manual de Qualidade para o Acolhimento/Admissão/Orientação e Encaminhamento dos cidadãos no SNS;

- a garantia do acesso diferenciado aos meios complementares de diagnóstico, com liberdade de escolha dos prestadores, desde que estes possuam certificados de qualidade;

- o desenvolvimento de uma rede de unidades de acolhimento hospitalar e de cuidados continuados para doentes crónicos e doentes idosos, mediante protocolos a celebrar com o sector social e privado;

- a criação de uma entidade reguladora, com a natureza de autoridade administrativa independente, que enquadre a participação e actuação dos operadores privados e sociais no âmbito da prestação dos serviços públicos de saúde, assegurando o acompanhamento dos respectivos níveis de desempenho;

- o estabelecimento de uma "Tabela de Preços para a Saúde" com base na qual o Estado se comprometerá perante o cidadão a custear as despesas essenciais na prevenção e protecção da saúde, independentemente da natureza, pública, social ou privada dos prestadores;

- o incentivo da poupança a aplicar na constituição de Fundos e Seguros de Saúde e outros sistemas complementares de assistência, mediante adequadas compensações fiscais;

- o desenvolvimento de uma política do medicamento assente numa estratégia de informação que garanta um maior rigor e segurança na prescrição farmacológica e acautele a sustentabilidade da despesa;

- a opção determinada por uma política que promova a expansão do mercado de genéricos, a prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI) e a afirmação de uma política de venda de medicamentos por doses ajustadas aos cuidados necessários;

- a instituição do princípio de que a comparticipação dos medicamentos de eficácia terapêutica comprovada, através da introdução gradual da comparticipação de referência para grupos homogêneos de medicamentos, garantindo ao mesmo tempo que as doenças mais incapacitantes e os doentes de menores recursos tenham acesso privilegiado ao medicamento;

- o fortalecimento e a dignificação das carreiras profissionais, estabelecendo regras de progressão baseadas em critérios de qualificação científica, técnica e profissional;

- a colocação em prática de programas de prevenção da doença, com destaque para o papel a desempenhar pelo médico de família, devendo reconhecer-se, em particular, as situações mais graves do

nosso tempo, tais como o SIDA, a tuberculose, as hepatites, as doenças oncológicas, as doenças sexualmente transmissíveis, a diabetes, as doenças cardio e cerebro-vasculares, as doenças associadas ao tabagismo e a toxicod dependência;

- a adopção de um programa nacional de prevenção ao alcoolismo, com meios humanos, técnicos e financeiros reforçados, para a informação, o aconselhamento, a formação profissional, e tratamento e reabilitação e a reinserção social;

- a diversificação das profissões de saúde e a promoção uma reforma profunda no actual sistema de ensino susceptível de melhorar o processo de recrutamento, formação e educação dos profissionais de saúde, a qualidade académica e pedagógica dos docentes e o seu interesse e dedicação na investigação científica.

Combate à toxicod dependência

O Governo reconhece a toxicod dependência como doença, assumindo a necessidade de combater este flagelo da sociedade, logo das famílias por ele afectadas, ficando adstrita ao Ministério da Saúde a responsabilidade de uma política integrada assente na prevenção, tratamento e reinserção.

Esta decisão, não pode prejudicar a intervenção necessariamente transversal do Governo em matéria de combate à toxicod dependência, o que será garantido pela autonomia funcional do Instituto Português da Droga e da Toxicod dependência (IPDT) e pela coordenação, quando necessário, das acções em matéria de sistema nacional de informação e actuação nos organismos internacionais.

A eficácia do combate à toxicod dependência depende muito da estabilidade das políticas em curso. A importância do problema, num país com uma das maiores prevalências de consumo problemático de drogas de toda a União Europeia, não se compadece com avanços e recuos.

Por isso, o Governo manterá o IPDT como estrutura central de intervenção, embora com o objectivo de redução dos seus efectivos em 50% num prazo máximo de 18 meses, e afirma a necessidade de cumprir a Estratégia Nacional de Luta Contra Droga e o Plano de Acção Horizonte 2004, em ambos os casos sujeitos a uma avaliação que verifique de forma rigorosa o grau de cumprimento face ao estabelecido.

Em matéria de prevenção, e para além das acções em curso, será dada prioridade ao trabalho de promoção de estilos de vida saudáveis para prevenir comportamentos desviantes, centrado no papel determinante da escola. Será especialmente valorizada a função dos educadores, dos formandos e de especialistas em prevenção primária e serão reforçados os meios necessários à prevenção da iniciação nas drogas e outras dependências, incluindo o alcoolismo e o tabagismo e criados mais meios de acompanhamento psicológico para auxiliar aqueles que já consomem.

Em matéria de tratamento, o Estado deve assumir um papel de complementaridade, de coordenação e de regulação relativamente às respostas disponíveis no sector privado e social. Nesta matéria, a participação mensal deve ser progressivamente substituída pela fixação de um valor global de participação em cada tratamento.

Destaca-se ainda:

- a manutenção da estrutura de Centros de Atendimento a Toxicod dependentes (CAT's), reavaliada na sua distribuição geográfica;

- o reforço do apoio aos toxicod dependentes na prisão;

- a aposta clara na criação de equipas de rua e outros mecanismos que garantam a Em matéria de reinserção, será apresentado um novo programa redefinindo os objectivos e prioridades para esta área, a partir da avaliação da execução dos programas VIDA-Emprego e do Programa-Quadro Reinserir.

Em todos os casos, é dada prioridade ao envolvimento das associações representativas dos pais e famílias no apoio à Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, designadamente através da valorização da terapêutica familiar e da apresentação de um plano laboral que permita o acompanhamento de filhos toxicod dependentes.

...

- ANEXO XIII - Transcrição parcial do Programa do XVI Governo Constitucional (2005)

Capítulo I - Introdução

1. O programa do XVI Governo Constitucional que agora se apresenta à Assembleia da República assenta na continuidade das políticas desenvolvidas pelo XV Governo Constitucional.

A legitimidade democrática que lhe dá origem é a mesma. A maioria parlamentar permanece intacta. O compromisso com os eleitores não se altera.

A avaliação que deverá ser feita, pelos portugueses, no final da legislatura, não será de partes separadas, mas sim de um todo. Será o resultado da acção dos dois governos, do que já foi feito e do que ainda será realizado, que o país julgará.

Deste modo, não podemos, nem queremos, deixar de nos referir, neste novo programa de governo, a muitos dos compromissos assumidos e já cumpridos.

2. Os dois anos de trabalho do XV Governo Constitucional marcaram, de forma incontornável, a história de Portugal.

A acção deste executivo foi exemplar, sobretudo atendendo ao difícil quadro que herdara do governo que o antecedeu. Na verdade, quando o anterior governo iniciou funções, em Abril de 2002, Portugal vivia um dos períodos mais difíceis da sua história democrática.

O país confrontava-se com um grave descontrolo das contas públicas, com um crescimento desenfreado das despesas do Estado e com a ameaça de não cumprimento das suas obrigações no quadro da União Europeia, agravada pela interrupção do nosso processo de convergência económica e social em relação aos parceiros comunitários.

A confiança dos agentes económicos estava fortemente abalada e a credibilidade externa do país fragilizada. Assistia-se a uma perigosa degradação das instituições, ao enfraquecimento da autoridade democrática do Estado, à ausência total e completa de objectivos que mobilizassem os Portugueses.

Em Abril de 2002, Portugal era um país sem esperança e sem ambição.

3. Hoje, Portugal é um país com esperança e ambição.

O compromisso de mudança assumido pelo XV Governo Constitucional foi honrado, mostrando claramente aos Portugueses que se deu início a um novo ciclo na História do nosso país.

Hoje, Portugal tem uma nova atitude política, baseada numa cultura de decisão, acção e responsabilidade.

Os critérios de rigor e de verdade que, finalmente, se impuseram às contas do Estado, permitiram o cumprimento, com responsabilidade, dos compromissos impostos pelo Pacto de Estabilidade e Crescimento. Esses mesmos critérios foram aplicados, igualmente, na promoção de reformas estruturais há muito exigidas, mas tempo demais adiadas.

E os primeiros resultados são visíveis:

- Recupera-se o controlo das contas públicas;
- O relançamento da economia está em curso, de forma lenta mas sólida e sustentada;
- Os Portugueses ganham de novo confiança.

Mas não é só a nível interno que verificamos uma mudança. De facto, nestes dois últimos anos, Portugal reconquistou a credibilidade externa, afirmando-se na Europa e no mundo.

E aqui, não se pode deixar de referir o facto do XVI Governo Constitucional iniciar funções na sequência da eleição do anterior Primeiro-Ministro como Presidente da Comissão Europeia, uma vez que essa escolha traduz mais um importante momento no reconhecimento internacional do nosso país.

Decorrente da anterior acção governativa, esta nova fase será marcada sobretudo pela confiança.

Confiança nas instituições, confiança nos portugueses, confiança em Portugal.

4. Agora, mais do que nunca, Portugal pode e deve avançar.

A verdade é que estão criadas as condições para um crescimento real da economia e para um aumento da produtividade nacional, que devemos apoiar e incentivar.

Os sinais positivos são já visíveis e o crescimento da economia, embora ainda na fase inicial, é já uma retribuição do esforço que a todos os Portugueses foi pedido.

Podemos, agora, ir mais longe na justiça social. Numa área tão complexa quanto esta haverá sempre muitas e novas metas a alcançar.

Metas que nos devem levar mais próximo dos portugueses, visando minorar os inúmeros problemas com que se defrontam, numa sociedade muitas vezes desumana, desatenta e sem tempo, num país onde se torna indispensável que os cidadãos assumam o exercício da cidadania como um direito e uma obrigação.

Nesse sentido, aprofundar a solidariedade nacional será uma das grandes batalhas que temos pela frente, concentrando as energias governativas, sobretudo, na melhoria da qualidade de vida dos mais desfavorecidos.

5. Clareza nos compromissos, firmeza na realização dos objectivos.

No início de funções, reafirmamos a importância da estabilidade política, no quadro de uma coligação que mantém a convicção e a determinação do momento inicial.

O XVI Governo Constitucional assume o cumprimento desta segunda fase da legislatura, norteado pelas opções fundamentais expressas no programa do anterior Governo, e no respeito pelo compromisso de mudança então assumido.

O XVI Governo Constitucional reafirma a intenção de fazer de Portugal, no espaço de uma geração, um dos países mais desenvolvidos da Europa, continuando a exigir de todos que apostemos no trabalho, no mérito, na exigência, no esforço individual e na solidariedade colectiva.

Mantém-se como objectivo estratégico prosseguir a convergência económica e social com os restantes países da União Europeia, através da implementação das reformas necessárias e de uma forte consolidação orçamental.

Para isso, pretendemos apostar no progresso e crescimento da economia, com o aumento da produtividade e da competitividade como instrumentos necessários para a construção de um país mais forte e coeso.

A inovação, a formação e a qualificação dos portugueses continuarão a ser assumidos, por este Governo, como instrumentos estratégicos para afirmar Portugal como um país moderno, dinâmico e empreendedor.

Em toda a sua actuação, o XVI Governo Constitucional manterá uma cultura de rigor, de acção e de responsabilidade, pois esse, e só esse, é o caminho para a construção de um Portugal mais próspero, mais justo e mais solidário.

Estas são as condições para a afirmação de Portugal, na Europa e no Mundo.

6. Portugal continuará a contar com uma atitude política de verdade, de responsabilidade, de determinação e de coragem.

Reforçamos o respeito pela Constituição da República e por todos os órgãos de soberania, assumindo a cooperação institucional como um compromisso, a bem da estabilidade e maturidade democráticas.

Manteremos uma leal e saudável cooperação com a Assembleia da República, de quem o Governo depende e a quem o Governo deve profundo respeito, para elevar a qualidade da nossa democracia, aperfeiçoando o sistema político em geral e o funcionamento do Parlamento em particular.

Principalmente, afirmamos o respeito por todos os portugueses, parceiros activos e essenciais na construção do presente e do futuro de Portugal.

Estes são os compromissos que assumimos. Estes são compromissos que vamos concretizar, com verdade, responsabilidade, determinação e coragem.

O XVI Governo Constitucional quer apresentar-se, no final da legislatura, a todos os portugueses, com a consciência do dever cumprido.

...

Capítulo III – Reforçar a justiça social e garantir a igualdade de oportunidades

1. Saúde

Investir na saúde é investir nas pessoas

A saúde é um bem e um direito de todos os cidadãos. Constitui uma das políticas sociais que mais contribui para uma sociedade justa e solidária.

Será, por isso, prioridade do Governo continuar a reforma estrutural do sector da saúde, de forma a criar um verdadeiro Sistema Nacional de Saúde em Portugal focalizado no primado do cidadão. Um sistema que chegue a todos os portugueses, independentemente da sua condição social ou do local onde vivam.

O essencial é que todos, sem excepção, tenham acesso aos melhores cuidados de saúde sempre que deles necessitem.

No Governo anterior, a partir de 2002, iniciaram-se profundas alterações no tradicional Serviço Nacional de Saúde público (SNS), de natureza monopolista e administrativa. A opção passou por evoluir do conceito de SNS para um novo paradigma de Sistema Saúde misto, combinado e interligado, onde coexistam entidades públicas, privadas e sociais, que actuem em rede de modo integrado e orientadas para as necessidades dos utentes.

Porque o importante não é quem faz a saúde. O importante é a quem ela se destina.

O Estado tem um papel insubstituível no Sistema de Saúde como garante do direito constitucional dos portugueses, que se concretiza no acesso universal aos cuidados de saúde de forma tendencialmente gratuita.

Assim, o Governo continuará a ter um papel na gestão das estruturas da saúde.

Mas, sempre que se comprove que os sectores privado e social gerem com maior eficácia, menores custos e, essencialmente, com um evidente benefício para quem carece de cuidados, há que optar por esta via.

Porque o fundamental é garantir às pessoas um atendimento de qualidade, em tempo útil, com eficácia e com humanidade, através de um Sistema de Saúde centrado no cidadão e orientado para a prestação de cuidados de saúde a quem precisa e não para a satisfação das necessidades internas do próprio sistema.

Como devem ser os próprios interessados a julgar a política de saúde, o Governo procurará assegurar a diversidade na oferta e a liberdade de escolha dos utentes. Só assim é possível chegar aos portugueses, pois são eles que devem avaliar, mais tarde, o sucesso desta política.

O Programa do Governo para a área da saúde, até ao final da legislatura, será norteado pela concretização de objectivos estratégicos e pela implementação de diversas medidas:

Objectivos:

- propiciar melhores cuidados de saúde e com maior proximidade ao utente, assumindo o desafio da qualidade;

- garantir a acessibilidade dos portugueses aos cuidados de saúde, em especial no que se refere às listas de espera cirúrgicas e à melhoria do acesso aos cuidados primários;

- assegurar a sustentabilidade financeira do sistema, incrementando a eficiência e o rigor na aplicação dos recursos disponibilizados;

- otimizar e promover os Recursos Humanos do sector;

- adoptar o Plano Nacional de Saúde como vector estruturante;

- continuar os programas de prevenção e tratamento da Toxicodependência, alcoolismo e de combate ao VIH/SIDA.

Medidas:

- completar a reestruturação do Serviço Nacional de Saúde, baseando a sua organização e funcionamento num conceito de sistema articulado de Redes de Cuidados Primários, de Cuidados Diferenciados e de Cuidados Continuados;

- aprofundar e desenvolver a reorganização da Rede de Cuidados Primários vocacionando-a como o primeiro contacto dos cidadãos, sempre que possível, com o Sistema de Saúde, e proporcionando a cada português o seu Médico de Família e um atendimento atempado, eficaz e humanizado;

- operacionalizar o conceito de Rede de Cuidados Primários em que possam coexistir estabelecimentos e operadores públicos, privados e sociais com explicitação dos resultados e ganhos de saúde a atingir para a população, assegurando a gestão dos Centros de Saúde:

- ou através da gestão pública directa de acordo com os princípios do Dec.Lei nº.60/2003 de 1 de Abril,

- ou através da gestão contratualizada com abertura preferencial às cooperativas de profissionais de saúde, e também a entidades do sector social e à iniciativa autárquica, universitária e/ou outras, utilizando modelos de contratualização baseados em captações e em incentivos ligados a ganhos de saúde;

- incrementar a curto prazo «programas de melhoria» na gestão corrente dos Centros de Saúde:

- atribuição de Médico de Família através da identificação de vagas nas listas dos Médicos;

- melhoria da produtividade através da negociação de objectivos concretos e individuais;

- melhoria da qualidade de acesso focalizada na maior facilidade de agendamento de consultas, reduzindo o tempo de espera para as marcações e melhorando a pontualidade no atendimento;

- reformular, aprofundando e aperfeiçoando, o Regime de Remuneração Experimental - RRE nos Centros de Saúde;

- contratualização de serviços com grupos de Médicos dos Centros de Saúde incluindo acordos de intersubstituição e complementaridade;

- aumentar a eficácia dos sistemas de triagem nos Serviços de Urgência Hospitalares, que permitam o tratamento prioritário das situações mais urgentes;

- adoptar progressivamente o modelo de profissionalização das Urgências que possibilitem maior flexibilidade na gestão dos recursos humanos utilizados;

- desenvolver e aprofundar a separação formal da função de «financiamento e contratação» da função de «prestação», consolidando a metodologia de estabelecer contratos-programa para todos os Hospitais, com a correspondente fixação de objectivos a atingir por essas unidades hospitalares e com explicitação do financiamento como contrapartida dos resultados alcançados;

- aprofundar o modelo organizativo da Rede de Hospitais SA, com a criação de uma estrutura de decisão e acompanhamento tipo “Holding”;

- assegurar o planeamento e controlo de objectivos na Rede de Hospitais SA, com vista a alcançar uma melhoria contínua da qualidade e o aumento da eficiência e da produtividade, desenvolvendo:

- programas transversais de qualidade;

- a promoção da acreditação dos Hospitais;

- a gestão atempada e humanizada dos Serviços de Urgência;

- a articulação efectiva com os Cuidados Primários e Continuados;

- o sistema de incentivos na política de gestão dos Recursos Humanos;

- o processo de informatização dos Hospitais;

- a captura do potencial significativo de melhoria ainda existente.

- aplicar formas de gestão nos Hospitais do Sector Público Administrativo (SPA), com utilização de critérios de gestão empresarial pelas administrações públicas, assentes na celebração de contratos-programa anuais, utilizando sempre que possível, nestes Hospitais metodologias e processos de gestão já introduzidos e testados com sucesso na rede de Hospitais SA;

- implementar o novo modelo de gestão dos Hospitais com ensino universitário;

- aplicar o novo regime previsto para o Internato Médico;

- reconhecer a importância da prestação de cuidados diferenciados aos doentes urgentes/emergentes e os ganhos em saúde que daí resultam, promovendo o alargamento da área de intervenção do INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica em todas as suas vertentes;

- aprofundar e desenvolver a Rede de Cuidados Continuados e de Acolhimento Hospitalar para doentes crónicos, doentes idosos e doentes necessitando de longas recuperações, em especial, mediante contratualização protocolada, a celebrar com o sector social e privado;

- finalizar o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC), de modo a resolver o limitado número de casos ainda existentes, relativos à lista registada em 30 de Junho de 2002;

- implementar um novo modelo de gestão para os doentes inscritos para cirurgias nos Hospitais – o SIGIC, Sistema Integrado de Gestão dos Inscritos para Cirurgia - visando diminuir o tempo médio de espera, quer por via da contratualização com entidades privadas e sociais, quer pela melhoria de eficiência na mobilização dos recursos do próprio sistema, nomeadamente aumentando o tempo de utilização dos blocos operatórios; ao mesmo tempo melhorar o funcionamento das consultas externas hospitalares;

- alargar progressivamente ao resto do País o novo sistema – SIGIC – que inicialmente se aplica nas regiões-piloto do Alentejo e Algarve, e que envolve todos os hospitais nacionais, públicos e privados, e controla todo o processo desde a inscrição até à realização da cirurgia, maximizando a utilização da capacidade de oferta existente no SNS;

- adoptar e fixar para cada caso necessitando de intervenção cirúrgica um tempo de espera admissível, o qual uma vez ultrapassado dará origem à emissão de um vale-cirurgia a ser utilizado pelo utente em Hospitais ou Clínicas convencionadas do sector social e privado, concedendo assim uma outra opção sem custo para o cidadão, acentuando o princípio da liberdade de escolha;

- fixar como objectivo até ao final da legislatura que qualquer cidadão, em qualquer região do País, aguardará apenas 6 meses, em média, pela cirurgia para que estava inscrito;

- reforçar o estabelecimento, no âmbito do SNS, de Parcerias Público/Privado, com a concessão da gestão de unidades prestadoras de cuidados a entidades privadas ou de natureza social, segundo princípios de eficiência, responsabilização, contratualização e de demonstração de benefícios para o serviço público de saúde;

- proceder ao desenvolvimento e lançamento dos concursos públicos para as 9 (nove) Unidades Hospitalares já anunciadas, e negociar e adjudicar a construção e gestão da Unidade Hospitalar de Loures, cujo concurso público foi já efectuado e as propostas dos concorrentes apresentadas;

- implementar o Plano Nacional de Saúde, o qual constituirá a matriz estratégica e estruturante da política de saúde e da reforma estrutural em curso, com objectivos de obter de forma sustentada ganhos de saúde para a população;

- desenvolver os vários programas e planos específicos que integram o Plano Nacional de Saúde, nomeadamente:

- Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas;

- Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares;

- Programa Nacional de intervenção integrada sobre Determinantes da Saúde e dos Estilos de Vida;

- Programa de Controlo da Diabetes Mellitus;

- Programa de Informação e Educação sobre Estilos de Vida saudáveis;

- Programa de Formação contínua para profissionais de saúde;
 - Programa Nacional de luta contra a SIDA, a gripe, a tuberculose e a asma;
 - Planos oncológico, da dor, da vacinação e da prevenção rodoviária.
- adoptar um Programa Nacional de Prevenção ao Alcoolismo, com meios humanos, técnicos e financeiros reforçados, para a informação, o aconselhamento, a formação profissional, e tratamento e reabilitação e a reinserção social;
- desenvolver Programas Nacionais de Luta Anti-tabágica e combater o consumo do Tabaco;
 - criar uma Carta Nacional de Equipamentos de Saúde, com vista a evitar sobreposição de estruturas e a proporcionar uma correcta gestão da capacidade instalada;
 - assegurar a informatização dos Serviços e Entidades a operar no SNS, estabelecendo redes de articulação entre eles e na ligação com os restantes operadores da Saúde;
 - desenvolver um novo sistema de Cartão do Utente do SNS, com novas funcionalidades operacionais que identifique o utente perante o sistema, que certifique os respectivos direitos e que assegure a confidencialidade de toda a informação relativa ao doente, dando resposta a necessidades básicas do sector, tais como:
 - identificar de forma inequívoca e actualizada todos os utentes do SNS, referenciando-o ao longo da cadeia de prestação de cuidados de saúde;
 - registar centralmente os cuidados de saúde prestados a cada utente nas diversas unidades de saúde, bem como as prescrições de MCDT's e a venda de medicamentos prescritos no SNS;
 - identificar a entidade pagadora responsável por suportar a assistência médica a cada utente;
 - estabelecer um repositório credível de informação que permite uma melhor articulação das entidades envolvidas;
 - assegurar progressivamente o acesso diferenciado aos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêuticos (MCDT's), com liberdade de escolha pelos utentes através da gestão de uma rede de prestadores assente em normas de certificação de qualidade, e contratualização em quantidade e preço dos serviços a prestar;
 - desenvolver o novo processo de requisição/prescrição de MCDT's, lançando de início uma experiência piloto;
 - prosseguir e monitorizar a política do medicamento assente numa estratégia de informação que garanta um maior rigor na prescrição e utilização dos medicamentos – através do reforço dos instrumentos de comunicação com os profissionais de saúde e cidadãos – e acautele a sustentabilidade da despesa;
 - dar continuidade à opção política de promoção e consolidação do mercado de medicamentos genéricos – que tem reforçado a acessibilidade do cidadão ao medicamento através da introdução no mercado de medicamentos de menor custo, permitindo, por essa via, a comparticipação de medicamentos inovadores e de promoção da generalização da prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI);
 - desenvolver uma política nacional de racionalidade terapêutica, através da promoção da qualidade da prescrição, da dispensa e do uso dos medicamentos, a nível do ambulatório e hospitalar, nomeadamente pela adopção de instrumentos de apoio à decisão e pelo desenvolvimento da prescrição electrónica;
 - implementar o Plano da Farmácia Hospitalar tal como estipulado na Resolução do Conselho de Ministros nº128/2002, de 25 de Setembro;
 - proceder à reforma do sistema de comparticipações, com vista à obtenção de uma solução socialmente mais justa, garantindo ao mesmo tempo, que as doenças mais incapacitantes e os doentes de menores recursos tenham acesso privilegiado ao medicamento;
 - contribuir para o reforço da competitividade no sector farmacêutico, nomeadamente através da redução de custos de contexto, da promoção de programas de investigação e desenvolvimento e do apoio a actividades de exportação e internacionalização do sector designadamente por intermédio de parcerias;

- apoiar o funcionamento e a operacionalidade da Entidade Reguladora da Saúde, autoridade administrativa independente e elemento fundamental da reforma estrutural em curso que enquadra a participação e actuação dos operadores públicos, privados e sociais no âmbito da prestação dos cuidados de saúde;

- lançar um Centro de Atendimento da Saúde que permita o aconselhamento e o encaminhamento mais eficaz dos utentes do SNS, funcionando como um call-center que garanta uma triagem preliminar e uma maior acessibilidade, com melhor definição do local mais indicado;

- dignificar as carreiras profissionais, estabelecendo regras de progressão baseadas em critérios de qualificação científica, técnica e profissional;

- melhorar o processo de recrutamento, formação e educação dos profissionais de saúde, a qualidade académica e pedagógica dos docentes e o seu interesse e dedicação na investigação científica;

- proporcionar estímulos e incentivos aos profissionais de saúde que facilitem a aplicação da nova Lei de Gestão Hospitalar em articulação com os órgãos de gestão das Administrações regionais de saúde;

- desenvolver, através do IDT - Instituto da Droga e Toxicodependência, uma Política para a Toxicodependência cuja maior aposta é na prevenção, sem descurar o tratamento, a reinserção e redução de riscos e minimização de danos;

- avaliar a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga desenvolvida nos últimos 4 anos, até ao final do ano de 2004;

- preparar e aprovar até ao final do ano de 2004 uma nova Estratégia Nacional para o período de 2004-2008 e que deverá estar alinhada com a Estratégia Europeia de Luta Contra a Droga;

- dar prioridade às abordagens preventivas que cujo enfoque assente na promoção de estilos de vida saudáveis e na prevenção do abuso do álcool e de tabaco; a Escola continuará a ser um espaço privilegiado para tais intervenções, apostando-se cada vez mais na formação de professores, pais e educadores;

- dar continuidade à política de prevenção comunitária, com envolvimento das Autarquias, através da implementação dos Planos Municipais de Prevenção, Planos Intermunicipais de Prevenção e Planos Integrados, no sentido de progressivamente cobrir todo o território nacional;

- definir uma política de intervenção nas prisões, com complementaridade de estratégias;

- colocar em prática Programas de prevenção da doença, com destaque para o papel a desempenhar pelo Médico de Família, devendo reconhecer-se todas as situações potencialmente graves no nosso tempo, tais como o VIH/SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis, a tuberculose, as hepatites, as diversas doenças oncológicas, a diabetes, as doenças associadas ao tabagismo e a Toxicodependência;

- intensificar o combate e a luta contra a SIDA, através da Comissão Nacional de Luta Contra a Sida (CNLCS), propondo como medida prioritária o conhecimento do padrão epidemiológico da infecção no nosso País;

- desenvolver um Plano Nacional de Luta contra a SIDA, visando os objectivos e metas seguintes, para o período 2004-2006:

- criar um sistema de obtenção permanente de dados que permita a monitorização da epidemia através de indicadores epidemiológicos, o mais próximos da realidade;

- aumentar em 30% o número de indivíduos que conhecem os métodos correctos de prevenção da infecção pelo VIH, assim como o seu estado serológico para o VIH;

- reduzir para metade o número de novas infecções pelo VIH, por transmissão vertical, por ano, em Portugal;

- manter a garantia a todos os utentes do Serviço Nacional de Saúde infectados pelo VIH/SIDA, do acesso aos cuidados de saúde adequados, de acordo com as recomendações internacionais nesta matéria;

- dispor de um médico responsável ou de uma equipa multidisciplinar responsável pela área do VIH e IST, em 70% dos Centros de Saúde da rede de cuidados primários de saúde;

- estruturar e implementar os Centros de Terapêutica Combinada de acordo com a Rede de Referência Hospitalar de Infeciologia;
- integrar as respostas sociais apoiadas financeiramente pela CNLCS na rede de cuidados continuados da saúde e nas iniciativas de acção social do Ministério da Segurança Social, da Família e da Criança;
- existência de legislação que proteja os direitos pessoais, sociais e económicos da pessoa seropositiva para o VIH/SIDA.

...

- ANEXO XIV - Transcrição parcial do Programa do XVII Governo Constitucional (2005-2009)

Capítulo I - Introdução

O Programa do XVII Governo Constitucional visa dar a Portugal um rumo para a sua modernização e desenvolvimento, com coesão social.

O Governo quer mobilizar os portugueses para o desígnio nacional de Portugal se voltar a aproximar, de forma decidida e sustentada, do nível de desenvolvimento dos países mais avançados da União Europeia.

A estratégia do Governo aposta na recuperação da confiança para lançar uma dinâmica de crescimento progressivo da economia, que permita também combater o desemprego e reduzir as desigualdades sociais. Todavia, o Governo não tem em vista, apenas, dar resposta aos problemas conjunturais da recessão económica mas sim enfrentar, num horizonte de médio prazo, os problemas estruturais que prejudicam a competitividade do País e estão na base do seu atraso.

Para tanto, o Governo assume uma aposta muito forte no conhecimento, na qualificação dos portugueses, na tecnologia e na inovação.

De especial relevância para o sucesso da política económica do Governo serão as medidas destinadas a dar passos consistentes para a consolidação das contas públicas, que não dispensam o rigor orçamental e a contenção na despesa pública.

Todavia, a agenda política do Governo não se esgota nas questões económicas. Portugal é um dos países da Europa onde a desigualdade de rendimentos é maior e onde o desemprego mais rapidamente cresceu. Paralelamente, é um dos países onde os níveis de ensino e qualificação são mais insuficientes. O Governo desenvolverá, portanto, um amplo conjunto de políticas sociais que são mais do que políticas de coesão social, são igualmente passos imprescindíveis para nos tornarmos um País mais competitivo.

A agenda política do Governo está associada, igualmente, a um objectivo central de toda a acção política: melhorar, de forma sustentada, a qualidade de vida dos portugueses. Essa qualidade de vida exige o relançamento das políticas de ambiente, de cidades e de defesa do consumidor, impondo, também, novas opções na organização do território e a valorização do todo nacional, no Continente e nas Regiões Autónomas. O compromisso com a coesão é um compromisso social mas é, igualmente, um compromisso territorial e um compromisso entre gerações. É por isso que o desenvolvimento sustentável é uma preocupação central do actual Governo.

A recuperação da confiança e da esperança no futuro está associada, de forma estreita, ao prestígio das instituições democráticas e à sua dignificação aos olhos dos cidadãos.

Promover a credibilidade do sistema político implica reformas na sua estruturação mas, também, no respectivo modo de agir. Fundamental é, igualmente, investir na melhoria dos sistemas que garantem a estabilidade social e a confiança na sua regulação, como são as áreas da Justiça ou da Segurança.

O Programa do XVII Governo pretende, também, valorizar a posição de Portugal no Mundo. É essencial que o nosso País reforce a sua capacidade de ser parte activa no futuro da União Europeia, sobretudo quando tantos dossiers decisivos estão em discussão: o novo Quadro Comunitário de Apoio 2007-2013, a ratificação do Tratado Constitucional, a Agenda de Lisboa e a revisão do Pacto de Estabilidade e Crescimento. O Governo complementa a sua prioridade europeia com uma visão alargada do papel universal de Portugal, seja na comunidade linguística a que pertencemos, seja no quadro das alianças tradicionais de Portugal, seja, finalmente, no quadro de uma valorização da regulação multilateral das encruzilhadas do Mundo de hoje, a qual continua a ter na Carta das Nações Unidas o seu referencial central.

Em suma, a política do Governo desenvolver-se-á em torno de cinco grandes eixos:

- Retomar o crescimento da economia de forma sustentada e visando a modernização do País, fazendo do conhecimento, da inovação, da qualificação dos portugueses e da melhoria dos serviços do Estado os caminhos do progresso;

- Reforçar a coesão nacional, numa sociedade com menos pobreza e com mais igualdade de oportunidades, onde os instrumentos de coesão sejam também ferramentas para o crescimento e a modernização;

- Melhorar a qualidade de vida dos portugueses num quadro sustentável de desenvolvimento, onde a qualidade ambiental, a defesa dos consumidores e a melhoria dos indicadores de bem-estar sejam uma realidade e onde a coesão territorial seja, ela também, um factor de progresso do País;

- Elevar a qualidade da nossa democracia, reforçando a credibilidade do Estado e do sistema político e fazendo dos sistemas de justiça e de segurança instrumentos ao serviço de uma plena cidadania;

- Valorizar o posicionamento do País no quadro internacional, quer no plano prioritário da União Europeia, quer no plano global, relançando a cooperação externa, valorizando a cultura e a língua portuguesa no Mundo e construindo uma política de defesa adequada à nossa inserção na comunidade internacional.

A situação, ninguém o ignora, é muito difícil. Portugal enfrenta problemas complexos, que não podem ter uma solução imediata. Mas é clara a nossa tarefa, como é clara a nossa ambição: transformar o Portugal das fatalidades, no Portugal das oportunidades.

O XVII Governo Constitucional resulta da vontade de mudança dos portugueses – e é com eles que conta, é neles que confia. Para Portugal vencer.

...

Capítulo II – Novas políticas sociais

...

V. Saúde: um bem para as pessoas

O programa do Governo tem em conta o contexto social no qual as pessoas nascem, crescem, vivem e morrem. E o contexto do País, neste domínio, é particularmente preocupante: elevadas taxas de pobreza, desemprego, abandono escolar precoce, média de rendimentos baixa e reduzido nível de literacia geram intoleráveis situações de exclusão social e desigualdades em saúde que devem ser combatidas.

Esta situação cria um ambiente em que a política de saúde deva ser redefinida para mais e melhor saúde, isto é, para “ganhos em saúde”. O sistema deve ser reorganizado a todos os níveis, colocando a centralidade no cidadão. A sua forte componente pública, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), deve ser eficientemente gerido, criando mais valor para os recursos de que dispõe.

1. Mais e melhor Saúde

Proteger e promover a Saúde.

Os constitucionalistas de 1976 escreveram, no artigo 64º, “todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover”. Responsabilidade pública, na protecção do ambiente ou na segurança alimentar, mas também individual: com menor consumo de sal, açúcar e gorduras, abstenção de fumo, uso moderado de bebidas alcoólicas e exercício físico regular reduzir-se-á do uma parte importante dos problemas de saúde individuais e colectivos.

A promoção da saúde e a Saúde Pública têm que regressar à agenda política da Saúde.

Plano Nacional de Saúde

A agenda deve ser orientada para “ganhos em saúde”, anos de vida saudável, livres de doença e incapacidade. Tal está a ser feito em vários países através de planos nacionais de saúde. O Plano Nacional de Saúde (PNS), deve permitir escolher onde e como investir, para mais ganhos alcançar. O Plano atribui prioridade à saúde mental (a principal causa incapacidade nas nossas sociedades), às doenças

cardiovasculares, ao cancro, (em particular as doenças rastreáveis), à sinistralidade de viação e trabalho e às doenças respiratórias. Os factores de risco a eliminar mais facilmente são os associados à maior carga de doença: tabaco, hipertensão arterial, consumo excessivo de álcool, obesidade, colesterol.

O apoio a esses programas deve assentar nas instituições e logística de Saúde Pública, negligenciadas durante anos. Na Saúde Pública haverá que:

- Reforçar em meios e competências os Centros Regionais de Saúde Pública;
- Rever a legislação de Saúde Pública no sentido da sua modernização e eficiência;
- Desenvolver uma agenda de investigação orientada para a organização dos meios que visem mais ganhos em saúde;
- Implementar a modernização do Programa Nacional de Vacinação (PNV);
- Preparar as respostas necessárias no âmbito do Plano de Contingência da Gripe (PCG);
- Gerir a Reserva Estratégica de Medicamentos (REM) a fim de garantir a protecção dos cidadãos em relação às ameaças nacionais ou globais;
- Aumentar a adesão às profissões de Saúde Pública e respectivas carreiras, através de incentivos quanto a regime de trabalho, remuneração, progressão, formação, diferenciação profissional e concentração de funções em actividades com impacto directo na saúde das populações.

Envelhecer em Saúde

Das pessoas com mais de 65 anos, 41% tem mais de 75 anos e 20, 9% tem mais de 80. No Recenseamento de 2001, o grupo etário entre os 80-84 anos era de 201 706. As projecções elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística prevêem que eles serão 282 674 em 2010.

Calcula-se que cerca de 300 mil idosos vivam isolados. Incapacidades, doenças crónicas, solidão e exclusão tendem a retirar vida aos anos de vida aumentados. É necessário intervir:

- Promovendo a criação de serviços comunitários de proximidade (SCP), sob a forma de parcerias entre centros, extensões de saúde e instituições de apoio social;
- Articulando centros de saúde, hospitais, cuidados continuados e instituições de apoio social;
- Desenvolvendo nos hospitais capacidade para reabilitação imediata do paciente crónico e idoso logo após o episódio agudo e sua reinserção na família, através dos SCP;
- Planeando correctamente os equipamentos de cuidados continuados, a fim de prevenir lacunas e redundâncias e incentivando o desenvolvimento de cuidados paliativos;
- Reactivando os cuidados de saúde no domicílio, em articulação com os SCP;
- Reforçando o apoio à família através de internamento temporário, apoio domiciliário de saúde e recurso ao centro de contacto (contact center).

A Escola, Grande Promotora de Saúde

O trabalho da Rede Nacional das Escolas Promotoras de Saúde, no final de 2002, tinha conseguido 3403 escolas aderentes, apoiadas por 366 centros de saúde, e englobava cerca de 1/3 da população estudantil do ensino público, do pré-escolar ao 12º ano. O seu programa promove a saúde das crianças e suas famílias, situando a escola na rede comunitária, com envolvimento das respectivas autarquias. Pretende-se recuperar, até final de 2005, os níveis alcançados em 2002 e progressivamente, até 2010, implicar a totalidade das escolas do sistema educativo, com apoio do sistema de Saúde.

2. Toxicodependências

Somos o País da Europa com consumos problemáticos mais elevados e consumos gerais mais baixos. Contudo, estes últimos têm registado subidas nos últimos anos, sobretudo nas camadas mais jovens e no interior do País. No meio prisional, cerca de 50% dos reclusos estão a cumprir pena devido a crimes directa ou indirectamente relacionados com drogas, muitos deles sendo consumidores regulares.

A política da droga sofreu, nos últimos três anos, uma profunda recessão política. O Governo compromete-se a relançar esta política e reforçará, de modo especial, as acções preventivas, incluindo as dirigidas aos novos consumos.

O Governo adoptará um Plano Nacional Contra a Droga e a Toxicoddependência 2005-2012, como uma estratégia que permita designadamente:

- Relançar a política de prevenção do consumo de droga;
- Associar prevenção, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção social, baseando na proximidade o sistema de prevenção primária em meio familiar, escolar, recreativo e de lazer, através da rede nacional de planos municipais de prevenção, em articulação com a sociedade civil;
- Desenvolver o sistema de prevenção em meio escolar que garanta o acesso diferenciado e específico à informação sobre tipos de substâncias e promova as resistências ao consumo de drogas;
- Reactivar o Programa Vida Emprego e relançar as Comissões para Dissuasão da Toxicoddependência (CDT), praticamente abandonadas nos últimos anos;
- Readaptar a rede pública de tratamento às novas necessidades e tendências de consumo, dar seguimento e maior profundidade à política de redução de riscos que garanta o decréscimo das doenças infecto-contagiosas associadas ao consumo;
- Reforçar a prevenção, tratamento e redução de riscos e minimização de danos em meio prisional, revendo as medidas em curso;
- Promover o combate integrado ao tráfico de drogas, implementando medidas alternativas ao cumprimento de penas de prisão, revendo e ajustando coimas, articulando os agentes do sistema, clarificando a distinção entre indícios de consumo e de tráfico;
- Garantir articulação com as estratégias de prevenção do álcool, do tabagismo e do VIH/SIDA de modo transversal, a alto nível;
- Promover acções destinadas a contrariar o aumento do consumo do tabaco e do álcool, sobretudo entre os mais jovens e em determinados espaços públicos.

3. VIH/SIDA

A SIDA mantém-se como um problema dramático em Portugal, que regista taxas de novos diagnósticos de infecção superiores às dos restantes países europeus. Particularmente grave é a perda de sentido de urgência e de prioridade neste combate.

O Governo propõe-se relançar as políticas de prevenção e combate à doença VIH/SIDA, reactivando o Plano Nacional de Combate à Sida. Neste domínio, será dada especial atenção à promoção de acções e campanhas de informação/sensibilização, tendo em vista a modificação efectiva de comportamentos.

4. Um sistema justo e flexível

Cuidados de Saúde Primários

Os cuidados de saúde primários são o pilar central do sistema de saúde. O Centro de Saúde (CS) constitui a entidade enquadradora das unidades de saúde familiar (USF). Serão adoptadas as seguintes medidas de política:

- Reestruturação dos Centros de Saúde através da criação de Unidades de Saúde Familiar (USF), obedecendo aos princípios seguintes:
 - (a) pequenas equipas multiprofissionais e auto-organizadas;
 - (b) autonomia organizativa funcional e técnica;
 - (c) contratualização de uma carteira básica de serviços; (d) meios de diagnósticos descentralizados;
 - (e) sistema retributivo que premeie a produtividade, acessibilidade e qualidade;
- As Unidades de Saúde Familiar devem ser integradas, em rede, podendo assumir diferentes enquadramentos jurídicos na sua gestão, quer pertencendo ao sector público administrativo (USF pública ou em Regime Remuneratório Experimental), quer pertencendo ao sector cooperativo, social e privado;
- Reforçar e desenvolver em cada Centro de Saúde um conjunto de serviços de apoio comum às USF: vacinação, saúde oral, saúde mental e consultorias especializadas, incluindo a participação de especialistas do hospital de referência, cuidados continuados e paliativos, fisioterapia e reabilitação;

- Revogar o decreto-lei 60/2003 (Centros de Saúde), a substituir por novo diploma;
- Reforçar os incentivos e a formação dos médicos de família, atraindo jovens candidatos.

Acessibilidade

Será estimulado o contacto directo paciente-profissional, via telefone e correio electrónico. A organização das Unidades de Saúde Familiar, do tipo Regime Remuneratório Experimental (RRE) ou outra, deverá permitir que, até ao final de 2006, pelo menos 2 milhões de utentes possam usufruir deste tipo de cobertura de cuidados de saúde. Os contratos com as USF estabelecerão uma carteira de serviços básicos e outra de serviços adicionais, na qual se incluirá o atendimento de 24 horas.

Articulação com cuidados hospitalares

Serão preparados ou aperfeiçoados, até ao final de 2005, normas e mecanismos de referenciação que permitirão priorizar o atendimento das situações urgentes e organizar a orientação do doente no sistema. Serão criados mecanismos que irão garantir a circulação de informação clínica, facilitando e estimulando o seguimento dos pacientes internados em hospitais pelos seus médicos de família, abrindo-lhes o acesso ao processo clínico hospitalar.

Rede Nacional

Deve ser implementada, até ao final do primeiro semestre de 2006, a Rede Nacional de Saúde que irá viabilizar a comunicação e a circulação de informação relevante, prescrevendo os “standards” de aplicação a parceiros públicos e privados.

Hospitais

Na organização hospitalar, torna-se indispensável promover oportunidades para aumento da sua efectividade e eficiência, que os profissionais são capazes de reconhecer e aproveitar.

Prevê-se como necessário:

- Reinstaurar o planeamento dos recursos hospitalares, sobretudo nas duas grandes áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, reconvertendo instituições à medida que termina a construção de novas unidades;
- Incentivar hospitais de dia, cirurgia de ambulatório, gestão comum de camas, lotações variáveis;
- Proceder à avaliação da experiência dos 31 hospitais SA e operar a sua transformação em Entidades Públicas Empresariais (EPE);
- Dotar os hospitais públicos de mecanismos de gestão efectiva, prosseguindo o processo de empresarialização;
- Iniciar experiências de financiamento global, de base populacional, por capitação ajustada, integrando cuidados primários e hospitalares, numa linha de Unidades Integradas de Saúde, respeitando a autonomia e a cultura técnico-profissional de cada instituição envolvida;
- Rever o modelo das parcerias público-privadas (PPP) sem prejuízo de compromisso contratual assegurando a transparência e o interesse público nos processos já em concurso;
- Rever o estatuto dos hospitais com funções de ensino, criando parcerias equilibradas com as Universidades, ou concessionando-lhes a respectiva gestão.

Qualidade

Os Portugueses têm o direito de esperar do sistema de Saúde, acolhimento e cuidados de elevada qualidade independentemente do local onde vivem, do meio económico e social a que pertencem e do serviço que utilizam, acolhimento e cuidados de elevada qualidade. Para tal são necessários:

- Responsabilidade e profissionalismo: responsabilidade individual e institucional, rigor de boas práticas, transparência, solidariedade, respeito (Carta de Ética);
- Melhoria contínua da qualidade: Programa Nacional de Acreditação de Hospitais, Programa Nacional de Qualificação de Centros de Saúde, Programa Nacional de Auditoria Clínica; desenvolver Normas Nacionais de Orientação e Gestão Clínica.

- Efectiva gestão de risco: qualidade da prescrição, prevenção e luta contra a infecção, erro profissional, insegurança de locais e práticas de utentes e profissionais; revisão do quadro legal relativo a acidentes, incidentes e erros clínicos;

- Liderança nos serviços: formação em gestão, planeamento estratégico, sustentabilidade, segurança, qualidade e liderança.

5. Um SNS bem gerido

Recursos humanos da saúde

Os recursos humanos (RH) na saúde serão geridos em função da política de saúde e, tendo esta por base, em função de um plano estratégico que tenha em atenção o balanço social do sector e as previsíveis necessidades de profissionais da saúde, em termos de curto, médio e longo prazo. A formação deve ter uma forte componente de gestão eficiente de recursos, de qualidade e de questões éticas. O envolvimento dos profissionais na política do sector é essencial para garantir resultados.

Finanças públicas

A parte maior do sistema de saúde é de modelo público, o Serviço Nacional de Saúde. Tem o crédito extraordinário de, em trinta anos, ter conseguido harmonizar resultados em Saúde entre Portugueses e restantes Europeus. Todavia, o SNS tornou-se pesado, pouco ágil, desarticulado, relutante em acolher a inovação, presa fácil de interesses particulares, gastador sem controlo útil. O SNS tem que ser reforçado na sua competência estratégica e para isso tem que ser modernizado, centrado nas prioridades, garantindo a separação entre financiador e prestador. Devem ser progressivamente criadas condições para a separação rigorosa dos três sectores constitucionalmente previstos – o público, o social e o privado – para garantir a sua articulação virtuosa em termos de ganhos em saúde e de ganhos em eficiência, pagando serviços de forma contratualizada e avaliando-os por critérios quantitativos e sobretudo qualitativos. Será diversificado nos instrumentos de acção e controlo.

Actividade reguladora

A sustentabilidade futura do SNS está associada à sua capacidade de regulação da oferta.

Para tal, é necessário adaptar a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) às funções de regulação da concorrência na Saúde e dotá-la de meios necessários. A delegação da prestação, no mercado e na sociedade civil (contratos de gestão, hospitais SA, parcerias público-privadas, contratação de serviços), exige planeamento estratégico, coordenação eficaz, regulação independente e vigilante. As convenções sobre meios de diagnóstico, terapêutica e transporte de doentes devem ser renegociadas em condições de concorrência e cuidadosamente acompanhadas pela ERS.

Tecnologias da Informação e Comunicação

O SNS do futuro recorrerá a redes de texto, voz e imagem em banda larga, para obter consulta a partir do domicílio do doente, consultas de referência para especialistas a partir do médico de família, o apoio de especialistas aos médicos de família e transferência ascendente e descendente de informação digitalizada que acompanhe o utente. O estabelecimento de redes internas de elevada velocidade e a ligação entre unidades obriga a trabalho em equipa, disciplina de procedimentos, integração de aplicações e formação de utilizadores. Este investimento é de alta rentabilidade e como tal prioritário. Alargar-se-á o Serviço de Orientação Pediátrica, Saúde 24, a nível nacional e à globalidade da população, até ao final de 2005, através da implementação de um centro de contacto, capaz de garantir, enquanto porta de entrada no sistema de saúde, um meio de informação e apoio ao cidadão no âmbito do acesso e circulação no sistema de saúde.

Medicamentos

Um importante sector do SNS exige cuidadosa calibragem das medidas de política. Elas têm implicações financeiras conhecidas, mas repercutem-se em todo o sistema de saúde e sobretudo afectam o doente. A acção será orientada para os seguintes objectivos e medidas:

- Acelerar a revisão do actual sistema de comparticipação no preço do medicamento com ênfase na evidência sobre a eficácia de princípios activos;

- Alargar, progressivamente, a prescrição por DCI a todos os medicamentos comparticipados pelo SNS;
- Rever o sistema de comparticipação por preços de referência em função da experiência acumulada;
- Em colaboração com o Ministério da Economia e com o apoio da autoridade reguladora da concorrência, reanalisar as regras de comercialização;
- Negociar um protocolo entre o Estado e a Indústria Farmacêutica para o controlo do crescimento do mercado do medicamento comparticipado pelo SNS;
- Adoptar a prescrição electrónica de medicamentos (e meios complementares de diagnóstico), com auxiliares de decisão clínica e informação sobre custos de dose média diária e sucedâneos;
- Criar o Formulário Nacional de Medicamentos para Ambulatório;
- Restabelecer a vigilância sobre as acções de promoção do medicamento, junto de médicos e farmácias de oficina;
- Lançar um programa de melhoria da qualidade da prescrição;
- Tornar a indústria farmacêutica nacional uma área estratégica no interface entre a economia e a saúde, objecto de atenção e medidas específicas.

Equipamentos de saúde

O Programa Melhoria e Ampliação de Instalações de Saúde (MAIS SAÚDE) atenderá às áreas prioritárias do Plano Nacional de Saúde. A Carta Nacional de Equipamentos da Saúde (incluindo privados e associações sem fins lucrativos) será actualizada até ao final de 2006, tendo em conta as redes de referência hospitalar definidas. As novas aquisições serão precedidas de análise custo-benefício e da sustentabilidade da sua operação. A actualização da Carta Nacional de Equipamentos de Saúde permitirá: melhorar a integração de cuidados de saúde; melhorar a cobertura geográfica; evitar duplicações desnecessárias entre investimentos públicos e não-públicos; otimizar o uso dos existentes; re-localizar equipamentos públicos redundantes, ou insuficientemente explorados, em instalações onde tenham melhor e mais eficiente utilização; facultar informação pública ao sector privado prestador que lhe permita entrar no mercado, de forma efectiva e eficiente, aumentando a escolha do cidadão.

Regionalização, participação e responsabilidade social

Apesar de a Constituição prever que o SNS teria gestão descentralizada e participada, só no início dos anos noventa foram criadas administrações regionais de saúde, órgãos de administração desconcentrada da Saúde. Torna-se, assim, necessário, rever com prudência, a orgânica do SNS, ampliando a participação da sociedade civil e dos cidadãos no Sistema de Saúde e introduzir uma cultura e práticas de contratualização a todos os níveis. Serão reconstituídas as agências de contratualização dos Serviços de Saúde, nas várias regiões, as quais assumirão, a nível regional, as funções do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde.

Será reactivado o Conselho Nacional de Saúde (CNS). O Conselho recolherá contributos e participação das associações de doentes, associações de consumidores, fundações e institutos públicos e privados, sociedades médicas, universidades e comunicação social.

Alcançará compromissos de sindicatos e associações empresariais, sem esquecer as associações da indústria hoteleira e da restauração e dos produtores da indústria alimentar.

Envolverá também a indústria e a distribuição de produtos farmacêuticos.

...

- ANEXO XV - Transcrição parcial do Programa do XVIII Governo Constitucional (2009-2013)

Capítulo I - Introdução

1. Um Programa de ambição para o futuro

O Programa do XVIII Governo Constitucional, para a legislatura de 2009 a 2013, é um programa de ambição para o futuro do País.

O momento não é para parar, nem para desistir. Bem pelo contrário:

- É preciso que o País mobilize todas as suas energias para continuar a enfrentar, com responsabilidade, determinação e visão de futuro, esta que é a maior crise económica mundial dos últimos 80 anos;

- É preciso, também, que o País aposte em ganhar competitividade, de modo a responder aos exigentes desafios da economia global, a reduzir o défice externo e a convergir com o crescimento económico e o nível de vida dos países mais desenvolvidos. Para isso, é fundamental prosseguir, com iniciativa e ambição, o caminho das reformas, da qualificação, da modernização (tecnológica e infra-estrutural), das energias renováveis e da eficiência energética, da valorização das exportações;- É preciso, finalmente, que o País continue a reforçar as políticas sociais e a qualificar os serviços públicos, de modo a que o Estado Social possa cumprir a sua missão e aprofundar os seus resultados na luta contra a pobreza e as desigualdades, bem como na valorização das classes médias, ao serviço de uma sociedade mais justa e com mais igualdade de oportunidades para todos.

O Programa do XVIII Governo Constitucional assume um rumo, uma estratégia, um conjunto de prioridades decisivas. Constitui, assim, uma referência para as iniciativas destinadas a superar a crise internacional, define as orientações políticas para prosseguir a modernização do País de modo a preparar o futuro e preconiza o reforço das políticas sociais e do Estado Social.

O horizonte deste Programa está para lá da conjuntura. Este Programa de Governo é, de facto, uma estratégia de ambição, virada para o futuro.

2. Uma atitude de confiança, determinação e iniciativa

A mensagem que o Governo dirige aos portugueses através deste Programa é, fundamentalmente, uma mensagem de esperança. Uma esperança que se fundamenta no progresso que o País já fez e que assenta numa confiança profunda nas capacidades de Portugal e dos portugueses.

Que não restem dúvidas: confiamos nas capacidades do País para superar os seus bloqueios estruturais e para ultrapassar as dificuldades do presente. Acreditamos na capacidade que Portugal tem para construir o seu próprio sucesso, com mais justiça social.

A escolha dos portugueses, nas eleições legislativas de 27 de Setembro de 2009, foi também a escolha de uma atitude na governação. De facto, os portugueses recusaram claramente o pessimismo e a resignação como atitudes inspiradoras de um programa governativo e, pelo contrário, optaram por uma atitude de confiança e de iniciativa. E esta atitude é absolutamente decisiva para mobilizar as energias da sociedade portuguesa de modo a superar as dificuldades actuais e a prosseguir, com trabalho e persistência, um projecto de modernização, inspirado por uma visão do futuro do País.

3. O progresso que o País fez

A razão primeira da nossa confiança no futuro é a consciência dos progressos que o País já foi capaz de fazer, em especial nos últimos quatro anos de governação com estabilidade.

O País teve de enfrentar problemas sérios, como o défice nas contas públicas e a situação de alto risco na segurança social. Deparou-se, depois, em 2008, com aquela que é a maior crise económica mundial desde a célebre Grande Depressão de 1929, que afectou o desempenho económico de todos os países e,

inevitavelmente, também da economia portuguesa, com efeitos particularmente preocupantes ao nível do desemprego.

Não obstante, o facto é que o País progrediu muito nos últimos quatro anos e está hoje melhor preparado para enfrentar os desafios do futuro. E se é certo que este progresso não teria sido possível sem uma governação responsável, reformista e com consciência social, também é verdade que ele se deve, sobretudo, à capacidade, ao esforço e ao trabalho dos portugueses.

E é nos portugueses que reside a razão profunda da nossa confiança.

4. A recuperação económica interrompida pela crise internacional

A crise económica internacional, que se fez sentir a partir do início de 2008, veio interromper o processo de recuperação progressiva da economia portuguesa, tal como veio contrariar o movimento de recuperação que estava em curso ao nível do emprego.

Perante essa nova situação, a resposta à crise tornou-se a agenda prioritária da governação, no sentido de:

- Estabilizar o sistema financeiro, salvaguardar a confiança e os depósitos, e contribuir, de modo coordenado a nível internacional, para a criação de condições no sentido da redução das taxas de juro, designadamente a taxa Euribor;

- Promover o acesso ao crédito e apoiar as empresas e o emprego;

- Reforçar o investimento público, em especial os investimentos locais, de menor dimensão ou de mais rápida execução, como sejam os investimentos na modernização das escolas, nos equipamentos de saúde, na energia e nas redes de nova geração;

- Apoiar as famílias e reforçar a protecção social.

5. Prioridades claras para o futuro

O Programa do XVIII Governo Constitucional, para a legislatura 2009-2013, assume três prioridades fundamentais muito claras:

- Relançar a economia e promover o emprego;

- Reforçar a competitividade, reduzir a dependência energética e o endividamento externo, valorizar as exportações, modernizar Portugal;

- Desenvolver as políticas sociais, qualificar os serviços públicos e reduzir as desigualdades.

...

Capítulo III – Políticas sociais

...

2. Apoiar as famílias e a natalidade

O Governo prosseguirá políticas sociais de apoio à família e à natalidade, porque entende que elas constituem um poderoso factor de coesão, igualdade de oportunidades e desenvolvimento económico e social. Assim, na próxima legislatura, propõe-se:

a) Criar a Conta Poupança-Futuro, a favor de cada criança por ocasião do seu nascimento, destinada a incentivar:

i) a conclusão dos estudos obrigatórios;

ii) a criação de hábitos de poupança;

iii) o início de novos projectos na vida dos jovens

iv) a natalidade.

A Conta é aberta com um depósito inicial a cargo do Estado. Pode ser reforçada com outros depósitos e beneficiará de um regime fiscal favorável, de modo a incentivar a poupança. A Conta será mobilizável pelo jovem titular no final dos seus estudos obrigatórios;

b) Duplicar as creches com horário alargado, reforçando a prioridade a famílias carenciadas e da classe média. Esta medida garantirá, assim, que mais cerca de 400 creches funcionarão mais de 11 horas por dia, com particular atenção às Áreas Metropolitanas, onde a duração das deslocações casa-trabalho das famílias acentua a necessidade deste serviço;

c) Continuar a desenvolver o programa de construção de creches, em particular nas zonas hoje mais carenciadas das duas Áreas Metropolitanas;

d) Rever a legislação enquadradora da actividade das amas, promovendo a qualidade e a extensão deste serviço às famílias jovens portuguesas, em particular com horários de trabalho não-convencionais (horários nocturnos e por turnos, entre outros);

e) Continuar a desenvolver o Programa Nascer Cidadão, incluindo a sinalização de todas as situações de risco social à nascença;

f) Modernizar o sistema de protecção de crianças e jovens, com uma clara aposta no reforço dos dispositivos que garantam o direito da criança a crescer em família. Neste quadro, daremos continuidade ao processo de qualificação das comissões de protecção de crianças e jovens.

3. Saúde: um valor para todos

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é uma das marcas de sucesso da democracia portuguesa.

Principal pilar do sistema de saúde, o SNS concretiza uma política de saúde centrada no cidadão e orientada para mais e melhor saúde.

Nos últimos 30 anos, a sociedade portuguesa alterou-se profundamente. A redução da natalidade e, em especial, o aumento da esperança de vida fizeram crescer a importância da resposta aos problemas dos cidadãos idosos. O País tornou-se, também, mais urbano: em trinta anos passou de 29% para 55% a população residente em áreas urbanas. E ganhou novas acessibilidades, que recomendam o repensar da rede de serviços de saúde.

Os indicadores relativos ao SNS têm vindo a melhorar: acessibilidade, produtividade e gestão. Mais pessoas têm acesso a cuidados de saúde e são-lhes prestados mais e melhores cuidados.

Prosseguir a reforma do SNS é indispensável para responder às novas necessidades e expectativas dos portugueses. O foco da reforma é acrescentar valor para o cidadão, tendo por objectivo conseguir bons resultados de forma eficiente e mais equitativa. Obter ganhos em saúde é o verdadeiro caminho, também, para a sustentabilidade do sistema.

As principais medidas que propomos ao País, na área da saúde, são a consolidação da reforma dos cuidados de saúde primários, a antecipação do prazo para a concretização da rede nacional de cuidados continuados integrados e a forte dinamização da promoção de saúde, através de importantes medidas que a seguir se indicam e serão integradas no novo Plano Nacional de Saúde 2010-2016.

A política de saúde que preconizamos pode ser apresentada em torno de três tópicos: mais saúde; reforçar o sistema de saúde e um SNS sustentável e bem gerido.

A. Mais Saúde

Promoção da Saúde

A promoção de estilos de vida indutores de saúde e a informação aos cidadãos, como estímulo para a adopção de comportamentos saudáveis, constituem elementos centrais da política de saúde.

Neste domínio, as prioridades são:

- A monitorização dos resultados da aplicação da Lei de protecção dos não fumadores e a sua revisão, em 2011, de acordo com essa avaliação;

- A adopção de medidas de prevenção da toxicoddependência e do alcoolismo;
- O acompanhamento das medidas tendentes a diminuir o consumo de sal;
- A dinamização de medidas contra o excesso de peso e a obesidade, em particular entre os mais jovens;
- A permanente actualização do Programa Nacional de Vacinação.

A avaliação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 deve conduzir à aprovação de um novo Plano com o horizonte de 2016. Esse deve ser um processo intensamente participado, pelos profissionais e pelo conjunto da sociedade, orientado no sentido de uma priorização clara das intervenções, com base na evidência acerca do que gera mais ganhos em saúde. Um enfoque primordial do próximo PNS será o combate às desigualdades em saúde.

A escola, grande promotora de Saúde

A escola desempenha um papel primordial no processo de aquisição de hábitos de vida saudáveis, facilitando a apropriação de competências individuais essenciais para que os jovens participem activamente na promoção da sua saúde.

A aposta do Governo para esta legislatura é desenvolver um projecto que assente no diagnóstico das necessidades da população escolar e, com uma estratégia concertada de parceria com escolas e autarquias, garanta um conjunto de actividades complementares ao currículo escolar, abrangendo aspectos relevantes, que incidam na promoção de estilos de vida saudáveis, no bem-estar físico, psicológico e afectivo, com atenção particular ao desenvolvimento do desporto escolar e ao direito à informação e aconselhamento sobre sexualidade.

É também um objectivo alargar progressivamente o acesso a cuidados de saúde oral, no âmbito do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (cheques-dentista), a todas as crianças e jovens entre os 4 e os 16 anos.

Será reforçada a monitorização do estado de saúde dos alunos, através do exame global de saúde que se realiza aos 5-6 anos e aos 11-13 anos.

Pandemia da Gripe

Desde Abril de 2009, o Mundo está confrontado com a emergência de uma nova estirpe de vírus da gripe, que rapidamente se propagou e assumiu uma escala global. Apesar de a infecção ter, em regra, expressão moderada, a epidemia exige a adopção de medidas extraordinárias de saúde pública.

No curto prazo, as estruturas públicas de saúde devem prestar atenção prioritária à pandemia da gripe A, assegurando, designadamente:

- Uma correcta informação à população, que permita valorizar a importância da infecção e induzir boas práticas, mas, ao mesmo tempo, tranquilizar os cidadãos sobre os meios ao dispor para os ajudar;
- A organização dos serviços, para aumentar a capacidade de prestação de cuidados em caso de disseminação da infecção;
- A administração da vacina, de acordo com critérios técnicos objectivos e validados;- A manutenção em funcionamento pleno dos serviços de saúde e do conjunto de serviços essenciais do País, mediante a adopção dos necessários planos de contingência.

Diabetes

A diabetes mellitus é uma doença muito associada aos estilos de vida com uma crescente importância nas sociedades desenvolvidas. Estima-se que um em cada nove portugueses sofra de diabetes, embora cerca de metade dos atingidos desconheça esse diagnóstico.

O combate à diabetes exige um programa específico e uma efectiva prioridade política, que o Governo se propõe assumir.

Incluir indicadores relacionados com a doença e o seu tratamento em todos os mecanismos de contratualização da prestação de cuidados será um dos instrumentos desse programa.

Dependências

A situação do País no que diz respeito aos consumos de substâncias ilícitas melhorou globalmente nos últimos anos. As políticas desenhadas na sequência da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga têm vindo a revelar-se eficazes no que respeita ao consumo e às consequências de algumas das mais problemáticas substâncias psicoactivas ilícitas e, em geral, à toxicodependência. Há que consolidar esses resultados, renovando a aposta na prevenção, na redução de danos, no tratamento e na reinserção social, com uma atenção permanente às novas substâncias e às novas práticas de consumo, sobretudo entre os jovens. Paralelamente, manter-se-á a determinação no combate ao tráfico ilícito de drogas e ao branqueamento de capitais que lhe está associado, num quadro dissuasor relevante para a própria prevenção do consumo.

O Governo propõe-se manter a actual política de discriminação do consumo e a oferta de tratamento a todos os toxicodependentes que dele necessitam.

Já os problemas relacionados com o consumo de outras substâncias psicoactivas, nomeadamente o álcool, não têm tido evolução favorável. Impõem-se, por isso, medidas eficazes para corrigir os padrões de consumo de risco e nocivos, especialmente entre os mais jovens, nomeadamente através de:

- A operacionalização de um Plano Nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool, bem como a criação de uma Rede de Referência para os problemas ligados ao álcool, envolvendo os cuidados de saúde primários e os serviços/departamentos de saúde mental;

- A manutenção da intervenção em redução de riscos e minimização de danos, alargando-a ao álcool;

- A reestruturação e reforço do Programa Vida-Emprego, alargando-o a todo o universo dos dependentes.

VIH / SIDA

Embora a situação nacional neste domínio tenha melhorado de modo acentuado, há ainda um importante caminho a percorrer.

O foco principal da intervenção deve situar-se na prevenção, sem descuidar a garantia de tratamento a todos os afectados e o apoio social aos que dele necessitem.

Serão estabelecidos mecanismos de coordenação intersectorial com maior autonomia e capacidade de iniciativa e de actuação, nomeadamente no apoio social e na referência aos serviços adequados da saúde e segurança social. Serão também reforçadas as parcerias entre vários prestadores (clínicos, sociais, grupos de apoio), de forma a promover a acessibilidade através da referência mútua.

Oncologia

Aumentar a eficácia no controlo da doença oncológica e reduzir a mortalidade associada ao cancro são os dois principais objectivos a prosseguir, nomeadamente através de:

- Prevenção e realização de rastreios de base populacional, designadamente do cancro do colo do útero, do cancro da mama e do cancro do cólon e do recto;

- Prosseguir a administração da vacina contra o vírus do papiloma humano (HPV);

- Aprovação da Rede de Referência Integrada em Oncologia;

- Redução do tempo de espera para as cirurgias e tratamentos, através de um programa específico;

- Alargamento da oferta em radioterapia.

Saúde Materna e Infantil

Uma das áreas da saúde em que Portugal mais rapidamente progrediu foi a saúde materna e infantil, com a generalidade dos indicadores a revelarem notáveis progressos na saúde das crianças e das mães, que nos colocam na liderança mundial. Nos últimos anos, o reforço de medidas nesta área consolidou os ganhos alcançados. No capítulo do planeamento familiar, os meios de contracepção estão hoje disponíveis gratuitamente nos centros de saúde. Também se deu uma atenção particular ao acesso de casais inférteis a tratamentos de procriação medicamente assistida, que foi, pela primeira vez, alvo de medidas especiais de financiamento solidário acrescido.

O Governo assume o compromisso de manter e reforçar a rede pública de centros de procriação medicamente assistida e o financiamento aos casais que não possam ser atendidos nesses centros em tempo adequado.

Apesar dos progressos alcançados, continua a ser necessário actuar a diferentes níveis, designadamente no desenvolvimento de uma pedagogia de prevenção, na promoção da saúde oral, na diminuição da gravidez adolescente e no apoio às famílias migrantes.

Integraremos no Plano Nacional de Vacinação a vacina antipneumocócica, logo que esteja disponível vacina com perfil serológico adequado e validação técnica.

Criado que foi o novo quadro legal para a interrupção voluntária da gravidez, com resultados no combate ao aborto clandestino, continuarão a ser tomadas as medidas necessárias para o adequado funcionamento dos serviços e a aplicação da lei.

Idosos

Para o Governo, o apoio aos idosos continuará a ser uma área privilegiada de parceria com o sector social, com destaque para a nova Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que será reforçada antecipando para 2013 as metas previstas para 2016.

Para além da isenção ou redução das taxas moderadoras para os maiores de 65 anos, os pensionistas com pensões inferiores ao salário mínimo dispõem hoje de medicamentos genéricos totalmente gratuitos. E os beneficiários do complemento solidário a idosos têm benefícios adicionais, quer nos restantes medicamentos, quer noutros apoios (próteses dentárias, cheques dentistas e óculos), todos importantes para a autonomia e a qualidade de vida dos nossos idosos.

O passo seguinte será o alargamento destes benefícios às ajudas técnicas, em função do respectivo grau de dependência.

B. Reforçar o sistema de saúde

O utente é, sempre e em todas as medidas, o centro de gravidade da política de saúde.

Os desafios do Serviço Nacional de Saúde (SNS) devem concentrar-se em aprimorar a qualidade dos resultados e em corrigir as desigualdades ainda existentes. Estes objectivos passam por ganhos de eficiência na gestão, por ganhos no acesso aos cuidados de saúde, pela garantia da sustentabilidade e pela responsabilização dos profissionais de saúde, elementos essenciais para garantir qualidade.

O sector privado de prestação de serviços de saúde, complementar ao SNS, deve também assegurar qualidade e segurança nos cuidados prestados. O Estado deve, por isso, aprofundar o seu papel regulador. As convenções para a prestação de cuidados de saúde merecerão nova abordagem, em ambiente de estímulo concorrencial, onde o acesso e a qualidade dos serviços prestados serão permanentemente monitorizados.

Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

Os resultados da reforma dos cuidados de saúde primários são reconhecidos pelos utentes e pelos profissionais. As 200 Unidades de Saúde Familiar existentes acompanham já 2,2 milhões de portugueses e permitiram que mais cerca de 250 mil pessoas passassem a ter médico de família.

O Governo vai incrementar esta reforma para que, até 2013, as Unidades de Saúde Familiar abranjam todo o território nacional.

Outros dois elementos serão também decisivos para o aprofundamento da reforma:

- A criação de unidades de cuidados na comunidade, abrangendo cuidados domiciliários integrados para idosos e outros serviços de base comunitária, que devem existir em todos os municípios do País até 2012;

- A estruturação das unidades de saúde pública, essenciais para a articulação dos programas de saúde e da componente de promoção da saúde com os cuidados personalizados. Até ao final de 2011 devem estar criadas unidades de saúde pública em todos os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), desenvolvida em articulação com a Segurança Social, tem hoje cerca de 4000 camas e 80 Equipas de Apoio Domiciliário que já prestaram assistência a mais de 30.000 utentes. E já estão contratualizados mais 3.000 lugares.

O trabalho desenvolvido demonstrou que a RNCCI tem uma posição fundamental e complementar aos níveis de prestação de cuidados tradicionais. Trata-se de uma resposta adequada às necessidades dos mais carenciados e dependentes, num esforço de solidariedade e respeito pela dignidade humana, cumprindo e modernizando o SNS. O que se propõe é continuar a garantir um continuum de cuidados no sistema de saúde, articulado entre si e envolvendo o apoio social adequado, na falta de familiares ou outros cuidadores.

Serão reforçados incentivos à criação de mais unidades da rede, quer pela reconversão de hospitais, quer através de parcerias com o sector social e sector privado, de forma a antecipar para 2013 a concretização das metas previstas para 2016.

Será, também, alargado a todo o País o apoio domiciliário de cuidados continuados integrados e garantida a oferta de serviços durante toda a semana.

Outro objectivo nesta área é a criação de equipas multidisciplinares de Cuidados Paliativos nas instituições e serviços do SNS, que prestem apoio domiciliário a doentes sem perspectiva de cura e/ou em intenso sofrimento, para que possam permanecer em casa junto dos familiares, se assim o desejarem.

Hospitais

A reforma da organização interna dos hospitais é um objectivo da próxima legislatura.

Consolidado o modelo empresarial público com significativos ganhos de gestão, pode agora avançar-se para a experiência de centros de responsabilidade integrada, promovendo autoorganização de equipas que conduzam à excelência dos cuidados prestados.

Na área hospitalar, importa dar continuidade ao processo de concentração, integração e racionalização dos recursos através da oferta de cuidados em centros hospitalares e unidades locais de saúde. Prevê-se como necessário:

- Reforçar o ambulatório com a criação de unidades de cirurgia de ambulatório e de hospitais de dia, desenvolvendo o conceito de hospital de proximidade, como paradigma de modernização dos pequenos hospitais;

- Desenvolver, nestes hospitais de proximidade e nas áreas de ambulatório dos outros hospitais, o conceito de “clínica de um dia”, em que o doente terá a consulta, fará os exames complementares necessários no mesmo dia e receberá a adequada orientação terapêutica;

- Identificar na rede hospitalar as oportunidades de criação de centros de excelência, em sectores de alta diferenciação da oferta, como instrumento de concentração de recursos e de práticas de qualidade sustentada;

- Rever e dinamizar as redes de referência para as principais patologias, como instrumento de planeamento condicionante da oferta e afectação de recursos;

- Aplicar nos Hospitais EPE um modelo de avaliação da gestão hospitalar, clarificando o seu papel e responsabilidades, expectativas e prestação de contas, de modo a promover uma gestão mais eficaz e eficiente, assente na responsabilização pelos resultados das entidades empresariais e na avaliação do seu desempenho, ao serviço da qualidade dos cuidados de saúde;

- Melhorar, no âmbito das Parcerias Público-Privadas (PPP), os instrumentos de gestão, no acompanhamento e avaliação dos compromissos contratuais estabelecidos.

Saúde Mental

A reforma da saúde mental articula-se com outras reformas no âmbito do SNS, pois a melhoria de serviços passa obrigatoriamente pela transição de um modelo de cuidados de base institucional e asilar para um modelo comunitário, desenvolvido em estreita ligação com os cuidados primários e os cuidados continuados integrados.

Para tal, serão desenvolvidas as seguintes iniciativas:

- Reestruturação dos hospitais psiquiátricos e sua progressiva substituição por serviços baseados nos hospitais gerais e na comunidade;

- Criação de novas respostas de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, em articulação com a Segurança Social, em função dos diferentes níveis de autonomia das pessoas com doença mental.

Qualidade

O SNS deve ter por objectivo oferecer aos cidadãos o acolhimento e a prestação de cuidados de elevada qualidade. Serão desenvolvidas as seguintes iniciativas:

- Identificar, promover e disseminar as actividades assentes em critérios de boas práticas, centradas na satisfação das necessidades dos doentes, optimizando os resultados em saúde;

- Desenvolver mecanismos de gestão de risco, que assegurem o aumento da segurança, nomeadamente: qualidade da prescrição, utilização racional do medicamento, prevenção e luta contra a infecção;

- Incentivar os órgãos de gestão das instituições de saúde a definir uma estratégia e aprovar programas, objectivos e medidas de qualidade;

- Criar plataformas de informação que permitam o acesso dos profissionais de saúde a fontes de informação específicas, em permanente actualização das boas práticas, recomendações e normativos de qualidade no desempenho profissional;

- Promover os processos de acreditação e certificação de instituições e serviços do SNS.

Agenda de Investigação em Saúde

Com a Agenda de Investigação em Saúde pretende-se garantir a existência de uma investigação dirigida a prioridades de saúde. Este projecto de I&D será iniciado nas quatro áreas prioritárias da saúde (cancro, cardiovasculares, HIV/sida e outras infecções, saúde mental). Será igualmente alargado o programa dos internos doutorandos.

C. Um serviço nacional de saúde sustentável e bem gerido

Recursos humanos da saúde

O compromisso dos profissionais de saúde que asseguram os cuidados de saúde implica o aprofundamento permanente de aptidões e competências, garantindo-se assim cuidados seguros e de qualidade. Por outro lado, uma liderança empenhada e uma gestão rigorosa das organizações contribuem para a motivação e o aperfeiçoamento contínuo dos profissionais.

Assim, promover-se-ão formas inovadoras de organização dos cuidados de saúde primários já em curso.

O Governo prosseguirá a política de reforço da formação nas ciências da saúde, designadamente através do incremento das vagas para os cursos de medicina, enfermagem e restantes áreas de saúde, e do incremento da formação de especialistas em medicina geral e familiar.

Financiamento e distribuição de recursos

A sustentabilidade do SNS deve ser assegurada, em primeira linha, valorizando a importância da saúde e promovendo a eficiência dos serviços de saúde. O modelo de acesso universal e tendencialmente gratuito a todos os serviços de saúde é o que melhor garante o direito à saúde e a sustentabilidade do desenvolvimento económico e social do nosso País.

É possível melhorar a gestão do SNS. Os últimos quatro anos demonstram-no. Esta será uma das linhas orientadoras da política de saúde: mais eficiência, esgotando todos os instrumentos de combate ao desperdício.

Sendo bem conhecidas as principais razões que conduzem ao crescimento dos gastos em saúde (envelhecimento, novas tecnologias...), o crescimento dos recursos colocados à disposição do SNS deve ser realizado mantendo o financiamento através do Orçamento do Estado.

Como forma de promover maior equidade, devem os subsistemas públicos de saúde evoluir para modelos de auto-suficiência. Será ainda equacionada a revisão dos benefícios fiscais em matéria de despesas de saúde, contribuindo para reduzir as desigualdades.

A distribuição de recursos financeiros no SNS deve ser realizada com o aprofundamento dos mecanismos de contratualização ao longo de todo o sistema, utilizando modelos de financiamento de serviços indutores de responsabilização e eficiência.

Tecnologias de Informação e Comunicação

A difusão do uso das novas tecnologias de informação e comunicação na área da saúde é indispensável para alargar o acesso, simplificar procedimentos, melhorar a qualidade e garantir a eficiência.

Neste domínio, deve o Estado ser garante da coerência dos sistemas de informação e da sua interoperabilidade, estimulando, também, a criatividade, o mercado e, em particular, as iniciativas de base nacional.

O principal desafio visa assegurar que, até ao final de 2012, todos os portugueses possuam um registo de saúde electrónico.

Medicamentos

Quanto à política do medicamento, propomo-nos:

- Promover uma revisão global do actual sistema de comparticipação do medicamento, com especial enfoque nos regimes especiais, no sentido de obter melhor equidade e mais valor para todos os cidadãos;
- Aumentar o apoio do Estado aos grupos mais vulneráveis;
- Aumentar o acesso ao medicamento, alargando a criação de farmácias em todos os hospitais do SNS com serviço de urgência;
- Promover a prescrição electrónica, com a desmaterialização de todo o circuito administrativo do medicamento;
- Criar condições para a generalização da prescrição por DCI;
- Continuar a promover o recurso a medicamentos genéricos.

Participação e responsabilidade social

A saúde é um direito e uma responsabilidade individual e colectiva. Importa apelar às responsabilidades de todos os diferentes actores envolvidos no sistema de saúde, em especial os cidadãos.

Assim, serão retomadas iniciativas para a promoção dos direitos dos doentes e, designadamente, o direito ao consentimento informado (incluindo o testamento vital).

Aprofundar-se-á o papel dos conselhos de comunidade que integram os Agrupamentos de Centros de Saúde e dinamizar-se-á a constituição dos conselhos consultivos dos Hospitais.

Será reactivado o Conselho Nacional de Saúde (CNS). O Conselho recolherá contributos e a participação das associações de doentes, associações de consumidores, fundações e institutos públicos e privados, sociedades médicas, universidades e comunicação social. Visará alcançar compromissos de sindicatos e associações empresariais, sem esquecer as associações da indústria hoteleira e da restauração e dos produtores da indústria alimentar. Envolverá, também, a indústria e a distribuição de produtos farmacêuticos.

...

- ANEXO XVI - Transcrição parcial do Programa do XIX Governo Constitucional (2013-2015)

CONFIANÇA, RESPONSABILIDADE, ABERTURA

O XIX Governo Constitucional apresenta aos Portugueses, através da Assembleia da República eleita no passado dia 5 de Junho, o seu programa para a legislatura. Suporta-o uma maioria coerente e estável que saberá crescer da sua matriz originária para o País. A principal preocupação do Governo traduz-se em assegurar a total consonância do seu programa com as aspirações e as necessidades dos Portugueses no momento difícil que atravessamos.

Por outro lado, o Governo não pode deixar de salientar a circunstância de cerca de 85 dos deputados eleitos para a Assembleia da República por uma amplíssima maioria dos Portugueses representarem partidos que subscreveram o Memorando de Entendimento estabelecido com a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o FMI. Este facto garante o indispensável apoio político e social ao cumprimento escrupuloso de todas as suas metas, calendários e objectivos.

Torna-se por isso obrigatório o regresso, tão breve quanto possível, a uma trajectória sustentável das contas públicas que dê lastro a uma economia próspera e criadora de emprego a médio prazo. Ou seja, rigor e firmeza nas finanças públicas para o crescimento económico, a promoção do trabalho, a competitividade empresarial e a inclusão social.

O programa do Governo assenta em cinco pilares fundamentais, a saber, o Desafio da Mudança, as Finanças Públicas e o Crescimento, a Cidadania e a Solidariedade, a Política Externa, Desenvolvimento e Defesa Nacional e, por fim, o Desafio do Futuro. A todos eles subjazem princípios orientadores indeclináveis sustentados no superior interesse nacional.

Nada se fará sem que se firme um pacto de confiança entre o Governo e os Portugueses, numa relação de abertura e responsabilidade que permita ao País reencontrar-se consigo próprio. O Governo desenvolverá uma relação adulta com os Portugueses por forma a superar a cultura dos paternalismos e das dependências, estimulando, em contrapartida, uma cultura da responsabilidade e da abertura. Tal supõe a constante promoção dos valores que constituem o código genético do nosso regime democrático e a vocação para uma via reformista e de progresso centrada nas pessoas concretas, nos seus problemas e ambições.

O programa do Governo reflecte amplamente o mandato que recebeu para a mudança. Trata-se de mudar com realismo e coragem, isto é, sem falácias ideológicas que escondem sempre falsos desígnios. Pelo contrário, o desígnio do Governo é um compromisso com a cidadania, com a solidariedade, com a iniciativa e com a criatividade.

O Governo pugnará por uma sociedade mais cosmopolita e liberta das tentações periféricas que as mais de três décadas de democracia não conseguiram afastar plenamente e que, entre outros aspectos, se evidenciaram na estagnação económica, no abandono do País por parte de tantos que nele não encontraram as oportunidades que desejavam, assim como na sua crescente marginalização relativamente aos centros de prosperidade e de progresso do mundo globalizado.

O Governo assume neste programa um registo de combate sereno e determinado às injustiças. Temos a noção de que Portugal é em muitos planos, e não obstante os progressos realizados, uma sociedade injusta e desigual. As políticas aqui enunciadas visam tornar mais móvel a estrutura social, correspondendo assim a uma das promessas mais nobres do regime democrático, em conjugação com a preservação das instituições basilares do Estado social e com o aumento da sua eficácia.

Nas opções no domínio da Educação é notório o propósito não só de dotar os Portugueses de competências e aptidões sólidas, mas também de contribuir para o desenvolvimento das qualidades

intelectuais e humanas que lhes permitam com confiança participar, quer a título individual, quer como comunidade, nos grandes processos históricos de globalização económica, cultural e científica.

Os sistemas institucionais – da Administração Pública ao “Estado Paralelo”, da Justiça à Saúde, da Cultura ao Emprego, do Equipamento Social à Terra – nem sempre se revelaram à altura das necessidades colectivas. A tarefa do Governo é, também, a de credibilizar interna e externamente as instituições públicas, colocando-as ao serviço da cidadania, da solidariedade e do dinamismo económico. Assim o Governo prestigia o País e a sua soberania, quer na ordem interna, quer na ordem externa, honrando todos os compromissos contraídos que são hoje indisputáveis componentes da história do Portugal democrático e europeu.

Este é um programa frugal e realista para quatro anos. Frugal porque pondera as contingências em que assume funções e apela ao esforço de poupança do Estado, das famílias e das empresas. E realista porque o move a ambição de ultrapassar e remover a presente situação de emergência financeira, económica e social que tantos deixou para trás. O programa que apresentamos estriba-se na eminente dignidade da pessoa humana, ponto de partida para quaisquer políticas públicas modernas. E acredita na energia e iniciativa de todos e de cada um para que, com confiança, responsabilidade e abertura, Portugal não falhe.

O DESAFIO DA MUDANÇA

Portugal atravessa hoje uma crise gravíssima que nos coloca, enquanto comunidade, numa das encruzilhadas mais determinantes da nossa história recente. É fundamental que este momento seja interpretado como uma oportunidade de corrigir erros passados, sem sucumbir à tentação do pessimismo ou da inevitabilidade histórica. Este Programa reconhece que o País vive hoje, em praticamente todos os domínios, uma situação de excepção, a que é preciso acudir com carácter prioritário, com particular destaque para a área social e para o plano financeiro.

A grave situação económica e financeira do País impôs um pedido formal de ajuda externa à Comissão Europeia, ao Banco Central Europeu e ao FMI. O Memorando de Entendimento acordado entre o Governo português e estas instituições internacionais estabelece um conjunto de medidas exigentes do ponto de vista social e político. O Estado português terá de cumprir de modo escrupuloso os compromissos assumidos internacionalmente, condição necessária para recuperar o crédito externo e regressar ao crescimento e ao emprego. Dada a natureza estruturante de algumas medidas, uma boa execução do Programa representará também a realização de reformas estruturais há muito prometidas aos Portugueses mas sempre adiadas.

Pelo que foi referido, e conhecendo-se a complexidade técnica das disposições, o carácter transversal de parte delas, assim como o exigente calendário de execução, o Governo decidiu criar uma Unidade de Missão para o Acompanhamento do Programa de Ajustamento Económico e Financeiro acordado com a CE/FMI/BCE. A Unidade de Missão estará na dependência directa do Secretário de Estado Adjunto do Primeiro Ministro, sendo extinta no final do período de vigência do Programa de Ajustamento. Entre outros objectivos, a Unidade de Missão tem a responsabilidade de coordenar, em estreita associação e cooperação com o Ministério das Finanças, e centralizar a comunicação e a partilha de informação com as instituições internacionais envolvidas, monitorizar o cumprimento das medidas e trabalhar com as equipas que em cada ministério são responsáveis pela sua execução.

O pedido de ajuda externa, e os termos em que foi concedido pelas instituições internacionais referidas, constitui o ponto de partida fundamental para a reformulação das nossas finanças públicas. Assim, o Governo garante o cumprimento atento e rigoroso do Memorando de Entendimento. O objectivo do Governo é readquirir a confiança entretanto perdida dos investidores internacionais. Restabelecida essa confiança, o Governo procurará, num prazo tão curto quanto possível, garantir o regresso do Estado português aos mercados financeiros numa base sólida e relançar o crescimento económico no nosso País. O Governo entende que a austeridade na despesa do Estado, sujeita a modelos de eficiência, virá a constituir, a

prazo, uma alavanca para a melhoria da produtividade, para o incremento do potencial de crescimento e para a criação de emprego.

Num momento em que todos os sectores da sociedade portuguesa enfrentam novas dificuldades e demonstram a sua capacidade de se adaptar a novas circunstâncias, o nosso sistema político não pode ser uma excepção. O reforço da democracia, da prosperidade e da coesão social exige instituições que propiciem e estimulem a participação, a iniciativa e o empreendedorismo dos cidadãos, e ofereçam ainda um enquadramento bem definido, transparente e seguro para as relações sociais e empresariais.

Os resultados do modelo de governação existente estão hoje bem à vista: o Estado tem vivido claramente acima das suas possibilidades; registou-se um aumento contínuo do seu peso e dimensão; perdeu-se competitividade e agravou-se exponencialmente o endividamento externo, que atingiu níveis insustentáveis; a nossa imagem internacional degradou-se; os mercados perderam a confiança em Portugal; as pessoas vivem pior e está em risco não apenas a qualidade de vida das actuais gerações, mas também o futuro das novas gerações e o daquelas que estão por nascer.

Sem um sistema político eficiente não será possível resolver os graves problemas económicos e financeiros que enfrentamos. Mais, sabemos que as lacunas de organização do sistema político tiveram um papel importante na origem destes problemas. O Governo propõe-se melhorar o quadro institucional da vida portuguesa, o que pressupõe um poder político transparente, sujeito a escrutínio efectivo e suscitador de mais e maior confiança. Para o alcançar, o Governo estabelecerá regras claras e iguais para todos, de modo a que as iniciativas e projectos individuais e colectivos possam ser levados a cabo em igualdade de circunstâncias.

O Governo tomará iniciativas para que o País tenha um sistema eficaz de combate à corrupção, à informalidade e a posições dominantes, e que seja dotado de um sistema de regulação mais coerente e independente. Aperfeiçoará o funcionamento das instituições e trabalhará para alcançar um sistema de justiça mais célere, mais capaz de garantir direitos e contratos e de reparar a sua violação.

O Governo acredita que é possível fazer uma utilização mais eficiente dos recursos, pressuposto absolutamente necessário para preservar e viabilizar a maior parte dos serviços públicos e o exercício das legítimas funções do Estado.

Em suma, o Governo compromete-se a desenvolver instituições que propiciem uma vida política, social e económica mais próspera, mais justa e mais livre. Os eixos de acção previstos ao nível do sistema político, das práticas de governação e da regulação são os seguintes:

Racionalização das estruturas do Governo

Sendo necessário reduzir custos do Estado e procurar novos modelos mais eficientes de funcionamento, o Governo deve dar o exemplo ao País e reduzir a sua estrutura organizativa e de custos, promovendo simultaneamente uma maior eficiência operacional e uma maior eficácia governativa.

O Governo definirá um sistema de acompanhamento e monitorização das acções de transformação do Estado, suportado por sistemas de informação encarregues da coordenação estratégica, da coordenação operacional, da monitorização da implementação e do reporte automatizado. O Governo compromete-se também a “despartidarizar” o aparelho do Estado e a promover o mérito no acesso aos cargos. Neste âmbito, o Governo preparará nova legislação que estabeleça um sistema independente de recrutamento e selecção.

Urge reduzir substancialmente o “Estado Paralelo” (institutos, fundações, entidades públicas empresariais, empresas públicas ou mistas ao nível da Administração Regional e Local), bem como despolitizar os processos de recrutamento dos cargos dirigentes mais importantes, atendendo às melhores práticas internacionais na matéria. Nos primeiros 90 dias de governo, com base num levantamento da dimensão deste “Estado Paralelo” (que como foi mencionado também floresceu no Sector Empresarial do Estado (SEE) central, regional e municipal) serão definidas as opções de extinção, de privatização ou de reintegração na Administração Pública tradicional das entidades que o constituem.

Deste esforço de racionalização das estruturas do Governo é exemplo a medida de não proceder à nomeação de novos Governadores Cívicos após a exoneração dos que estavam em funções e de levar a cabo o processo de reafecção das suas funções e competências.

Toda a lógica de racionalização e de contenção aplica-se, nos termos adequados, ao SEE. Assim, procuraremos racionalizar a gestão das empresas públicas, generalizando a celebração de contratos de gestão e acabando com os “privilégios” injustificados, cláusulas indemnizatórias excepcionais e limitando nomeadamente as remunerações dos gestores, em especial nas áreas que não concorram com o sector privado e, em qualquer caso, vinculando-as ao cumprimento de objectivos concretos de gestão.

Controlo e Gestão

O Programa para a Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE) teve efeitos muito reduzidos, não tendo alcançado os seus objectivos fundamentais no sentido de conseguir um efectivo emagrecimento da estrutura e dos custos fixos do Estado. Pelo contrário, os organismos públicos continuaram a proliferar. Também não se concretizou o propósito do PRACE de aumentar os níveis de eficiência e a qualidade de serviço.

Neste contexto, o Governo assume a necessidade de rever o PRACE para que se realizem os seguintes objectivos:

- Racionalizar as despesas de funcionamento das Administrações Públicas, de forma a demonstrar junto dos Portugueses que os sacrifícios não abrangem apenas os cidadãos;
- Aumentar a eficiência da Administração Pública e reduzir os custos à medida das capacidades reais do País;
- Modernizar a Administração Pública, de forma a acompanhar as novas exigências dos cidadãos na sociedade da informação e das empresas na economia do conhecimento;
- Dignificar, valorizar, apoiar e envolver os funcionários públicos e outros agentes do Estado que, com o seu espírito de missão e competência, são os responsáveis últimos pela concretização das políticas públicas e pelo desempenho da Administração Pública.

À luz da experiência recente em Portugal e noutros países, e com o propósito de tornar a Administração Pública mais eficiente e sustentável, o Governo actuará de forma determinante nas seguintes áreas:

- Melhoria de processos e simplificação de estruturas organizativas;
- Melhoria das actividades de suporte;
- Controlo e redução de custos;
- Reforço dos instrumentos de gestão.

Nestas quatro áreas, e de um modo geral no processo de transformação da Administração Pública, o Governo adoptará os seguintes princípios de actuação:

- Abordar esta transformação com uma perspectiva de médio prazo, como um processo sustentável com impactos perenes;
- Adoptar uma abordagem pragmática de intervenção baseada na transformação de processos operacionais dentro de uma cadeia de valor concentrada no serviço ao cidadão;
- Trabalhar segundo uma lógica de projecto, com objectivos claros, calendarizados e recursos controlados;
- Aproveitar as estruturas orgânicas existentes, com vista a obter resultados imediatos e evitar reestruturações orgânicas que acabam por causar atrasos na capacidade de obtenção de resultados;
- Evitar a descontinuidade das políticas, das estruturas e dos projectos em curso que estejam a cumprir os seus objectivos. Avaliar quais as alterações de enquadramento legal e processual que deverão ser realizadas de forma a permitir uma efectiva, atempada e consequente implementação das decisões de carácter estratégico e operacional que venham a ser tomadas.

No âmbito da melhoria dos processos e simplificação das estruturas organizativas, destacamos as seguintes iniciativas:

- Extinguir, fundir ou reduzir estruturas (fundações, institutos, observatórios, etc.) consideradas dispensáveis ou de dimensão excessiva, permitindo um primeiro ganho de eficiência;
- Realizar uma abordagem de base zero, isto é, questionar tarefas e funções, com a finalidade de identificar outras estruturas que sejam passíveis de eliminação ou redimensionamento e os processos que devam ser alvo de uma reengenharia significativa.

No âmbito da melhoria das actividades de suporte, destacamos as seguintes iniciativas:

- Optimização das compras públicas. A actividade da Agência Nacional de Compras Públicas, bem como das Unidades Ministeriais de Compras, deve ser reforçada no sentido de atingir poupanças significativas;
- Contratação pública electrónica. Desmaterialização progressiva de todo o ciclo da contratação pública, para melhorar níveis de eficiência e de eficácia e aproveitar todo o potencial de poupança possível através da contratação pública electrónica;
- Serviços Partilhados. A eficiência, a redução de custos e a qualidade de serviço podem ser melhoradas através da gestão partilhada de actividades de suporte, sobretudo ao nível das áreas de contabilidade e finanças, gestão de recursos humanos, de infra-estruturas, de sistemas de informação, de serviços de segurança e de património.

No âmbito da redução de custos, o Governo tomará as seguintes iniciativas:

- Optimização progressiva dos meios humanos afectos à Administração Pública, através da gestão de entradas e saídas, incentivando a mobilidade dos trabalhadores entre os vários organismos, e entre estas e o sector privado, criando um programa de rescisões por mútuo acordo e seguindo uma política de recrutamento altamente restritiva, avaliada globalmente, em articulação com os movimentos normais de passagem à reforma dos servidores do Estado;
- O Plano de Recursos Humanos deverá cumprir os termos e prazos inscritos no Memorando de Entendimento, sendo posteriormente objecto de reavaliação para efeitos de estabelecimento de novas regras de recrutamento.
- Limitação no recurso ao outsourcing mediante justificação objectiva da sua necessidade através da demonstração satisfatória de que os recursos próprios da administração não conseguem cumprir a tarefa;
- Continuação dos programas de racionalização do património do Estado;
- Remodelação dos edificios existentes em termos de organizações de espaço mais funcionais, em vez de adquirir novos edificios, utilizando os edificios devolutos;
- Redução do parque de viaturas e revisão das categorias automóveis das administrações públicas de uma forma considerável e maximização do uso comum de viaturas;
- Redução do número de cargos de direcção e administração e de dirigentes intermédios, respeitando constrangimentos legais;
- Revisão dos mecanismos de prevenção e controlo que impeçam deslizaamentos de custos e prazos inaceitáveis, na concepção, contratação e execução das obras públicas, acima de um determinado montante;
- Redução dos ajustes directos através da eliminação de isenções que permitam a adjudicação directa de contratos públicos acima dos limites gerais;
- Preparar o alargamento da fiscalização do Tribunal de Contas a todos os organismos que recebam apoios do Orçamento do Estado;
- Estudo sobre a evolução do Tribunal de Contas em linha com a sua maior ênfase actual na auditoria, em contraste com a função de tribunal;

No âmbito do aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão, o Governo tomará as seguintes iniciativas:

- Introdução de sistemas de informação de gestão;

- Generalização da utilização de Acordos de Nível de Serviço (ANS), entre serviços públicos e entre estes e os fornecedores;
- Reforço do princípio da orçamentação por programas;
- Estabelecimento de limites para certas rubricas de despesa como garantia adicional do controlo efectivo da despesa pública;
- Reforço do planeamento plurianual das actividades. Promoção de uma cultura orientada para os resultados e para a responsabilização.

Todas estas orientações e medidas foram gizadas para, e serão aplicadas a, todas as esferas da Administração Pública, incluindo a Administração indirecta e o SEE municipal, regional e central.

Regulação

A regulação tem por objectivo corrigir ou suprir as deficiências ou imperfeições do mercado através da acção de autoridades administrativas dotadas de grande autonomia face ao Governo e por isso designadas como Autoridades Administrativas Independentes. O sistema regulador no nosso país tem lacunas e fragilidades que importa colmatar. Precisamos de reforçar a regulação, tanto na sua independência como na sua efectividade.

Assim, o Governo propõe-se a:

- Apresentar uma proposta de Estatuto Jurídico das Autoridades Administrativas Independentes, integrando a sua criação na reserva de Lei Parlamentar;
- Transformar as entidades com funções reguladoras dependentes do Governo, e cujos mercados regulados pela sua importância o justifiquem, em Autoridades Administrativas Independentes, reintegrando as restantes na administração tradicional (de modo a evitar o risco de proliferação e banalização de falsos reguladores);
- Reforçar a autonomia e a responsabilidade das Autoridades Administrativas Independentes. A forma de designação dos titulares dos órgãos de direcção ou administração será alterada. Em função da natureza de cada entidade este processo de designação deverá envolver o Governo, a Assembleia da República e o Presidente da República, tendo a preocupação de garantir consensos alargados quanto aos seus méritos. A sua designação deve ter o cuidado de prevenir comportamentos corporativos, mediante a aprovação de regras claras de impedimentos e incompatibilidades;
- A alteração da arquitectura institucional e legislativa destas entidades deverá conduzir a um novo quadro de entidades reguladoras.

...

Saúde

Portugal pode orgulhar-se do posicionamento relativo do seu Sistema de Saúde em termos internacionais. No entanto, a sua sustentabilidade financeira está neste momento em causa na medida em que os seus custos têm crescido muito acima das taxas nominais de crescimento económico.

É, por isso, fundamental levar a cabo uma utilização mais racional e eficiente dos recursos disponíveis, não apenas pelo objectivo da sustentabilidade, mas porque esta é absolutamente necessária para continuar a garantir o direito à protecção da saúde, o que implica reforçar os princípios da responsabilização pelos resultados, da transparência da gestão dos dinheiros públicos e o da imparcialidade objectiva e eficaz das decisões de política de saúde.

Em síntese, o processo de mudança integra medidas de racionalização das despesas, iniciativas de contenção de custos e de melhoria de eficiência da organização dos prestadores e dos recursos utilizados na prestação de cuidados de saúde com o intuito de reforçar, no médio prazo, a sustentabilidade financeira do SNS, com definição clara da função de regulação e de financiamento.

Objectivos estratégicos

- Continuar a melhorar a qualidade e o acesso efectivo dos cidadãos aos cuidados de saúde, quer ao nível da organização, quer ao nível da prestação:

- Pela garantia do acesso universal e equitativo, tendencialmente gratuito, aos cuidados e serviços de saúde incluídos no plano de prestações garantidas;

- Pela obtenção de resultados convergentes com os melhores da Europa.

- Garantir a sustentabilidade económica e financeira do SNS, através de um mecanismo de financiamento de base solidária, mantendo os princípios fundamentais subjacentes à sua criação;

- Fomentar um maior protagonismo dos cidadãos na utilização e gestão activa do sistema, através do reforço do exercício de liberdade de escolha dentro de regras de acesso pré-definidas e reguladas, designadamente entre os operadores públicos. O cidadão deve ser um protagonista activo no exercício do seu direito a cuidados de saúde;

- Aprofundar a cooperação no domínio da saúde com a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa.

Medidas

Qualidade e acesso efectivo aos cuidados de saúde

- Concluir os trabalhos do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, como pilar fundamental da reforma do sistema de saúde, orientado para a qualidade clínica, a prevenção e a promoção de estilos de vida saudáveis, tendo em perspectiva os objectivos de ganhos de saúde da população e programas nacionais e integrados;

- Garantir a cobertura dos cuidados primários, assegurando o acesso a um médico de família à generalidade dos cidadãos, minimizando as actuais assimetrias de acesso e cobertura de natureza regional ou social e apostando na prevenção:

- Reforçar o papel das entidades integrantes da Rede de Cuidados Primários criando mecanismos que permitam e induzam a autonomia de gestão de cuidados primários por parte dos profissionais de saúde, entidades privadas ou sociais, mediante o aumento da oferta com racionalização de recursos;

- Transferir, de forma gradual, alguns cuidados actualmente prestados em meio hospitalar para estruturas de proximidade, ao nível da Rede de Cuidados Primários e da Rede de Cuidados Continuados, ou mediante convenções;

- Aproveitar e desenvolver os meios já existentes, com o reforço dos cuidados continuados para instituir, por metas faseadas, uma rede de âmbito nacional de cuidados paliativos;

- Reorganizar a rede hospitalar através de uma visão integrada e mais racional do sistema de prestação que permita maior equidade territorial e uma gestão mais eficiente dos recursos humanos, incluindo concentração de serviços, potenciada pela maior exigência na qualificação da gestão e na responsabilização das equipas, em todos os domínios, pelo desempenho alcançado;

- Rever a estratégia de gestão de recursos humanos em saúde com análise ponderada das necessidades.

Regulação do sector

- Rever as tabelas de preços pagas pelo Estado dos cuidados de saúde introduzindo mecanismos de adequação do preço ao custo da prestação de cuidados, contribuindo para a transparência e eficiência do sistema;

- Regulamentação e desenvolvimento do sector da saúde pública, com especial enfoque na actuação das Autoridades de Saúde e da aplicação de sistemas de vigilância epidemiológica;

- Promover condições que possibilitem e maximizem a investigação clínica em Portugal.

Linhas de orientação clínica

Promover a elaboração de normas e orientações clínicas actualizadas com vista a assegurar critérios de qualidade, mensuráveis e comparáveis com padrões conhecidos e aceites pela comunidade científica internacional e nacional, baseados em princípios de custo-efectividade.

Acreditação dos serviços do SNS

Garantir estruturas e mecanismos de acreditação em saúde com vista à certificação e ao reconhecimento público do nível de qualidade atingida nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com padrões pré-definidos, fortalecendo a confiança dos cidadãos e dos profissionais nas instituições, fomentando uma cultura de melhoria da qualidade e de segurança.

Sustentabilidade económica e financeira do sistema de saúde

- Intensificar programas integrados de promoção da saúde e de prevenção da doença mediante iniciativas de base intersectorial, designadamente com a Educação, Segurança Social, Ambiente e Autarquias, com maior proximidade à população;

- Melhorar os mecanismos de contratualização no âmbito da Rede de Cuidados Primários, assegurando a avaliação de desempenho dos diversos prestadores e a transparência na divulgação dos resultados;

- Actualizar o modelo de financiamento hospitalar garantindo que os respectivos grupos de financiamento e correspondentes preços permitam maior eficiência;

- Promover uma melhor articulação entre os sectores público, privado e social, através do prosseguimento da aposta no desenvolvimento das tecnologias de informação na saúde;

- Sensibilizar os cidadãos para os custos associados à prestação de cuidados de saúde através da disponibilização da informação sobre o custo suportado pelo Estado em cada acto prestado;

- Rever a política de taxas moderadoras, nos termos do Memorando de Entendimento, por forma a garantir que apenas se isenta quem realmente necessita dessa isenção e actualizar o seu valor promovendo uma maior responsabilização dos cidadãos pela utilização equilibrada dos recursos do sistema;

- Avaliar oportunidades da concessão da gestão de hospitais a operadores dos sectores privado e social sempre que se revele mais eficiente, não alterando a natureza pública e tendencialmente gratuita dos serviços prestados, mantendo intacta a capacidade de acesso universal aos cuidados de saúde por parte da população;

- Envolver as entidades do sector na necessária avaliação e clarificação da arquitectura organizativa do sistema, ou seja, na definição das funções das diferentes entidades, na avaliação da dotação e das capacidades existentes nos vários intervenientes por forma a permitir que estes assegurem uma gestão mais eficaz do sistema.

Melhorar o desempenho e aumentar o rigor da gestão nas Unidades Públicas de Saúde

A qualidade de gestão é um imperativo ético do serviço público muito em especial num sector dedicado às pessoas como a saúde. O combate ao desperdício de recursos é fundamental para garantir a todos uma afectação equilibrada dos recursos disponíveis. A actuação pragmática e célere na redução de custos e no controlo da fraude, visando conter a evolução dos custos da Saúde e atingir os objectivos acordados com as instituições internacionais é indispensável para que o Estado possa continuar a apoiar a satisfação das necessidades sociais.

- Acelerar a implementação dos serviços partilhados, nas áreas financeira, de recursos humanos e das compras, capturando todas as oportunidades de poupança;

- Aprofundar o estudo dos benefícios decorrentes da criação dos diferentes centros hospitalares, implementando planos concretos e mensuráveis dos ganhos potenciais a obter ao nível dos serviços prestados e da economia de meios que justificaram a respectiva decisão;

- Criar programas de mobilidade dos recursos humanos que promovam a transferência de recursos entre instituições do SNS e fomentem a capacidade de contratação de profissionais para geografias mais periféricas;

E em conformidade com o estipulado no Memorando de Entendimento:

- Desenvolver um programa específico de redução de custos nos hospitais, com medidas que não afectem a qualidade dos cuidados prestados mas que optimizem a utilização dos seus recursos;
- Prosseguir a avaliação e a concretização de oportunidades de fusão, concentração ou extinção de instituições, ou de serviços, que revelem uma clara sobreposição de capacidades, ou que levem a cabo missões menos prioritárias na arquitectura do sistema de saúde.

Política do medicamento

- Controlar a utilização dos medicamentos agindo sobre a prescrição, dando prioridade ao desenvolvimento de orientações terapêuticas para os serviços hospitalares e de ambulatório apoiadas em bases sólidas de farmacologia clínica e evidência da economia da saúde sobre custo - efectividade;
- Garantir o acesso e a equidade aos cidadãos através do aperfeiçoamento do sistema de preços e da revisão do sistema de comparticipação de medicamentos, garantindo uma gestão eficiente e dinâmica dos recursos, redefinindo o modelo de avaliação dos medicamentos para efeitos da sua comparticipação pelo Estado sem descurar os cidadãos mais desprotegidos;
- Rever a legislação no sentido de consagrar como regra a prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI), conforme o estipulado no Memorando de Entendimento;
- Aumentar a quota de mercado de medicamentos genéricos pela normalização jurídica das patentes através da alteração do sistema de preços de referência, a fim de criar condições para a duplicação do mercado de genéricos e esforço da qualidade da informação dos dados de bio-equivalência dos medicamentos genéricos relativamente aos de referência, aumentando a segurança dos prescritores e dos utilizadores face a este grupo de medicamentos;
- Implementação de um sistema que vise a gestão comum de medicamentos no SNS – negociação, aquisição e distribuição – tão centralizada quanto possível de medicamentos e dispositivos médicos;
- Criar as condições legislativas e técnicas para o avanço da dispensa de medicamentos em dose individual;
- Criar condições para a desmaterialização da receita médica em todo o tipo de receituário com comparticipação pública, implementando um sistema ágil de monitorização do consumo de medicamentos que promova a clareza na contabilização dos encargos do Estado e do cidadão com os medicamentos.

Um maior protagonismo dos cidadãos na utilização e gestão activa do sistema

- Introduzir liberdade de escolha em determinadas áreas e serviços, de forma prioritária nos Cuidados Primários;
- Insistir na redução dos tempos médios de espera para consultas de especialidade e cirurgias, actuando de forma concertada junto das diferentes entidades e níveis de prestação de cuidados;
- Intensificar e promover a cirurgia ambulatória através de incentivos adequados que estimulem a sua execução;
- Promover a convergência na política de contratualização de convenções do Estado, abrangendo prestadores privados e sociais tendo em vista uma maior eficácia na sua gestão designadamente ao acentuar a capacidade contratadora do Estado;
- Retomar e concluir o processo legislativo anteriormente iniciado, assegurando a aprovação de uma lei de testamento vital.

Melhorar a informação e o conhecimento do sistema de saúde

No domínio da informação e do conhecimento há uma reconhecida oportunidade de melhoria, em todo o sistema de saúde, que pode contribuir de forma decisiva para disponibilizar informação de gestão aos diferentes níveis de decisão bem como cumprir o compromisso de total transparência da informação assumido pelo Governo em nome do cidadão, a saber:

- Assegurar ao longo da legislatura uma política de investimento em sistemas de informação que permita a optimização das fontes de dados existentes em informação útil para gestão e melhoria das condições de acesso dos cidadãos ao sistema de saúde;

- Avaliar a utilização de um cartão como meio de validação de todos os episódios de cuidados que lhe são prestados, assegurando o financiamento do respectivo prestador de forma mais eficiente e transparente;

- Generalizar a prescrição electrónica de medicamentos e o seu alargamento progressivo a todos os meios complementares de diagnóstico e terapêutica, evitando o erro, a duplicação de exames, a fraude e a proliferação de custos desnecessários;

- Desmaterialização crescente de todos os processos administrativos das entidades prestadoras de cuidados, promovendo a eficácia e a rapidez de resposta;

- Desenvolvimento do Registo de Saúde Electrónico (RSE), ligando diferentes tipologias de unidades prestadoras de cuidados;

- Disponibilizar informação pública mensal sobre o desempenho das instituições (hospitais, centros de saúde e serviços).

Melhorar a transparência da informação em saúde

A transparência na saúde enquadra-se no dever que o Estado assume de informar os cidadãos acerca dos serviços que prestam cuidados de saúde com qualidade e segurança, incluindo a prestação pública de contas, bem como divulgação de informação simples, objectiva e descodificada.

Aprofundar a cooperação no domínio da saúde com a CPLP

Intensificar a cooperação com a CPLP, facilitando a transferência de conhecimentos e a criação de uma agenda de cooperação em saúde, nos domínios técnico e científico, bem como promover o intercâmbio de profissionais do SNS com os serviços de saúde da CPLP.

...

- ANEXO XVII - Lista de Chefes de Governo de Portugal desde 1974

Primeiro-Ministro	Início do mandato	Fim do mandato	Eleições (Governo)	Partido
Junta de Salvação Nacional				
Junta de Salvação Nacional	25 Abril 1974	16 Maio 1974	—	Independente
Composta por:				
António Sebastião Ribeiro de Spínola (Presidente) Francisco da Costa Gomes Jaime Silvério Marques Manuel Diogo Neto Carlos Galvão de Melo José Baptista Pinheiro de Azevedo António Alva Rosa Coutinho				
Governos Provisórios				
Adelino Hermitério da Palma Carlos	16 Maio 1974	18 Julho 1974	—	Independente
			(I Prov.)	
Vasco dos Santos Gonçalves	18 Julho 1974	19 Setembro 1975	1975 Const.	Independente
			(II Prov.)	
			—	
			III Prov.)	
			—	
			(IV Prov.)	
			—	
			(V Prov.)	
José Baptista Pinheiro de Azevedo	19 Setembro 1975	23 Junho 1976	—	Independente
Vasco Fernando Leotte de Almeida e Costa	23 Junho 1976	23 Julho 1976	(VI Prov.)	Independente
Governos Constitucionais				
Mário Alberto Nobre Lopes Soares	23 Julho de 1976	29 Agosto 1978	1976 (I)	Socialista
			— (II)	(a partir de 1977 com os Centristas)
Alfredo Jorge Nobre da Costa	29 de Agosto 1978	22 Novembro 1978	— (III)	Independente
				(Iniciativa presidencial)

Carlos Alberto da Mota Pinto	22 Novembro 1978	1 Agosto 1979	— (IV)	Independente
				(Iniciativa presidencial)
Maria de Lourdes Ruivo da Silva de Matos Pintasilgo	1 Agosto 1979	3 Janeiro 1980	—	Independente
			(V)	(Iniciativa presidencial)
Francisco Manuel Lumbrales de Sá Carneiro	3 Janeiro 1980	4 Dezembro 1980	1979	Aliança Democrática
Vice-primeiro-ministro com a chefia do governo			1980	(Primeiro- ministro Social Democrata)
			(VI)	
Diogo Pinto de Freitas do Amaral	4 Dezembro 1980	9 Janeiro 1981		Aliança Democrática
(interino)				(Vice-primeiro- ministro Centrista)
Francisco José Pereira Pinto Balsemão	9 Janeiro 1981	9 Junho 1983	— (VII)	Aliança Democrática
			— (VIII)	(Primeiro- ministro Social Democrata)
Mário Alberto Nobre Lopes Soares	9 Junho 1983	6 Novembro 1985	1983 (IX)	Socialista
(2. ^a vez)				(com os Sociais Democratas)
Aníbal António Cavaco Silva	6 Novembro 1985	28 Outubro 1995	1985 (X)	Social Democrata
			1987 (XI)	
			1991 (XII)	
António Manuel de Oliveira Guterres	28 Outubro 1995	6 Abril 2002	1995 (XIII)	Socialista
			1999 (XIV)	
José Manuel Durão Barroso	6 Abril 2002	17 Julho 2004	2002 (XV)	Social Democrata
				(com os Centristas)
Pedro Miguel de Santana Lopes	17 Julho 2004	12 Março 2005	— (XVI)	Social Democrata
				(com os Centristas)
José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa	12 Março 2005	21 Junho 2011	2005 (XVII)	Socialista
			2009 (XVIII)	

Pedro Manuel Mamede Passos Coelho	21 Junho 2011	Presente	2011 (XIX)	Social Democrata (com os Centristas)

BIBLIOGRAFIA

1. Xavier Zubiri. El hombre y Dios. Alianza Editorial. Fundación Xavier Zubiri. Madrid, 6ª. 1998, p. 93
2. Émile Durkheim. As Formas Elementares da Vida Religiosa. [trad.] Paulo Neves. 2ª. S. Paulo : Martins Fontes, 2000.
3. M. H. Rocha Pereira. Hesíodo. Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura. Lisboa : s.n., 1970, Vol. 10.
4. Hesíodo. Teogonia. A origem dos Deuses. [trad.] Jaa Torrano. 4ª. S. Paulo : Editora Iluminuras, Ltda., 2001.
5. J. P. Barron, P. E. Easterling. Hesiod. The Cambridge History of Classical Literature: Greek Literature. Cambridge : Cambridge University Press, 2008.
6. Werner Jaeger. Paideia - A Formação do Homem Grego. [trad.] Artur M. Parreira. Lisboa : Editorial Aster, Lta., 1936.
7. Mirko D. Grmek (Sous la direction de). Histoire de la Pensée Médicale en Occident. Tome 1: Antiquité et Moyen Age. Paris : Éditions du Seuil, 1995.
8. Maria Helena da Cruz Coelho. Os Mosteiros Medievais num Tempo de Hospedare e de Caridade. Cuadernos de Investigación del Monasterio de Santa María la Real, 6, Aguilar de Campoo (Palencia), Julho de 1992, pp. 9-35. s.l. : Codex Aquilarensis.
9. Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira. Voto de Pobreza. Lisboa, Rio de Janeiro : Editorial Enciclopédia, Lda., 1978, Vol. XXII, p. 176.
10. Leonardo Coimbra. A Rússia de Hoje e o Homem de Sempre. Porto : Livraria Tavares Martins, 1935.
11. Álvaro Ribeiro. A Arte de Filosofar. Portugal Editora. Lisboa. 1955, p. 89
12. C. Hipólito-Reis. Cultura, Medicina e Natureza, na Emergência da Humanidade - Ensaio (I). Lisboa : Fundação Lusíada, 2014, p. 82
13. J. Rof Carballo. Cerebro Interno y Sociedad. Madrid : Ateneo, 1952.
14. Lei Nº. 56/79. Assembleia da República - Cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Diário da República, Série I, Nº. 214, de 15 de Setembro. 1979.
15. J. A. Pires de Lima. Epítome de história da medicina portuguesa. Porto : Portucalense Editora, S.A.R.L., 1943.
16. M. Ferreira de Mira. História da Medicina Portuguesa. Lisboa : Empresa Nacional de Publicidade, 1947.
17. F. A. Gonçalves Ferreira. História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.
18. António Simões Rodrigues et al. História de Portugal em Datas. s.l. : Círculo de Leitores, Lda. e Autores, 1994.
19. Isabel dos Guimarães Sá. Os Hospitais portugueses entre a assistência medieval e a intensificação dos cuidados médicos no período moderno. Trabalho apresentado em Congresso Comemorativo do V Centenário do Hospital do Espírito Santo, Actas. Évora : s.n., 1996.

20. Segurança Social. <http://www4.seg-social.pt/evolucao-do-sistema-de-seguranca-social>. [Online] 14 de Março de 2012.
21. Santa Casa de Misericórdia de Lisboa - SCML. <http://www.scml.pt>. [Online]
22. José Abílio Coelho. <http://quiosquedaruadafeira.blogspot.pt/2012/12/os-partidos-medicos-e-os-cuidados-de.html>. [Online] 1 de 12 de 2012.
23. Valentino Viegas, João Frada, José Pereira Miguel. A Direcção-Geral da Saúde - Notas Históricas. Lisboa : s.n., 2006.
24. Arquivo Nacional da Torre do Tombo. <http://www.aatt.org>. Arquivo Nacional da Torre do Tombo. [Online]
25. Walter Osswald. A investigação científica na vida da Escola Médica do Porto. [autor do livro] Faculdade de Medicina do Porto. Os 150 anos da Faculdade de Medicina do Porto (1825-1975). Porto : Imprensa Portuguesa, 1977.
26. Decreto-Lei Nº. 32:255. Ministério do Interior - Promulga a reorganização dos serviços da Misericórdia de Lisboa. Diário do Governo, Série I, Nº. 214, de 12 de Setembro. 12 de Setembro de 1942.
27. F. Portela-Gomes. Jorge, Ricardo. Enciclopédia Luso-Brasileira da Cultura. s.l. : Verbo, 1971, Vol. XI, pp. 738-740.
28. Sistema de Saúde Português. Portal de Saúde Pública. <http://www.saudepublica.web.pt>. [Online]
29. SNS - Serviço Nacional de Saúde. História do Serviço Nacional de Saúde. <http://www.portaldasaude.pt>. [Online] 24 de Fevereiro de 2010.
30. José António Pereirinha; Daniel Fernando Carolo. Construção do Estado-Providência em Portugal no período do Estado-Novo (1935- 1974): notas sobre a evolução da despesa social. “Contributos para a história do Estado Providência. Ponta Delgada : s.n., 2006.
31. Daniel Serrão. A Ética Médica e os Custos em Cuidados de Saúde. [autor do livro] Coordenação de Daniel Serrão e Rui Nunes. Ética em Cuidados de Saúde. Porto : Porto Editora, Lda., 1998.
32. Decreto Nº. DD877. Ministério do Interior - Reorganiza os serviços da Secretaria Geral do Ministério do Interior e da Direcção Geral de Administração Política e Civil; Extingue a Direcção Geral de Saúde e Beneficência Pública, criando da Direcção Geral de Saúde. Diário do Governo, Nº. 33, de 10 de Fevereiro. 1911.
33. Luís Graça. A política velha do Estado Novo em matéria de saúde. <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos180.html>. [Online] 6 de Abril de 2005.
34. Lei Nº. 2:011. Presidência da República - Promulga as bases para a organização hospitalar. Diário do Governo, Série I, Nº. 70, de 2 de Abril. 1946.
35. Decreto Nº. 5:638. Ministério do Trabalho - Organiza os seguros sociais obrigatórios na invalidez, velhice e sobrevivência. Diário do Governo, Série I, Nº. 98, 8º. Suplemento, de 10 de Maio. 1919.
36. Decreto Nº. 5:639 . Ministério do Trabalho - Organiza as Bolsas Sociais de Trabalho. Diário do Governo, Série I, Nº. 98, 8º. Suplemento, de 10 de Maio. 1919.

37. Decreto Nº. 5:640. Ministério do Trabalho - Cria e organiza o Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e de Previdência Geral. Diário do Governo, Série I, Nº. 98, 8º. Suplemento, de 10 de Maio. 1919.
38. Decreto Nº. 5:636. Ministério do Trabalho - Organiza o seguro social obrigatório na doença. Diário do Governo, Série I, Nº. 98, 8º. Suplemento, de 10 de Maio. 1919.
39. Decreto Nº. 5:637. Ministério do Trabalho - Organiza o seguro social obrigatório nos desastres de trabalho em todas as profissões. Diário do Governo, Série I, Nº. 98, 8º. Suplemento, de 10 de Maio. 1919.
40. Lei Nº. 1:884. Presidência do Conselho - Especifica as instituições que ficam reconhecidas como sendo da previdência social. Diário do Governo, Série I, Nº. 61, de 16 de Março. 1935.
41. Lei Nº. 2:115. Presidência da República - Promulga as bases da reforma da previdência social; Revoga a Lei 1:884. Diário do Governo, Série I, Nº. 138, de 18 de Junho. 1962.
42. R. Soeiro de Sousa. A Previdência Social Portuguesa. Dados e comentários. [autor do livro] da Organização Corporativa e da Segurança Social IV Colóquio do Trabalho e 18 a 23 de Agosto. Luanda : s.n., 1966.
43. Decreto Nº. 22:241. Presidência do Ministério - Promulga o projecto de Constituição Política da República Portuguesa. Diário do Governo, Série I, Nº. 43, de 22 de Fevereiro. 1933.
44. Decreto-Lei Nº. 23:053. Presidência do Conselho - Reorganiza os sindicatos nacionais. Diário do Governo, Série I, Nº. 217, de 23 de Setembro. 1933.
45. Decreto Nº. 37:762. Presidência do Conselho - Regula a concessão de subsídio pecuniário e assistência médica e medicamentosas aos beneficiários das caixas sindicais de previdência e das caixas de reforma ou de previdência; Revoga várias disposições dos Decretos 25:935 28:321. Diário da República, Série I, Nº. 38, de 24 de Fevereiro. 1950, pp. 119-126.
46. Decreto Nº. 25:935. Presidência do Conselho - Promulga o regulamento das Caixas Sindicais de Previdência. Diário do Governo, Série I, Nº. 237, de 12 de Outubro. 1935.
47. Decreto Nº. 28:321. Presidência do Conselho - Promulga o regulamento das Caixas de Reforma ou de Previdência. Diário do Governo, Série I, Nº. 300, de 27 de Dezembro. 1937.
48. Decreto-Lei Nº. 37:426. Presidência do Conselho - Regulamenta o sistema de transferência de beneficiários das Caixas Sindicais de Previdência e das Caixas de Reforma e Previdência e reconhece como instituição de previdência a Caixa Auxiliar de Presidência. Diário do Governo, Série I, Nº. 109, de 23 de Maio. 1949.
49. Lei Nº. 1:998. Ministério do Interior - Estabelece as bases reguladoras dos serviços de assistência social. Diário do Governo, Série I, Nº. 102, de 15 de Maio. 1944.
50. História do Serviço Nacional de Saúde.
<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>. [Online]
51. Armando Fernandes. Infarmed 15 Anos - Olhar o passado, projectar o futuro. LP, Infarmed - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde - Ministério da Saúde. 2008.

52. Portaria Nº. 17 964. Ministério das Corporações e Previdência Social - Ampliação dos esquemas de assistência farmacêutica aos beneficiários da previdência e atribuição aos seus familiares do direito à mesma assistência. Diário do Governo, Série I, Nº. 222, de 23 de Setembro. 1960.
53. Portaria Nº. 17 967. Ministério das Corporações e Previdência Social - Manda constituir a Federação de Caixas de Previdência - Obras Sociais, a qual se regerá pelos estatutos anexos à presente portaria. Diário do Governo, Série I, Nº. 222, de 23 Setembro. 1960.
54. Decreto Nº. 45 266. Ministério das Corporações e Previdência Social - Promulga o Regulamento Geral das Caixas Sindicais de Previdência. Diário do Governo, Série I, Nº. 24, 23 de Setembro. 1963.
55. Portaria Nº. 17 966. Ministério das Corporações e Previdência Social - Torna extensiva aos reformados, por invalidez ou velhice, das caixas sindicais de previdência e caixas de reforma ou previdência a assistência médica e medicamentosa assegurada aos restantes beneficiários. Diário do Governo, Série I, Nº. 222, de 23 de Setembro. 1960.
56. Portaria Nº. 19 555. Ministério das Corporações e Previdência Social - Dá nova redacção aos nºs. 1, 3 e 4 da Portaria 17964. Diário do Governo, Série I, Nº. 282, de 10 de Dezembro. 1962.
57. Daniel Fernando da Soledade Carolo. A Reforma da Previdência Social de 1962 na Institucionalização do Estado-Providência em Portugal. s.l. : Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade Técnica de Lisboa, Mestrado em Economia e Política Social, 2006.
58. Decreto-Lei Nº. 43 183. Ministério das Corporações e Previdência Social - Reorganiza o Conselho Superior da Previdência Social, instituído pelo Decreto-Lei 35896, o qual passa a denominar-se Conselho Superior da Previdência e da Habitação Económica. Diário do Governo, I Série, Nº. 222, de 23 de Setembro. 1960.
59. Decreto-Lei Nº. 413/71. Ministério da Saúde e Assistência - Aprova a orgânica do Ministério da Saúde e Assistência. Cria o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Diário do Governo, Série I, Nº. 228, de 27 de Setembro. 1971.
60. Lei Nº. 2 127. Presidência da República - Promulga as bases do regime jurídico dos acidentes de trabalho e doenças profissionais. Diário do Governo, Série I, Nº. 172, de 3 de Agosto. 1965.
61. Decreto-Lei Nº. 46 668. Ministério da Saúde e Assistência - Permite que as instituições particulares que exerçam actividades de natureza hospitalar, referidas no nº. 2 Art.1º do Decreto-Lei 46301, criem serviços de utilização comum, em ordem a obter o melhor rendimento económico. Diário do Governo, Série I, Nº. 267, de 24 de Novembro. 1965.
62. Decreto Lei Nº. 46 813. Ministério das Corporações e Previdência Social - Constitui a Caixa Central de Segurança Social dos Trabalhadores Migrantes, dotada de personalidade jurídica e destinada a assegurar a aplicação de convenções e acordos internacionais sobre segurança social. Diário do Governo, Série I, Nº. 295, de 30 de Dezembro. 1965.
63. Portaria Nº. 31/71. Ministério das Corporações e Previdência Social - Estabelece as comparticipações dos beneficiários, activos ou pensionistas e respectivos familiares das caixas de previdência, com direito a

assistência médica, medicamentos manipulados e farmacêuticos. Diário do Governo, Série I, Nº. 17, de 21 de Janeiro. 21 de Janeiro de 1971.

64. Decreto-Lei Nº. 584/73. Presidência do Conselho - Introduz alterações na orgânica e na designação dos Ministérios das Corporações e Previdência Social e da Saúde e Assistência. Diário do Governo, Série I, Nº. 259, 1º Suplemento, de 6 de Novembro. 1973, pp. 2120-1.

65. Decreto Nº. DD66/76. Presidência da República - Aprova a Constituição da República Portuguesa. Entra em vigor no dia 25 de Abril de 1976. Diário da República, Série I, Nº. 86, de 10 de Abril. 1976.

66. Decreto-Lei Nº. 522/73. Ministério da Saúde e Assistência - Cria uma comissão permanente para a elaboração e revisão dos preços dos produtos manipulados e preparados inscritos no Formulário Galénico Nacional. Diário do Governo, Série I, Nº. 239, de 12 de Outubro. 1973.

67. Decreto-Lei Nº. 589/74. Ministério dos Assuntos Sociais - Transfere para a Secretaria de Estado da Saúde, a partir do dia 1 de Janeiro de 1975, os serviços médico-sociais das instituições de previdência de inscrição obrigatória. Diário do Governo, Série I, Nº. 258, de 6 de Novembro. 1974.

68. Portaria Nº. 821/74. Ministério dos Assuntos Sociais - Extingue o conselho de administração e o conselho médico da Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família. Revoga a Portaria 22451, de 13 de Janeiro de 1967. Diário do Governo, Série I, Nº. 294, de 18 de Dezembro. 1974.

69. Portaria Nº. 431/76. Ministério dos Assuntos Sociais - Manda integrar os serviços médicos das instituições de previdência em serviços médico-sociais correspondentes à área respectiva, em todos os distritos do continente e dos arquipélagos dos Açores e da Madeira. Diário da República, Série I, Nº. 168, de 20 de Julho. 1976.

70. Portaria Nº. 131/82. Ministério dos Assuntos Sociais - Fixa a taxa a cobrar aos utentes por cada embalagem de cada especialidade farmacêutica prescrita no receituário em uso dos Serviços Médico-Sociais. Diário da República, Série I, Nº. 24, de 29 de Janeiro. 1982.

71. Portaria Nº. 188/82. Ministério dos Assuntos Sociais - Excepciona vários medicamentos da obrigação da taxa de prescrição de mono-embalagem, nos termos da Portaria 131/82, de 29 de Janeiro. Diário da República, Série I, Nº. 37, de 13 de Fevereiro. 1982.

72. Portaria Nº. 509/82. Ministério dos Assuntos Sociais - Estabelece medidas relativas a assistência medicamentosa a cargo dos Serviços Médico-Sociais, estabelecendo a comparticipação dos utentes nos encargos com a aquisição de medicamentos e regulando as receitas médicas. Diário da República, Série I, Nº. 116, de 22 de Maio. 1982, pp. 1372 - 1373.

73. Portaria Nº. 1023-B/82. Ministério dos Assuntos Sociais - Estabelece a comparticipação dos utentes dos Serviços Médico-Sociais nos encargos com a aquisição de medicamentos e regula as receitas médicas do receituário dos referidos serviços. Diário da República, Série I, Nº. 257, de 6 de Novembro. 1982.

74. Portaria Nº. 805/83. Ministério da Saúde - Estabelece o regime de acesso gratuito a determinados medicamentos. Diário da República, Série I, Nº. 174, de 30 de Julho. 1983.

75. Manuel Valente Alves. História da Medicina em Portugal. Origens, ligações e contextos. Porto : Porto Editora, 2014.
76. Decreto-Lei Nº. 68/84. Ministério das Finanças e do Plano; Ministério da Saúde; Presidência do Conselho de Ministros - Estabelece o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos prescritos aos utentes do SNS, nos serviços oficiais de saúde e beneficiários ADSE. Diário da República, Série I, Nº. 49, de 27 de Fevereiro. 1984.
77. Acórdão Nº. 24/84. Tribunal Constitucional - Declara, com força obrigatória geral, a inconstitucionalidade constante das normas dos nºs. 1 e 2 da Portaria 1023-B/82, de 6 de Novembro. Diário da República, Série I, Nº. 16, de 19 de Janeiro. 1984.
78. Decreto-Lei Nº. 157/88. Ministério da Saúde - Reformula o sistema de comparticipação do Estado no custo dos medicamentos prescritos aos utentes no âmbito do SNS e da ADSE. Diário da República, Série I, Nº. 103, de 4 de Maio. 1988.
79. Portaria 290/88. Ministério da Saúde - Fixa a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos. Diário da República, Série I, Nº. 107 de 9 de Maio. 1988.
80. Lei Nº. 48/90. Assembleia da República - Estabelece a lei de bases da saúde. Diário da República, Série I, Nº. 195, de 24 de Agosto. 1990.
81. Direcção Geral de Saúde - DGS. Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. DGS - Direcção Geral de Saúde. [Online]
82. José Manuel Sérvulo Correio. As relações jurídicas administrativas de prestação de cuidados de saúde. s.l. : Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, 2008.
83. Ordem dos Médicos - Secção Regional do Norte. Informação do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos , 29 de Setembro. 1999.
84. Decreto-Lei Nº. 231/90. Ministério da Saúde - Estabelece regras relativas ao processo de comparticipação pelo Estado no preço de medicamentos prescritos no âmbito do SNS e do regime de protecção social dos funcionários públicos. Diário da República, Série I, Nº. 161, de 14 de Julho. 1990.
85. Decreto-Lei Nº. 72/91. Ministério da Saúde - Regula a autorização de introdução no mercado, o fabrico, a comercialização e a comparticipação de medicamentos de uso humano. Diário da República, Série I-A, Nº. 33 , de 8 de Fevereiro. 1991.
86. Decreto-Lei Nº. 100/94. Ministério da Saúde - Estabelece o regime jurídico da publicidade dos medicamentos para uso humano, procedendo simultaneamente a transposição para a ordem jurídica interna da directiva 92/28/CEE (EUR-Lex), do conselho, de 31 de Março. Diário da República, Série IA, Nº. 91, de 19 de Abril. 1994.
87. Portaria Nº. 839/91. Ministérios das Finanças, da Saúde, e do Comércio e Turismo - Cria um novo subgrupo fármaco-terapêutico enquadrado no escalão C da tabela anexa à Portaria 290/88, de 9 de Maio. Diário da República, Série I B, Nº. 187, de 16 de Agosto. 1991.

88. Decreto-Lei Nº. 118/92. Ministério da Saúde - Estabelece o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos prescritos aos utentes do SNS e aos beneficiários da ADSE. Diário da República, Série I A, Nº. 144, de 25 de Junho. 1992.
89. Decreto-Lei Nº. 118/92, de 25 de Junho. Regime de comparticipação do estado no preço dos medicamentos. Legislação Farmacêutica Compilada, INFARMED. <https://www.infarmed.pt>.
90. Nicolas Moussis. Acesso à Europa - Manual da Construção Europeia. [trad.] Maria da Graça Moraes Sarmento. Venda Nova : Bertrand Editora, Lda., 1991.
91. Decreto-Lei Nº. 209/94. Ministério da Saúde - Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva 92/26/CEE (EUR-Lex), do Conselho, relativa ao regime jurídico da classificação de medicamentos de uso humano, quanto a dispensa de receita médica. Diário da República, Série I A, Nº. 181, de 6 de Agosto. 1994.
92. Decreto-Lei Nº. 305/98. Ministério da Saúde - Altera o Decreto-Lei 118/92, de 25 de Junho, sobre o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos. Diário da República, Série I-A, Nº. 231, de 7 de Outubro. 1998.
93. Despacho Conjunto Nº. A-81/86-X. Ministérios das Finanças, da Indústria e Comércio, e da Saúde - Determina, para os medicamentos compaticipaveis, prescritos aos utentes do SNS e aos beneficiários da ADSE, os limites máximos das quantidades que as embalagens deverão conter. Diário da República, Série II, Nº. 100, 1º Suplemento, de 2 de Maio. 1986.
94. Despacho Conjunto Nº. A-35/87-X. Ministérios das Finanças, da Indústria e Comércio, e da Saúde - Proceda a alguns reajustamentos ao Despacho Conjunto A-81/86-X de 28 de Abril. Diário da República, Série II, Nº. 100, de 2 de Maio. 1987.
95. Aviso Nº. 19 836/98. Ministério da Saúde - Publicação da Circular Informativa 7/CA/98 de 2 de Dezembro de 1998, do INFARMED, relativa aos esclarecimentos prestados sobre a aplicação do DL 118/92, com as alterações introduzidas pelo DL 305/98. Diário da República, Série II, Nº. 294, de 22 de Dezembro. 1998.
96. Lei Nº. 14/2000. Assembleia da República - Medidas para a racionalização da política do medicamento no âmbito do SNS. Diário da República, Série I A, Nº. 182, de 8 de Agosto. 2000.
97. Associação Nacional de Farmácias - ANF. Finalmente, uma política de genéricos em Portugal. Revista Farmácia Saúde, Nº. 48, Setembro. 2000.
98. Decreto-Lei Nº. 205/2000. Ministério da Saúde - Altera o Decreto-Lei 118/92, de 25 de Junho, que estabelece o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos. Diário da República, Série I A, Nº. 202, de 1 de Setembro. 2000.
99. Despacho Nº. 22 651/2000. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde - Define os critérios a que deve obedecer a avaliação e reavaliação dos medicamentos para efeitos de comparticipação. Diário da República, Série II, Nº. 259, de 9 de Novembro. 2000.

100. Decreto-Lei Nº. 101/94. Ministério da Saúde - Estabelece as regras a que devem obedecer a rotulagem e o folheto informativo que acompanham os medicamentos para uso humano. Diário da República, Série I A, Nº. 91, de 19 de Abril. 1994.
101. Decreto-Lei Nº. 242/2000. Ministério da Saúde - Altera o Decreto-Lei 72/91, de 8 de Fevereiro, que regula a autorização de introdução no mercado, o fabrico, a comercialização e a comparticipação de medicamentos de uso humano. Diário da República, Série I A, Nº. 223, de 26 de Setembro. 2000.
102. Decreto-Lei Nº. 81/90. Ministério da Saúde - Regula a produção, autorização de introdução no mercado e distribuição de medicamentos genéricos. Diário da República, Série I, Nº. 59, de 12 de Março. 1990.
103. Portaria Nº. 623/92. Ministério das Finanças, da Saúde, e do Comércio e Turismo - Estabelece o regime especial de preços dos medicamentos genéricos. Diário da República, Série I B, Nº. 149, de 1 de Julho. 1992.
104. Decreto-Lei Nº. 249/93. Ministério da Saúde - Altera os artigos 2 e 20 do Decreto-Lei 72/91, de 8 de Fevereiro, que regula a autorização de introdução no mercado, o fabrico, a comercialização e a comparticipação de medicamentos de uso humano. Diário da República, Série I A, Nº. 159, de 9 de Setembro. 1993.
105. Decreto-Lei Nº. 291/98. Ministério da Saúde - Altera o Decreto-Lei 72/91, de 8 de Fevereiro, que regula a autorização de introdução no mercado, o fabrico, a comercialização e a comparticipação de medicamentos de uso humano. Diário da República, Série I A, Nº. 215, de 17 de Setembro. 1998.
106. Grupo Marktest. Estudos na área médico-farmacêutica - medicamentos genéricos em números. 2002.
107. Observatório do Medicamento e dos Produtos de Saúde. Informação sobre o impacto das medidas de política do medicamento - Novembro de 2003. s.l. : INFARMED, 2003.
108. Pedro Pita Barros; Jean Pierre Gomes. Elementos macroeconómicos condicionantes do mercado de genéricos. II Seminário de Política do Medicamento – Os genéricos em Portugal, em 4 de Fevereiro. 2000.
109. L. Garattini, F. Tediosi. A comparative analysis of generics markets in five European countries. Health Policy; Apr;51(3):149-62. 2000.
110. Portaria Nº. 1100/2000. Ministério da Saúde - Critérios técnico-científicos para a alteração da classificação dos medicamentos quanto à dispensa ao público. Diário da República, Série I B, Nº. 266, de 17 de Novembro. 2000.
111. Decreto-Lei Nº. 270/2002. Ministério da Saúde - Estabelece o sistema de preços de referência para efeitos de comparticipação pelo Estado no preço dos medicamentos. Diário da República, Série I A, Nº. 278, de 2 de Dezembro. 2002.
112. Decreto-lei Nº. 48 547. Ministério da Saúde e Assistência - Regulação do exercício da actividade farmacêutica. Diário da República, Série I, Nº. 202, de 27 de Agosto de 1968. 1968.
113. Decreto-Lei Nº. 271/2002. Ministério da Saúde - Altera a Lei 14/2000, de 8 de Agosto, que aprovou medidas de racionalização da política do medicamento no âmbito do SNS. Diário da República, Série I A, Nº. 278, de 2 de Dezembro. 2002.

114. Despacho Nº. 23 683/2000. Ministério da Saúde - Dispõe sobre as embalagens de medicamentos, no atinente à dimensão, segurança, qualidade e adequação à terapêutica e, determina a prossecução dos trabalhos iniciados pelo grupo de trabalho constituído nesta área. Diário da República, Série II, Nº. 268, de 20 de Novembro. 2000.
115. Portaria Nº. 1278/2001. Ministérios da Economia e da Saúde - Determinação da dimensão das embalagens de medicamentos susceptíveis de comparticipação pelo Estado no respectivo preço em função da indicação terapêutica a que se destinam, da posologia e da duração de tratamento. Diário da República, Série I B, Nº. 264, de 14 de Novembro. 2001.
116. Portaria Nº. 1501/2002. Ministério da Saúde - Aprova o modelo de receita médica destinado à prescrição de medicamentos incluindo a de medicamentos manipulados. Diário da República, Série I B, Nº. 287, de 12 de Dezembro. 2002.
117. Decreto-Lei Nº. 234/2003. Ministério da Saúde - Determina a aplicação do Decreto-Lei 270/2002, Lei 14/2000, com redacção pelo Decreto-Lei 271/2002, e Portaria 1501/2002, a todos os subsistemas de saúde geridos por serviços do Estado que comparticipam nos preços dos medicamentos. Diário da República, Série I A, Nº. 224, de 27 de Setembro. 2003.
118. Lei Nº. 84/2001. Assembleia da República - Altera, por apreciação parlamentar, o Decret-Lei 242/2000, que altera o Decreto-Lei 72/91, que regula a autorização de introdução no mercado, o fabrico, a comercialização e a comparticipação de medicamentos de uso humano. Diário da República, Série I A, Nº. 179, de 3 de Agosto. 2001.
119. Decreto-Lei Nº. 249/2003. Ministério da Saúde - Altera o Decreto-Lei 72/91, de 8 de Fevereiro, e o Decreto-Lei 118/92, de 25 de Junho. Diário da República, Série I A, Nº. 236, de 11 de Outubro. 2003.
120. Regulamento (CE) Nº. 141/2000. Medicamentos órfãos. Jornal Oficial das Comunidades Europeias, Nº. L 18, de 22 de Janeiro. 2000.
121. Regulamento (CE) Nº. 847/2000. Modalidades de aplicação dos critérios de designação dos medicamentos como medicamentos órfãos e definições dos conceitos de «medicamento similar» e de «superioridade clínica». Jornal Oficial das Comunidades Europeias, Nº. L 103, de 28 de Abril. 2000.
122. Directiva Nº. 2001/83/CE. Código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano. Jornal Oficial das Comunidades Europeias, Nº. L 311, de 28 de Novembro. 2001.
123. Decreto-Lei Nº. 36/2003. Ministério da Economia - Aprova o novo Código da Propriedade Industrial, no uso da Lei, de autorização legislativa, 17/2002, de 15 de Julho. Diário da República, Série I A, Nº. 54, de 5 de Março. 2003.
124. Decreto-Lei Nº. 81/2004. Ministério da Saúde - Altera o Decreto-Lei 270/2002, de 2 de Dezembro, o Decreto-Lei 101/94, de 19 de Abril, e o Decreto-Lei 118/92, de 25 de Junho. Diário da República, Série I A, Nº. 85, de 10 de Abril. 2004.
125. Decreto-Lei Nº. 90/2004. Ministério da Saúde - Altera o Decreto-Lei 72/91, de 8 de Fevereiro, e o Decreto-Lei 118/92, de 25 de Junho. Diário da República, Série I A, Nº. 93, de 20 de Abril. 2004.

126. Portaria Nº. 594/2004. Ministério da Saúde - Aprova as boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar. Diário da República, Série I B, Nº. 129, de 2 de Junho. 2004.
127. Portaria Nº. 42/92. Ministério da Saúde - Secretário de Estado Adjunto - Aprova o Guia para o Bom Fabrico de Medicamentos, estabelecendo os princípios e normas do bom fabrico de medicamentos de uso humano. Diário da República, Série I, Nº. 19, de 23 de Janeiro. 1992.
128. Decreto-Lei Nº. 92/2005. Ministério da Saúde - Transpõe para a ordem jurídica nacional a Directiva 2003/94/CE (EUR-Lex), da Comissão (8 Out), que estabelece princípios e directrizes das boas práticas de fabrico de medicamentos e de medicamentos experimentais para uso humano. Diário da República, Série I A, Nº. 109, de 7 de Junho. 2005.
129. Portaria Nº. 1471/2004. Ministérios das Actividades Económicas e do Trabalho e da Saúde - Estabelece os princípios e regras a que deve obedecer a dimensão das embalagens dos medicamentos susceptíveis de comparticipação pelo Estado no respectivo preço. Diário da República, Série I B, Nº. 297, de 21 de Dezembro. 2004.
130. Despacho Nº. 17 690/2007. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro - Revoga o anexo ao Despacho 2245/2003, de 16 de Janeiro, publicado no Diário da República, Série II, Nº. 29, de 4 de Fevereiro de 2003 - lista das situações de automedicação. Diário da República, Série II, Nº. 154, de 10 de Agosto. 2007.
131. Despacho Nº. 8637/2002. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde - Cria, no âmbito do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED), um grupo de consenso para identificar e definir as situações clínicas passíveis de automedicação. Diário da República, Série II, Nº. 99, de 29 de Abril. 2002.
132. Portaria Nº. 236/2004. Ministério da Saúde - Revoga a Portaria 1100/2000, de 17 de Novembro, que estabelece normas relativas aos medicamentos que devem ser considerados medicamentos não sujeitos a receita médica. Diário da República, Série I B, Nº. 53, de 3 de Março. 2004.
133. Lei Nº. 38/2005. Assembleia da República - Autoriza o Governo a legislar sobre distribuição fora das farmácias de medicamentos que não necessitem de receita médica. Diário da República, Série I A, Nº. 117, de 21 de Junho. 2005.
134. Decreto-Lei Nº. 334/72. Ministério das Corporações e Previdência Social - Institui a Ordem dos Farmacêuticos e aprova o respectivo Estatuto. Diário da República, Série I, Nº. 196, de 23 de Agosto. 1972.
135. Decreto-Lei Nº. 212/79. Ministério dos Assuntos Sociais - Aprova o Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos. Diário da República, Série I, Nº. 159, de 12 de Julho. 1979.
136. Decreto-Lei Nº. 288/2001. Ministério da Saúde - Aprova o novo Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos. Diário da República, Série I A, Nº. 261, de 10 de Novembro. 2001.
137. Decreto-Lei Nº. 134/2005. Ministério da Saúde - Estabelece o regime da venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias. Diário da República, Série I A, Nº. 156, de 16 de Agosto. 2005.

138. Portaria Nº. 827/2005. Ministérios da Economia e da Inovação e da Saúde - Estabelece as condições de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM). Diário da República, Série I B, Nº. 177, de 14 de Setembro. 2005.
139. Decreto-Lei Nº. 176/2006. Ministério da Saúde - Estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano (transpõe as Directivas 2001/83/CE, 2002/98/CE, 2003/63/CE, 2004/24/CE, 2004/27/CE), e altera o Decreto-Lei 495/99, de 18 de Novembro. Diário da República, Série I, Nº. 167, de 30 de Agosto. 2006.
140. Lei Nº. 46/2004. Assembleia da República - Aprova o regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano. Diário da República, Série I A, Nº. 195, de 19 de Agosto. 2004.
141. Portaria Nº. 733-M/86. Ministérios das Finanças, da Indústria e Comércio e da Saúde - Estabelece as condições de aplicação da Portaria Nº. 496/85 e do Despacho Normativo Nº. 60/85, ambos de 20 de Julho - preços de venda dos medicamentos para 1987. Diário da República, Série I, Nº. 279, de 4 de Dezembro. 1986.
142. Decreto-Lei Nº. 1279/2001. Ministérios da Economia e da Saúde - Altera a Portaria 29/90, de 13 de Janeiro, que estabelece o regime de preços das especialidades farmacêuticas. Diário da República, Série I B, Nº. 264, de 14 de Novembro. 2001.
143. Portaria Nº. 605/99. Ministério da Saúde - Aprova o Regulamento do Sistema Nacional de Farmacovigilância de Medicamentos de Uso Humano. Diário da República, Série I B, Nº. 181, de 5 de Agosto. 1999.
144. Directiva Nº. 2004/27/CE. Parlamento Europeu e do Conselho de 31 de Março de 2004 - Altera a Directiva 2001/83/CE que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano. Jornal Oficial da União Europeia, L 136/34, PT, de 30 de Abril. 2004.
145. Decreto-Lei Nº. 235/2006. Ministério da Saúde - Estabelece o regime de instalação, abertura e funcionamento de farmácia de dispensa de medicamentos ao público nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde e as condições da respectiva concessão por concurso público. Diário da República, Série I, Nº. 234, de 6 de Dezembro. 2006.
146. Decreto-Lei Nº. 241/2009. Ministério da Saúde - Estabelece o regime de instalação, abertura e funcionamento de farmácia de dispensa de medicamentos ao público nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, as condições da respectiva concessão por concurso público. Diário da República, Série I, Nº. 180, de 16 de Setembro. 2009.
147. Decreto-Lei Nº. 129/2005. Ministério da Saúde - Altera o Decreto-Lei 118/92, de 25 de Junho, que estabelece o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos. Diário da República, Série I A, Nº. 154, de 11 de Agosto. 2005.
148. Resolução do Conselho de Ministros Nº. 102/2005. Presidência do Conselho de Ministros - Aprova um conjunto de medidas para a consolidação das contas públicas e o crescimento económico. Diário da República, Série I B, Nº. 120, de 24 Junho. 2005.

149. Portaria Nº. 618-A/2005. Ministérios da Economia e da Inovação e da Saúde - Actualiza os preços de medicamentos. Diário da República, Série I B, Nº. 143, de 27 de Julho. 2005.
150. Portaria Nº. 91/2006. Ministério da Saúde - Determina a apresentação da declaração e do documento comprovativo aos pensionistas que pretendam beneficiar do regime especial de comparticipação de medicamentos. Diário da República, Série I B, Nº. 20, de 27 de Janeiro. 2006.
151. Despacho Nº. 12 589/2006. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde - Definição dos procedimentos a adoptar entre os serviços do Ministério da Saúde para veicular a informação recebida e dar orientações se impugnação da decisão de cancelamento do benefício. Diário da República, Série II, Nº. 115, de 16 de Junho. 2006.
152. Portaria Nº. 162/96. Ministério das Finanças - Aprova um novo modelo de cartão de identificação de beneficiário da ADSE. Diário da República, Série I B, Nº. 115, de 17 de Maio. 1996.
153. Portaria Nº. 728/2006. Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Saúde - Adapta o regime especial de comparticipação em medicamentos aos funcionários e agentes da Administração Pública (ADSE). Diário da República, Série I, Nº. 141, de 24 de Julho de 2006. 2006.
154. Decreto-Lei Nº. 238/2007. Ministério da Saúde - Altera o Decreto-Lei 134/2005, de 16 de Agosto, no sentido de permitir que os medicamentos não sujeitos a receita médica possam ser vendidos fora das farmácias. Diário da República, Série I, Nº. 116, de 19 de Junho. 2007.
155. António Correia de Campos. Ministério da Saúde - Comunicação do Gabinete do Ministro, em 7 de Julho. 2006.
156. Resolução do Conselho de Ministros Nº. 124/2005. Presidência do Conselho de Ministros - Determina a reestruturação da administração central do Estado, estabelecendo os seus objectivos, princípios, programas e metodologia. Diário da República, Série I B, Nº. 149, de 4 de Agosto. 2005.
157. Ministério da Saúde - Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde. Decreto-Lei Nº. 212/2006. Diário da República, Série I, Nº. 208, de 27 de Outubro : s.n., 2006.
158. Decreto-Lei Nº. 10/93. Ministério da Saúde - Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde. Diário da República, Série I A, Nº. 12, de 15 de Janeiro. 1993.
159. Decreto-Lei Nº. 11/93. Ministério da Saúde - Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, Série I A, Nº. 12, de 15 de Janeiro. 1993.
160. Decreto-Lei Nº. 33/2006. Ministério das Finanças e da Administração Pública - Cria o cargo de controlador financeiro de área ministerial. Diário da República, Série I, Nº. 35, de 17 de Fevereiro. 2006.
161. Lei Nº. 2125. Presidência da República - Secretaria-Geral - Promulga as bases para o exercício da actividade de farmácia. Diário do Governo, Série I, Nº. 67, de 20 de Março. 1965.
162. Decreto-Lei Nº. 307/2007. Ministério da Saúde - No uso da autorização legislativa concedida pela Lei 20/2007, de 12 de Junho, estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina. Diário da República, Série I, Nº. 168, de 31 de Agosto. 2007.

163. Pimenta, Carla Santos. As falsas propriedades de farmácia e o Decreto-Lei Nº. 307/2007, de 31 de Agosto. Lisboa : Alvim Cortes, Esperança, Vaz Osório, J. P. Menezes Falcão - Sociedade de Advogados, RL- Rua Joshua Benoliel, nº 6, 8º A e C, 1250-133 Lisboa, 2014.
164. Lei Nº. 26/2011. Assembleia da República - Transferência de farmácias (primeira alteração ao Decreto-Lei 307/2007, de 31 de Agosto). Diário da República, Série I, Nº. 115, de 16 de Junho. 2011.
165. Decreto-Lei Nº. 171/2012. Ministério da Saúde - Procede à segunda alteração ao Decreto-Lei 307/2007, de 31 de Agosto, que estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina. Diário da República, Série I, Nº. 148, de 1 de Agosto. 2012.
166. Portaria Nº. 32/2007. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde - Cria o Código Hospitalar Nacional do Medicamento. Diário da República, Série II, Nº. 11, de 16 de Janeiro. 2007.
167. Portaria Nº. 743/93. Ministério da Saúde - Aprova os grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos que integram os escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos. Revoga as Portarias 290/88, de 9 de Maio, e 839/91, de 16 de Agosto. Diário da República, Série I B, Nº. 191, de 16 de Agosto. 1993.
168. João Rui Pita. A farmácia e o medicamento em Portugal nos últimos 25 anos. Debater a Europa, Nº. 2/3, Janeiro/Dezembro. 2010.
169. Despacho Nº. 6914/98. Ministério da Saúde - Gabinete da Ministra- Aprovação e adopção oficial da classificação farmacoterapêutica de medicamentos. Diário da República, Série II, Nº. 97, de 27 de Abril. 1998.
170. Despacho Nº. 21844/2004. Ministério da Saúde - Gabinete da Secretária de Estado da Saúde - Aprova e oficialmente adopta a classificação farmacoterapêutica de medicamentos. Diário da República, Série II, Nº. 252, de 26 de Outubro. 2004.
171. Portaria Nº. 1474/2004. Ministério da Saúde - Define os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram os diferentes escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos. Diário da República, Série I B, Nº. 297, de 21 de Dezembro. 2004.
172. Portaria Nº. 29/90. Ministérios das Finanças, da Saúde e do Comércio e Turismo - Estabelece o regime de preços das especialidades farmacêuticas. Revoga a Portaria 336/89, a Portaria 548/88 e o Despacho Normativo 69/88, e a Portaria 496/85 e o Despacho Normativo 60/85. Diário da República, Série I, Nº. 11, de 13 de Janeiro. 1990.
173. Lei Nº. 53-A/2006. Assembleia da República - Orçamento do Estado para 2007. Diário da República, Série I, Nº. 249, de 29 de Dezembro. 2006.
174. Portaria Nº. 30-B/2007. Ministérios da Economia e da Inovação e da Saúde - Actualiza o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos. Diário da República, Série I, Nº. 4, de 5 de Janeiro. 2007.
175. Decreto-Lei Nº. 65/2007. Ministério da Saúde - Aprova o regime da formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados. Diário da República, Série I, Nº. 52, de 14 de Março. 2007.

176. Decreto-Lei Nº. 173/2003. Ministério da Saúde - Estabelece o regime das taxas moderadoras no acesso à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS. Diário da República, Série I A, Nº. 176, de 1 de Agosto. 2003.
177. Portaria Nº. 1016-A/2008. Ministérios da Economia e da Inovação e da Saúde - Reduz os preços máximos de venda ao público dos medicamentos genéricos. Diário da República, Série I, Nº. 173, de 8 de Setembro. 2008.
178. Portaria Nº. 668/2009. Ministérios da Economia e da Inovação e da Saúde - Segunda alteração à Portaria 1016-A/2008, de 8 de Setembro, que reduz os preços máximos de venda ao público dos medicamentos genéricos. Diário da República, Série I, Nº. 117, de 19 de Junho. 2009.
179. Portaria Nº. 1047/2009. Ministérios da Economia e da Inovação e da Saúde - Terceira alteração à Portaria 1016-A/2008, de 8 de Setembro, que reduz os preços máximos de venda ao público dos medicamentos genéricos. Diário da República, Série I, Nº. 179, de 15 de Setembro. 2009.
180. Lei Nº. 67-A/2007. Assembleia da República - Orçamento do Estado para 2008. Diário da República, Série I, Nº. 251, 1º Suplemento, de 31 de Dezembro. 2007.
181. Portaria Nº. 1551/2008. Ministérios da Economia e da Inovação e da Saúde - Altera a Portaria 1016-A/2008, de 8 de Setembro, que reduz os preços máximos de venda ao público dos medicamentos genéricos. Diário da República, Série I, Nº. 252, de 31 de Dezembro. 2008.
182. Portaria Nº. 1460-D/2009. Ministérios da Economia, da Inovação e do Desenvolvimento e da Saúde - Altera a Portaria 1016-A/2008, de 8 de Setembro, que reduz os preços máximos de venda ao público dos medicamentos genéricos. Diário da República, Série I, Nº. 252, 2º Suplemento, de 31 de Dezembro. 2009.
183. Decreto-Lei Nº. 247/2008. Ministério da Saúde - Prorroga, até 31 de Dezembro de 2009, a majoração de 20 % estabelecida no nº. 2 do artigo 6º do Decreto-Lei 270/2002, de 2 de Dezembro, para o preço de referência dos medicamentos adquiridos pelos utentes do regime especial. Diário da República, Série I, Nº. 244, de 18 de Dezembro. 2008.
184. Decreto-Lei Nº. 6/2010. Ministério da Saúde - Prorroga a majoração de 20% estabelecida no nº. 2 do artigo 6º do Decreto-Lei 270/2002, para o preço de referência dos medicamentos adquiridos pelos utentes do regime especial até à data de entrada em vigor do novo regime jurídico. Diário da República, Série I, Nº. 10, de 15 de Janeiro. 2010.
185. Decreto-Lei Nº. 129/2009. Ministério da Saúde - Procede à 11ª alteração ao Decreto-Lei 118/92, de 25 de Junho, que estabelece o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos. Diário da República, Série I, Nº. 104, de 29 de Maio. 2009.
186. Decreto-Lei Nº. 127/2006. Ministério da Saúde - Altera o Decreto-Lei 270/2002, de 2 de Dezembro, revendo a majoração aplicável ao preço de referência dos medicamentos adquiridos pelos utentes do regime especial. Diário da República, Série I, Nº. 127, de 4 de Julho. 2006.
187. Decreto-Lei Nº. 242-A/2006. Ministério da Saúde - Prorroga até 31 de Dezembro de 2007 a majoração de 20% estabelecida no nº. 2 do artigo 6º do Decreto-Lei 270/2002, de 2 de Dezembro,, com a redacção que

lhe foi introduzida pelo Decreto-Lei 127/2006, de 4 de Julho. Diário da República, Série I, N.º. 249, 4.º Suplemento, de 29 de Dezembro. 2006.

188. Decreto-Lei N.º. 392-B/2007. Ministério da Saúde - Prorroga, até 30 de Junho de 2008, a majoração de 20 % estabelecida no n.º, 2 do artigo 6.º do Decreto-Lei 270/2002, de 2 de Dezembro, para o preço de referência dos medicamentos adquiridos pelos utentes do regime especial. Diário da República, Série I, N.º. 250, 3.º Suplemento, de 28 de Dezembro. 2007.

189. Decreto-Lei N.º. 110/2008. Ministério da Saúde - Prorroga, até 31 de Dezembro de 2008, a majoração de 20% estabelecida no n.º. 2 do artigo 6.º do Decreto-Lei 270/2002, de 2 de Dezembro, para o preço de referência dos medicamentos adquiridos pelos utentes do regime especial. Diário da República, Série I, N.º. 123, de 27 de Junho. 2008.

190. Despacho N.º. 3598/2010. Ministérios da Economia, da Inovação e do Desenvolvimento e da Saúde - Aprova os preços de referência dos grupos homogêneos de medicamentos sujeitos ao sistema de preços de referência. Diário da República, Série II, N.º. 40, de 26 de Fevereiro de 2010. 2010.

191. Decreto-Lei N.º. 48-A/2010. Ministério da Saúde - Aprova o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos, e altera as regras a que obedece a avaliação prévia de medicamentos para aquisição pelos hospitais do SNS. Diário da República, Série I, N.º. 93, 1.º Suplemento, de 13 de Maio. 2010.

192. Despacho N.º. 8557/2010. Ministérios da Economia, da Inovação e do Desenvolvimento e da Saúde - Aprovação dos preços de referência dos grupos homogêneos de medicamentos sujeitos ao sistema de preços de referência. Diário da República, Série II, N.º. 98, de 20 de Maio. 2010.

193. Portaria N.º. 283/2010. Ministérios da Economia, da Inovação e do Desenvolvimento e da Saúde - Quinta alteração à Portaria 1016-A/2008, de 8 de Setembro, que reduz os preços máximos de venda ao público dos medicamentos genéricos. Diário da República, Série I, N.º. 101, de 25 de Maio. 2010.

194. Lei N.º. 3-A/2010. Assembleia da República - Grandes Opções do Plano para 2010-2013. Diário da República, Série I, N.º. 82, 1.º Suplemento, de 28 de Abril. 2010.

195. Portaria N.º. 924-A/2010. Ministério da Saúde - Define os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram os diferentes escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos. Diário da República, Série I, N.º. 182, 1.º Suplemento, de 17 de Setembro. 2010.

196. Despacho N.º. 8487-C/2013. Ministérios da Economia, Emprego e da Saúde - Gabinet. Secret. Estado do Empreendedorismo, Competitividade e Inovação e da Saúde - Aprova os preços de referência unitários dos grupos homogêneos de medicamentos, para vigorar no trimestre civil 1 Julho 2013. Diário da República, Série II, N.º. 123, 3.º Suplemento, de 28 de Junho. 2013.

197. Portaria N.º. 393/2005. Ministério da Saúde - Integra no escalão B as associações de antiasmáticos e ou de broncodilatadores (5.1) constantes do escalão C do anexo à Portaria 1474/2004, de 21 de Dezembro. Diário da República, Série I B, N.º. 66, de 5 de Abril. 2005.

198. Portaria N.º. 707/2010. Ministério da Saúde - Terceira alteração à Portaria 1474/2004, de 21 de Dezembro, que define os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram os diferentes escalões de

comparticipação do Estado no preço dos medicamentos. Diário da República, Série I, N.º. 158, de 16 de Agosto. 2010.

199. Portaria N.º. 994-A/2010. Ministério da Saúde - Primeira alteração à Portaria 924-A/2010, de 17 de Setembro, que define os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram os diferentes escalões de participação do Estado no preço dos medicamentos. Diário da República, Série I, N.º. 190, 1º Suplemento, de 29 de Setembro. 2010.

200. Portaria N.º. 1056-B/2010. Ministério da Saúde - Segunda alteração à Portaria 924-A/2010, de 17 de Setembro, que define os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram os diferentes escalões de participação do Estado no preço dos medicamentos. Diário da República, Série I, N.º. 200, 2º Suplemento, de 14 de Outubro. 2010.

201. Portaria N.º. 1263/2009. Ministério da Saúde - Determina a mudança do escalão de participação das associações de antiasmáticos e ou de broncodilatadores, pelo prazo de um ano. Diário da República, Série I, N.º. 200, de 15 de Outubro. 2009.

202. Decreto-Lei N.º. 106-A/2010. Ministério da Saúde - Adopta medidas mais justas no acesso aos medicamentos, combate à fraude e ao abuso na participação de medicamentos e de racionalização da política do medicamento no âmbito do SNS. Diário da República, Série I, N.º. 192, 1º Suplemento, de 1 de Outubro. 2010.

203. Decreto-Lei N.º. 70/2010. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social - Estabelece as regras para a determinação da condição de recursos a ter em conta na atribuição e manutenção das prestações do subsistema de protecção familiar e do subsistema de solidariedade. Diário da República, Série I, N.º. 115, de 16 de Junho. 2010.

204. Decreto Lei N.º. 38/2010. Ministério da Saúde - Isenta do pagamento de taxas moderadoras transplantados de órgãos, doadores vivos de órgãos e de células de células de medula óssea, potenciais doadores de órgãos e referidas células, militares e ex-militares incapacitados em serviço. Diário da República, Série I, N.º. 76, de 20 de Abril. 2010.

205. Portaria N.º. 1319/2010. Ministério da Saúde - Estabelece as condições de atribuição do regime especial de participação de medicamentos. Diário da República, Série I, N.º. 250, de 28 de Dezembro. 2010.

206. Portaria N.º. 193/2011. Ministério da Saúde - Regula o procedimento de pagamento da participação do Estado no preço dos medicamentos dispensados a beneficiários do SNS que não estejam abrangidos por nenhum subsistema ou que beneficiem de participação em regime complementar. Diário da República, Série I, N.º. 93, de 13 de Maio. 2011.

207. Portaria N.º. 1041-A/2010. Ministérios da Economia, da Inovação e do Desenvolvimento e da Saúde - Estabelece uma dedução a praticar sobre os preços de venda ao público máximos autorizados dos medicamentos de uso humano participados. Diário da República, Série I, N.º. 195, 1º Suplemento, de 7 de Outubro. 2010.

208. Despacho Nº. 18694/2010. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde - Estabelece as condições de comparticipação de medicamentos manipulados e aprova a respectiva lista. Diário da República, Série II, Nº. 242, de 16 de Dezembro. 2010.
209. Declaração de Rectificação Nº. 287/2011. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde - Rectifica o Despacho 18694/2010, de 18 de Novembro, referente à comparticipação de medicamentos manipulados. Diário da República, Série II, Nº. 26, de 7 de Fevereiro. 2011.
210. Lei Nº. 25/2011. Assembleia da República - Estabelece a obrigatoriedade da indicação do preço de venda ao público (PVP) na rotulagem dos medicamentos e procede à quarta alteração ao Decreto-Lei 176/2006, e revoga o artigo 2 do Decreto-Lei 106-A/2010. Diário da República, Série I, Nº. 115, de 16 de Junho. 2011.
211. Decreto-Lei Nº. 167/2005. Ministério da Defesa Nacional - Estabelece o regime jurídico da assistência na doença aos militares das Forças Armadas. Diário da República, Série I A, Nº. 184, de 23 de Setembro. 2005.
212. Portaria Nº. 650/2009. Ministérios das Finanças e da Administração Pública, da Defesa Nacional e da Saúde - Estabelece os procedimentos conducentes a regime especial de comparticipação de medicamentos aos beneficiários da Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas. Diário da República, Série I, Nº. 112, de 6 de Dezembro. 2009.
213. Decreto-Lei Nº. 195/2006. Ministério da Saúde - Estabelece as regras a que obedece a avaliação prévia, para efeitos da sua aquisição pelos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, de medicamentos reservados exclusivamente a tratamentos em meio hospitalar. Diário da República, Série I, Nº. 195, de 3 de Outubro. 2006.
214. Portaria Nº. 267-A/2011. Ministério da Saúde - Define as condições de inclusão de novos medicamentos no regime especial de comparticipação respectivo, quer se trate de medicamentos utilizados no tratamento de determinadas patologias ou por grupos especiais de utentes. Diário da República, Série I, Nº. 178, 1º Suplemento, de 15 de Setembro. 2011.
215. Decreto-Lei Nº. 112/2011. Ministério da Economia e do Emprego - Aprova o regime da formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados. Diário da República, Série I, Nº. 229, de 29 de Novembro. 2011.
216. Portaria Nº. 3/2012. Ministérios da Economia e do Emprego e da Saúde - Autoriza a revisão do preço do medicamento a título excepcional. Diário da República, Série I, Nº. 1, de 2 de Janeiro. 2012.
217. Portaria Nº. 4/2012. Ministérios da Economia e do Emprego e da Saúde - Estabelece as regras de formação dos preços dos medicamentos, da sua alteração e da sua revisão anual, bem como os respectivos prazos. Diário da República, Série I, Nº. 1, de 2 de Janeiro. 2012.
218. Portaria Nº. 367/2013. Ministério da Saúde - Segunda alteração à Portaria 4/2012, de 2 de janeiro que estabelece as regras de formação dos preços dos medicamentos, da sua alteração e da sua revisão anual, bem como os respetivos prazos. Diário da República, Série I, Nº. 248, de 23 de Dezembro. 2013.

219. Decreto-Lei Nº. 152/2012. Ministério da Saúde - Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei 112/2011, que aprova o regime da formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados. Diário da República, Série I, Nº. 134, de 12 de Julho. 2012.
220. Decreto-Lei Nº. 34/2013. Ministério da Saúde - Procede à segunda alteração ao Decreto-Lei 112/2011, e estabelece um mecanismo de definição dos preços dos MSRM que não tenham sido objecto de avaliação prévia para efeitos de aquisição pelos hospitais do SNS. Diário da República, Série I, Nº. 41, de 27 de Fevereiro. 2013.
221. Portaria Nº. 335-A/2013. Ministério da Saúde - Primeira alteração à Portaria 4/2012, de 2 de Janeiro, que estabelece as regras de formação dos preços dos medicamentos, da sua alteração e da sua revisão anual, bem como os respectivos prazos. Diário da República, Série I, Nº. 222, 2º Suplemento, de 15 de Novembro. 2013.
222. Decreto-Lei Nº. 103/2013. Ministério da Saúde - Procede à terceira alteração ao Decreto-Lei 48-A/2010, que aprova o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos, alterando o processo de aprovação e os prazos de definição dos preços de referência. Diário da República, Série I, Nº. 143, de 26 de Julho. 2013.
223. Lei Nº. 62/2011. Assembleia da República - Cria um regime de composição dos litígios emergentes de direitos de propriedade industrial quando estejam em causa medicamentos de referência e medicamentos genéricos (5ª alteração ao DL 176/2006; 2ª alteração ao DL 48-A/2010). Diário da República, Série I, Nº. 236, de 12 de Dezembro. 2011.
224. Presidência do Conselho de Ministros. Programa do XIX Governo de Portugal. http://www.portugal.gov.pt/media/130538/programa_gc19.pdf. [Online] 2011.
225. Lei Nº. 64-A/2011. Assembleia da República - Aprova as Grandes Opções do Plano para 2012-2015. Diário da República, Série I, Nº. 250, 1º Suplemento, de 30 de Dezembro. 2011.
226. Decreto-Lei Nº. 126-A/2011. Presidência do Conselho de Ministros - Aprova a Lei Orgânica da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República, Série I, Nº. 249, 1º Suplemento, de 29 de Dezembro. 2011.
227. Decreto-Lei Nº. 124/2011. Ministério da Saúde - Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde. Diário da República, Série I, Nº. 249, de 29 de Dezembro. 2011.
228. Decreto-Lei Nº. 46/2012. Ministério da Saúde - Aprova a orgânica do INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. Diário da República, Série I, Nº. 40, de 24 de Fevereiro. 2012.
229. Decreto-Lei Nº. 44 204. Ministério da Saúde e Assistência - Direcção-Geral dos Hospitais - Regula a actividade farmacêutica hospitalar. Diário do Governo, Série I, Nº. 40, de 22 de Fevereiro. 1962.
230. Portaria Nº. 1231/97. Ministério da Saúde - Aprova o Regulamento da Comissão do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos. Diário da República, Série I B, Nº. 288, de 15 de Dezembro. 1997.

231. Despacho Nº. 2061-C/2013. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde - Cria a Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica e estabelece as suas competências e composição. Diário da República, Série II, Nº. 24, 1º Suplemento, de 4 de Fevereiro. 2013.
232. Despacho Nº. 7841-B/2013. Ministério da Saúde - Define os critérios a que deve obedecer a elaboração do FNM, reforça a obrigatoriedade de utilização pelos estabelecimentos e serviços do SNS dos medicamentos incluídos, e condições de utilização de medicamentos não incluídos. Diário da República, Série II, Nº. 114, 1º Suplemento de 17 de Junho. 2013.
233. Lei Nº. 66-B/2012. Assembleia da República - Orçamento do Estado para 2013. Diário da República, Série I, Nº. 252, 1º Suplemento, de 31 de Dezembro. 2012.
234. Despacho Nº. 4631/2013. Ministérios das Finanças e da Saúde - Gabinetes dos Secretários de Estado do Orçamento e da Saúde - Pagamento das participações do Estado na compra de medicamentos dispensados a beneficiários pela ADSE. Diário da República, Série II, Nº. 65, de 3 de Abril. 2013.
235. Decreto-Lei Nº. 19/2014. Ministério da Saúde - Procede à quarta alteração ao Decreto-Lei 48-A/2010 (regime geral das participações do Estado no preço dos medicamentos) e à terceira alteração ao Decreto-Lei 112/2011 (formação do preço dos MSRM e MNSRM participados). Diário da República, Série I, Nº. 25, de 5 de Fevereiro. 2014.
236. Portaria Nº. 18-A/2015. Ministérios das Finanças e da Saúde - Define os termos e condições a que obedece o pagamento de uma remuneração adicional às farmácias participantes em programas de saúde pública pelo contributo para a redução da despesa do SNS e utentes com medicamentos. Diário da República, Série I, Nº. 22/2015, 1º Suplemento, de 2 de Fevereiro. 2015.
237. Portaria Nº. 45/2014. Ministério da Saúde - Quinta alteração à Portaria 924-A/2010, de 17 de Setembro, que define os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram os diferentes escalões de participação do Estado no preço dos medicamentos. Diário da República, Série I, Nº. 37, de 21 de Fevereiro. 2014.
238. Portaria Nº. 289-A/2011. Ministério da Saúde - Mantém em vigor até 1 de Dezembro de 2011 a inclusão das associações de antiasmáticos e ou de broncodilatadores (5.1) no escalão B, decorrente da Portaria 1263/2009 (15 Outubro), e do artigo 3º da Portaria 924-A/2010 (17 Setembro). Diário da República, Série I, Nº. 211, 1º Suplemento, de 3 de Novembro. 2011.
239. Portaria Nº. 300/2011. Ministério da Saúde - Mantém no escalão B do anexo à Portaria 924-A/2010, de 17 de Setembro, as associações de antiasmáticos e ou broncodilatadores e revoga a Portaria 289-A/2011, de 3 de Novembro. Diário da República, Série I, Nº. 230, de 30 de Novembro. 2011.
240. Declaração de Rectificação Nº. 11-A/2014. Presidência do Conselho de Ministros - Secretaria-Geral - Rectifica a Portaria 45/2014, de 21 de Fevereiro, do Ministério da Saúde (Quinta alteração à Portaria 924-A/2010, de 17 Setembro). Diário da República, Série I, Nº. 38, 1º Suplemento, de 24 de Fevereiro. 2014.

241. Portaria Nº. 584/2004. Ministério da Segurança Social e do Trabalho - Actualiza as pensões de velhice e de sobrevivência dos regimes de segurança social, bem como os complementos por dependência e extraordinário de solidariedade. Diário da República, Série I B, Nº. 125, de 28 de Maio. 2004.
242. Despacho Nº. 19 650-A/2005. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro - Determina os grupos farmacoterapêuticos em que se integram os medicamentos considerados imprescindíveis em termos de sustentação de vida. Diário da República, Série II, Nº. 174, 1º Suplemento, de 9 de Setembro. 2005.
243. Coord. Salvino Leone, Salvatore Privitera, Jorge Teixeira da Cunha. Dicionário de Bioética. s.l. : Editorial Perpétuo Socorro, V.N.Gaia, Porto, 2001.
244. J. F. Mora. Dicionário de Filosofia. Lisboa : Publicações D. Quixote, 1977.
245. Jean-Pierre Changeux. Fundamentos Naturais da Ética. Lisboa : Instituto Piaget, 1993.
246. Miguel Baptista Pereira. Meditação Filosófica e Medicina. A Daniel Serrão. Revista Filosófica de Coimbra, Nº. 21. Março de 2002, Vol. 11.
247. Daniel Serrão. A Protecção da Saúde como Direito Civilizacional - 3º. Congresso de Bioética. <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=100>. [Online] 2002.
248. Organização Mundial de Saúde - OMS. www.who.int. United Nations World Health Organization. [Online]
249. C. Hipólito-Reis. Cultura, Medicina e Natureza, na Emergência da Humanidade - Ensaio (I). Lisboa : Fundação Lusíada, 2014.
250. —. Curas Elementares (Curas Termas e etc.) em Portugal e na Galiza. Porto : Editora da Universidade do Porto, 2006. Vol. Série do Saber. Nº. 2.
251. Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. Relatório Final. Solicitado por Despacho Conjunto do Ministro de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde em 13 de Março de 2006. Fevereiro, 2007.
252. Entidade Reguladora da Saúde - ERS. Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde. Solicitado pelo Ministro da Saúde. Setembro de 2011.
253. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED). Estatística do Medicamento 2013. Janeiro de 2015.
254. Tribunal de Contas. Auditoria ao controlo da execução orçamental e actividade do sistema de controlo interno do Ministério da Saúde (Processo Nº. 01/2011 - Audit; Relatório Nº. 12/2012– 2ª Secção, Volume I). 2012.
255. Maria do Rosário Hipólito-Reis. Ética, Bioética e Responsabilidade. Trabalho elaborado durante o Curso de Doutoramento em Bioética. Universidade Católica, Instituto de Bioética, Porto : s.n., Julho de 2011.
256. Coordenação Geral de Herculano Alves (ofmcap). Bíblia Sagrada. 5ª. Edição. Fátima : Difusora Bíblica, Março de 2006.

257. C. G. Jung. AION - Estudos sobre o simbolismo do si-mesmo. [trad.] Leonardo Boff, Dora Mariana R.F. Silva, Jette Bonaventure Léon Bonaventure. 6ª. Edição. Petrópolis : Editora Vozes, 2000. Vol. Volume IX/2.
258. Emilio Lledó. Memoria de la ética. Madrid : Santillana, S. A. Taurus, 1995.
259. Aristóteles. Ética a Nicómaco. [trad.] António de Castro Caeiro. s.l. : Quetzal - textos clássicos, 2009.
260. Daniel Serrão. todos os homens são eticamente iguais, embora diversamente aculturados.
261. Erich Fromm. A Linguagem Esquecida. Uma introdução ao entendimento dos sonhos, contos de fadas e mitos. [trad.] Octavio Alves Velho. 7ª. Rio de Janeiro : Zahar Editores, 1980.
262. Antígona de Sófocles. Antígona de Sófocles.
263. H. D. F. Kitto. Tragédia Grega. Estudo Literário. [trad.] José Manuel Coutinho e Castro. Coimbra : Arménio Amado, Editor, Sucessor, Coimbra, 1972. Vol. 1.
264. José Manuel dos Santos. Introdução à Ética. Lisboa : Sistema Solar, CRL (Documenta), 2012.
265. Daniel Serrão. O desafio de envelhecer em Portugal. Brotéria - Cristianismo e Cultura. Dezembro de 2010, Vol. 171, 6.
266. Declaração Universal dos Direitos do Homem. Ministério dos Negócios Estrangeiros - Direcção-Geral dos Negócios Políticos - Autoriza a publicação do texto em inglês e a respectiva tradução em português da Declaração Universal dos Direitos do Homem. Diário da República, Série I, Nº. 57, de 9 de Março. 1978.
267. Jorge Miranda.
268. Walter Osswald. Da Vida à Morte. Horizontes de Bioética. Lisboa : Gradiva Publicações, S.A., 2014.
269. Van Rensselear Potter. Chapter I, Bioethics, the science of survival. Bioethics, bridge to the future. s.l. : Prentice Hall, Inc., Englewood Cliffs, N. J., 1971.
270. Daniel Serrão. Utopie et Bioéthique. [autor do livro] avec la collaboration de Paola Spinozzi Coordoné par Vita Fortunatti et Raymond Trousson. Histoire Transnationale de l'Utopie Littéraire et de l'Utopisme. Paris : Honoré Champion Éditeur, 2008.
271. —. Nascimento apogeu e a crise da bioética. Lisboa: Academia da Ciências; (2 de Outubro de 2008). Academia da Ciências. Lisboa : s.n., 2008.
272. E. Clément, C. Demonque, L. Hansen-Love, P. Kahn. Dicionário Prático de Filosofia. 2ª. Edição. Lisboa : Terramar, Lda., 1999.
273. Oliver Abel, Jérôme Porée. Vocabulário de Paul Ricoeur. [trad.] Luís António Umbelino Maria Luísa Portocarrero F. Silva. Coimbra : Minerva, 2010.
274. Gabriel Marcel. Os Homens Contra o Homem. [ed.] Editora Educação Nacional. [trad.] Vieira de Almeida. Porto : s.n.
275. Immanuel Kant. Crítica da Razão Pura. [trad.] Alexandre Fradique Morujão Manuela Pinto dos Santos. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian, 1985.
276. Lei Constitucional Nº. 1/82. Assembleia da República - Primeira Revisão da Constituição. Diário da República, Série I, Nº. 227, de 30 de Setembro. 1982.

277. Lei Constitucional Nº. 1/89. Assembleia da República - Segunda Revisão da Constituição. Diário da República, Série I, Nº. 155, 1º Suplemento, de 8 de Julho. 1989.
278. Despacho Nº. 3/84. Ministério das Finanças e do Plano; Ministério da Saúde - Aprova o modelo de receita médica para prescrição de medicamento no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, para efeitos de comparticipação pelo estado. Diário da República, Série II, Nº. 49, 1º Suplemento, de 27 de Fevereiro. 1984.
279. XIV Governo Constitucional, 1999-2002. Programa de Governo. <http://www.portugal.gov.pt/media/464048/GC14.pdf>. [Online] 1999.
280. XV Governo Constitucional, 2002-2004. Programa de Governo. <http://www.portugal.gov.pt/media/464051/GC15.pdf>. [Online] 2002.
281. XVI Governo Constitucional, 2005. Programa de Governo. <http://www.portugal.gov.pt/media/464054/GC16.pdf>. [Online] 2005.
282. XVII Governo Constitucional, 2005-2009. Programa de Governo. <http://www.unic.pt/images/stories/publicacoes/ProgramaGovernoXVII.pdf>. [Online] 2005.
283. XVIII Governo Constitucional, 2009-2013. Programa do Governo. <http://www.portugal.gov.pt/media/468569/gc18.pdf>. [Online] 2009.
284. XIX Governo Constitucional, 2013. Programa do Governo. http://www.portugal.gov.pt/media/130538/programa_gc19.pdf. [Online] 2013.
285. Comissão Europeia. Uma estratégia europeia para os direitos de propriedade industrial COM(2008)465 final. Comunicação da Comissão Europeia de 16 de Julho. s.l. : Comissão Europeia, 2008.
286. Vasco Rodrigues (Coordenador), Tiago Ribeiro, Sofia Silva, Hélder Vasconcelos. A situação concorrencial no sector das farmácias. Relatório final (preparado para a Autoridade da Concorrência). Centro de Estudos de Gestão e Economia Aplicada (CEGEA), Universidade Católica. Outubro de 2005.
287. Paulo Varela. SNS – Serviços mínimos ou para um mínimo de cidadãos? s.l. : arquivo <https://estadovigil.files.wordpress.com/2011/12/sns-um-servic3a7o-de-mc3adnimos-paulovarela.pdf>, 2012.
288. Lei Constitucional Nº. 1/2005. Assembleia da República - Sétima Revisão Constitucional. Diário da República, Série I A, Nº. 155, de 12 de Agosto. 2005.
289. Pordata - Base de Dados Portugal Contemporâneo. [http://www.pordata.pt/Portugal/Pensionistas+de+invalidez+e+velhice+do+regime+geral+da+Seguran%c3%a7a+Social+com+pens%c3%b5es+inferiores+ao+sal%c3%a1rio+m%c3%adnimo+nacional+\(em+euros\)-2003](http://www.pordata.pt/Portugal/Pensionistas+de+invalidez+e+velhice+do+regime+geral+da+Seguran%c3%a7a+Social+com+pens%c3%b5es+inferiores+ao+sal%c3%a1rio+m%c3%adnimo+nacional+(em+euros)-2003). Pordata. [Online] Pordata / Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2015. [Citação: 15 de Maio de 2015.]

ÍNDICE

	<i>Página</i>
SIGLAS.....	6
PREFÁCIO.....	7
INTRODUÇÃO.....	15
Pressupostos, propósito e projecto.....	15
Pressupostos.....	17
Propósito.....	22
Projecto.....	23
HEURÍSTICA.....	25
Registo da experiência, investigação experiencial e contribuição pessoal.....	25
O MODO.....	28
OS PASSOS E OS TEMPOS.....	32
- Estruturas dos cuidados de Saúde e escalões da contribuição medicamentosa em Portugal até à institucionalização do SNS.....	32
Sinopse histórica.....	32
- Assistência medicamentosa desde 1950 até à criação do SNS.....	58
- O Serviço Nacional de Saúde.....	70
- Comparticipação no custo dos medicamentos de 1971 a 1984.....	74
- Escalões das comparticipação do Estado nos medicamentos.....	78
- Mecanismos institucionalizados para racionalização das despesas afectas à comercialização e comparticipação de medicamentos.....	81
- A Lei de Bases da Saúde de 1984 e as suas implicações gerais.....	85
- A Lei de Bases da Saúde de 1984 e as suas implicações no mercado farmacêutico.....	90
- Comparticipação no custo dos medicamentos no período de 1991 a 1992.....	95
- Comparticipação no custo dos medicamentos no período de 1992 a 2000.....	98
- Novas determinações políticas implementadas em 2000 visando a melhoria da qualidade da introdução no mercado, no fabrico, na comercialização e na comparticipação de medicamentos de uso humano.....	114
- Estratégias para contenção de custos na comparticipação de medicamentos no período de 2000 a 2002.....	118
- Determinações políticas de redução de custos e expansão do mercado de medicamentos genéricos no período de 2002 a 2004.....	124
- MNSRM, venda livre e auto-medicação.....	130
- Actividade farmacêutica e parafarmacêutica.....	134
- Alterações ao Estatuto do Medicamento, entre 2005 e 2006.....	137
- Melhoria da acessibilidade dos cidadãos à dispensa de medicamentos entre 2005 e 2006.....	142

- Medidas adicionais visando a redução de despesa do Estado na comparticipação dos medicamentos e a acessibilidade dos cidadãos aos medicamentos.....	144
- Modernização da Administração Pública e reformulação da Lei Orgânica da Saúde.....	147
- Actualização do regime jurídico das farmácias de oficina.....	150
- Código Hospitalar Nacional do Medicamento.....	152
- Normalização e uniformização da classificação fármaco-terapêutica.....	153
- Revisão dos preços dos medicamentos no ano de 2005.....	155
- Revisão das margens de comparticipação pelo Estado no PVP de medicamentos no ano de 2005.....	157
- Revisão das margens de comparticipação pelo Estado no PVP de medicamentos no ano de 2007.....	159
- Aprovação de novo regime da formação do preço dos MSRM e dos MNSRM comparticipados no ano de 2007.....	160
- Redução dos preços máximos de venda ao público dos medicamentos genéricos em 2008.....	163
- Protecção aos cidadãos mais necessitados e prorrogação da majoração de comparticipação do preço de referência dos medicamentos adquiridos pelos utentes do regime especial em 2010.....	166
- Revisão do regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos em 2010.....	168
- Definição dos grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos a integrar nos diferentes escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos em 2010.....	172
- Acesso aos medicamentos e medidas de combate à fraude e ao abuso, na comparticipação de medicamentos, e de racionalização da política do medicamento no âmbito do SNS em 2010.....	174
- Dedução sobre os PVP máximos autorizados dos medicamentos comparticipados de uso humano em 2011 e 2012.....	178
- Revisão dos regimes especiais de comparticipação do Estado nos preços dos medicamentos em 2011 e 2012.....	179
- Medidas fundamentais para a revisão da política do medicamento em Portugal adoptadas em 2011 e 2012.....	180
- Definição das regras de formação dos preços dos medicamentos em 2012.....	184
- Alterações ao regime da formação do preço dos medicamentos comparticipados em 2012 e 2013.....	186
- Reformas na Saúde instituídas pelo XIX Governo Constitucional, para o período de 2012 a 2015.....	188
- Revisão do regime das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos e grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos a integrar nos diferentes escalões de comparticipação em 2014.....	196
- Comparticipação do Estado no preço dos medicamentos para patologias específicas.....	197
- Regime de comparticipações pelo Estado no custo dos medicamentos em vigor em 2014.....	199

DISCUSSÃO.....	201
- Conceitos de saúde e de doença.....	205
- Outras formas de participação que implicam custos.....	210
- O conceito de ética.....	212
- Ética, justiça e Estado.....	224
- O conceito de moral.....	231
- O conceito de justiça.....	231
- O conceito de direito.....	233
- Leis governamentais e saúde.....	236
- Ética e justiça na assistência médica e medicamentosa antes da legislação sobre os cuidados de saúde.....	238
.....	
- Ética, justiça e lei constitucional.....	240
- Ética, justiça e intervenção governativa.....	243
As leis governamentais.....	244
- Equidade de acesso ao medicamento, qualidade do cidadão e participação nos medicamentos.....	258
.....	
- Ética, justiça e boas práticas gerais.....	259
- Taxas de participação, participações e procriação; participações e negligência	262
Taxas de participação.....	262
A condição dos desfavorecidos.....	264
Ética e justiça na participação.....	266
Participações e procriação.....	267
Participações e negligência.....	270
CONCLUSÃO.....	273
RESUMO.....	291
ABSTRACT.....	295
ANEXOS.....	299
- ANEXO I - Dimensões das embalagens de medicamentos.....	301
- ANEXO II - Dimensões das embalagens de medicamentos.....	305
- ANEXO III - Grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos que integram os escalões de participação do Estado no preço dos medicamentos.....	309
- ANEXO IV - Classificação fármaco-terapêutica dos medicamentos segundo a ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Code) da OMS.....	313
- ANEXO V - Dimensões das embalagens de medicamentos.....	335
- ANEXO VI – Definição dos grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos que integram os diferentes escalões de participação do Estado no preço dos medicamentos.....	340

- ANEXO VII - Definição dos grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos que integram os diferentes escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos.....	349
- ANEXO VIII – Estabelecimento das condições de comparticipação de medicamentos manipulados e aprova a respectiva lista.....	357
- ANEXO IX - Quinta alteração à Portaria N.º 924-A/2010, de 17 de Setembro, que define os grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos que integram os diferentes escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos.....	361
- ANEXO X – Rectificação da Portaria N.º. 45/2014, de 21 de Fevereiro, do Ministério da Saúde, que procede à quinta alteração à Portaria N.º. 924-A/2010, de 17 de Setembro, que define os grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos que integram os diferentes escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos.....	369
- ANEXO XI – Transcrição parcial do Programa do XIV Governo Constitucional (1999-2004)....	371
- ANEXO XII - Transcrição parcial do Programa do XV Governo Constitucional (2002-2004)....	377
- ANEXO XIII - Transcrição parcial do Programa do XVI Governo Constitucional (2005).....	384
- ANEXO XIV - Transcrição parcial do Programa do XVII Governo Constitucional (2005-2009).....	392
- ANEXO XV - Transcrição parcial do Programa do XVIII Governo Constitucional (2009-2013).....	399
- ANEXO XVI - Transcrição parcial do Programa do XIX Governo Constitucional (2013-2015).....	408
- ANEXO XVII - Lista de Chefes de Governo de Portugal desde 1974.....	418
BIBLIOGRAFIA.....	421
ÍNDICE.....	445

Lista de Figuras

Página

Figura 1.: Relação da ética e da justiça com a moral e o direito, estruturadas em duas ordens, a da continuidade dos efeitos e a da sobreposição da dominância da subjectividade-objectividade.....29

Lista de Tabelas

Página

<i>Tabela 1.:</i> Escalões de comparticipação propostos em 27 de Fevereiro de 1984.....	81
<i>Tabela 2.:</i> Escalões de comparticipação propostos em 4 de Maio de 1988.....	85-87
<i>Tabela 3.:</i> Escalões A e C de comparticipação concebidos em 8 de Fevereiro de 1991.....	96
<i>Tabela 4.:</i> Fixação dos escalões de comparticipação do Estado no custo dos medicamentos para beneficiários do SNS e da ADSE, em 14 de Julho de 1990.....	99
<i>Tabela 5.:</i> Fixação dos escalões de comparticipação do Estado no custo dos medicamentos para beneficiários do SNS e da ADSE, em 25 de Junho de 1990.....	99
<i>Tabela 6.:</i> Fixação dos escalões de comparticipação do Estado no custo dos medicamentos para beneficiários do SNS e da ADSE, em 25 de Junho de 1992, segundo a Lesgilação Farmacêutica Compilada, veiculada pelo INFARMED.....	100
<i>Tabela 7.:</i> Fixação dos escalões de comparticipação do Estado no custo dos medicamentos para beneficiários do SNS e da ADSE, em 1 de Setembro de 2000.....	111
<i>Tabela 8.:</i> Lista de situações passíveis de auto-medicação, em 20 de Março de 2002.....	132
<i>Tabela 9.:</i> Adenda à lista de situações passíveis de auto-medicação, em 10 de Agosto de 2007.....	133
<i>Tabela 10.:</i> Fixação dos escalões de comparticipação do Estado no custo dos medicamentos, em 11 de Agosto de 2005.....	158
<i>Tabela 11.:</i> Fixação dos escalões de comparticipação do Estado no custo dos medicamentos para 2007.....	160
<i>Tabela 12.:</i> Fixação dos escalões de comparticipação do Estado no custo dos medicamentos para 2010.....	175
<i>Tabela 13.:</i> Margens máximas de comercialização dos medicamentos comparticipados e não comparticipados em 2012.....	183
<i>Tabela 14.:</i> Margens máximas de comercialização dos medicamentos comparticipados e não comparticipados em 2014.....	195
<i>Tabela 15.:</i> Grupos fármaco-terapêuticos em que se integram os medicamentos considerados imprescindíveis em termos de sustentação de vida.....	198
<i>Tabela 16.:</i> Orçamento do SNS e encargos do SNS, em absoluto e em percentagem, relativamente ao orçamento do SNS e ao PIB.....	212

Tabela 17.: Ajustamentos do Artigo 64º (Saúde) da Constituição Portuguesa de 1976, realizados em 1982 (Primeira Revisão Constitucional) e em 1989 (Segunda Revisão Constitucional).....	242
Tabela 18.: Apresentações de estatinas no mercado (inclui todas as formas farmacêuticas e todas as dosagens disponíveis no mercado); conforme informação disponibilizada pelo INFARMED / Infomed em Maio de 2015.....	253
Tabela 19.: Apresentações de inibidores da enzima de conversão da angiotensina no mercado (inclui todas as formas farmacêuticas e todas as dosagens disponíveis no mercado); conforme informação disponibilizada pelo INFARMED / Infomed em Maio de 2015.....	254
Tabela 20.: Apresentações dos antidepressivos no mercado (inclui todas as formas farmacêuticas e todas as dosagens disponíveis no mercado); conforme informação disponibilizada pelo INFARMED / Infomed em Maio de 2015.....	255