

POLÍTICAS DE SAÚDE E DE SAÚDE PÚBLICA EM PORTUGAL: FOCO NA QUALIDADE E SEGURANÇA EM SAÚDE NO NOVO MILÉNIO (2000-2014)

 <https://doi.org/10.56238/arev7n3-251>

Data de submissão: 25/02/2025

Data de publicação: 25/03/2025

Cristina Maria Antunes Martins d'Arrábida

Doutoranda em Políticas Públicas

Institution: Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE)

Address: Lisbon, Portugal

E-mail: cristinr2001@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2794-9887>

Adalberto Campos Fernandes

Professor Doutor da Escola Nacional de Saúde Pública

Institution: Universidade Nova de Lisboa

Address: Lisbon, Portugal

E-mail: adalberto.fernandes@ensp.unl.pt

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3784-8198>

RESUMO

Entre 2000 e 2005, houve um foco em políticas públicas de saúde assentes na complementariedade do setor privado e social, na articulação entre as redes de cuidados e na empresarialização de hospitais. A definição de uma rede nacional de cuidados continuados estava refletida no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e foi aprovado um novo regime jurídico da gestão hospitalar. A Entidade Reguladora da Saúde foi criada.

No novo milénio, houve retrocessos e avanços na definição de políticas públicas, algumas medidas avulsas e uma ausência de continuidade na implementação, monitorização e avaliação: a atribuição de competências em matéria de qualidade na saúde a várias entidades, as atribuições da Qualidade ao Instituto da Qualidade em Saúde e a sua extinção em 2006, levando à compartimentação da qualidade clínica na Direção-Geral da Saúde e da qualidade organizacional na Administração Central do Sistema de Saúde I.P. e a criação e extinção da Agência de Qualidade na Saúde, com a transferência da qualidade organizacional para a Direção-Geral da Saúde em 2008.

Até 2014, destacaram-se a criação do Departamento da Qualidade na Saúde sediado na Direção-Geral da Saúde em 2009 e a formulação pela primeira vez das políticas públicas para a qualidade e segurança em saúde, expressa na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2009-2014. A criação do departamento e a Estratégia Nacional constituem pilares que fundamentam as políticas públicas de qualidade e segurança em saúde. A partir dessas iniciativas, as ações e decisões futuras em relação à saúde pública devem considerar as medidas políticas estabelecidas, na procura da melhoria contínua da qualidade e a segurança em saúde da população.

Palavras-chave: Políticas de Saúde. Políticas de Saúde Pública. Políticas Públicas. Qualidade e Segurança em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A área da qualidade e segurança em saúde continua a ter destaque na formulação das políticas públicas de saúde. “A Qualidade em Saúde é dos princípios mais frequentemente citados na política de saúde, encontrando-se, na atualidade, no topo da agenda dos formuladores de políticas em vários níveis internacionais” (CE, 2016, OCDE, 2017, OMS, 2018, OMS/OCDE/Banco Mundial, 2018, segundo Buses *et al.*, 2019, citados por Martins d’Arrábida C., 2023).

De que forma, as políticas de saúde e as políticas públicas de saúde evoluíram no novo milénio em Portugal?

No final da primeira década do novo milénio, foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), sediado na Direção-Geral da Saúde (DGS), a nível nacional. A formulação das políticas públicas para a qualidade e segurança em saúde, é expressa pela primeira vez, na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (2009-2014).

No período compreendido entre 17 de maio de 2011 e 4 de maio de 2014, o país esteve submetido a um programa de ajustamento, vulgarmente designado por Troika, através de um memorando de entendimento com a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional.

Essas duas condições influenciaram o foco do período de análise do presente artigo.

Os atributos da qualidade (eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade), legado de Donabedian (1980, 1990) continuam a constituir referência na concretização das medidas de políticas da Qualidade e Segurança em Saúde. Kohn *et al.* (2000) divulgaram o conceito da Segurança do Doente - “É a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano, associado aos cuidados de saúde.”. O *Institute of Medicine* – IOM (2001) viu a segurança como uma componente crítica de cuidados de boa qualidade no relatório *To Err is Human. A Agency for Healthcare Research & Quality* - AHRQ e o IOM divulgaram que, não obstante todas as dimensões da qualidade (cuidados seguros, eficazes, centrados na pessoa/doente/família, oportunos, eficientes e equitativos) sejam importantes, a segurança do doente é a mais crítica, pois sustenta a eficácia, a eficiência e a qualidade geral da prestação de cuidados de saúde. A segurança da pessoa/doente constitui a base porque impacta diretamente o bem-estar e os resultados gerais das pessoas/doentes. A AHRQ (2005) refere que Donabedian “...desenvolveu a forma de medir a qualidade, avaliando elementos de estrutura ou processo com conexões comprovadas com os principais resultados a assinalar”. Esta abordagem tornou-se o paradigma para a medição da qualidade em cuidados de saúde. Donabedian baseou-se no conceito de “entrada–processo–saída” usado na indústria para propor a tríade de estrutura, processo e resultado para a avaliação da qualidade.

O Conselho da Europa (1997)¹ afirma que “A qualidade dos cuidados é o grau em que o tratamento dispensado aumenta as probabilidades do doente alcançar os resultados desejados e diminui as probabilidades de resultados indesejáveis, tendo em conta o estado atual do conhecimento” (Martins d’Arrábida C., 2023). A OMS (2009) publica a classificação internacional.

A Comissão Europeia (2010)² publica “[Good quality care is] [Os cuidados de boa qualidade são] cuidados de saúde eficazes, seguros e que respondem às necessidades e preferências dos doentes. O documento observa ainda que “outras dimensões da qualidade dos cuidados, como a eficiência, o acesso e a equidade, são vistas como parte de um debate mais amplo e estão a ser abordadas noutras fóruns”.

O European Patients Forum (EPF) 2014)³ participou no trabalho do Painel de Peritos sobre Formas Eficazes de Investir na Saúde sobre a Futura Agenda da UE (*Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health on Future EU Agenda*). O foco foi a qualidade dos cuidados de saúde, com especial ênfase na segurança do doente, salientando a centralização no doente como uma dimensão fundamental da qualidade dos cuidados de saúde.

Os atributos da qualidade em saúde, que incluem a segurança, definidos a nível nacional, regional e local, traduzem o nível da qualidade a acrescentar valor à adequação dos cuidados de saúde (Martins d’Arrábida C., 2013).⁴ Dessa forma, esses atributos tornam-se vinculados aos direitos fundamentais das pessoas/doentes, implicando a formulação e implementação de políticas de saúde públicas.

No presente artigo, os termos qualidade e segurança em saúde, como instrumento de divulgação da segurança, enquanto dimensão crítica da qualidade, são indissociáveis. Segundo Liam a segurança do doente é um imperativo global, tendo implicações abrangentes para todos os Estados-membros da OMS, para todos os profissionais de saúde e para todos as pessoas na sua experiência de saúde/doença (cf., Donaldson L. J., 2005).

A nível nacional, o novo milénio (2000-2014) foi marcado por várias legislaturas, a nível nacional. A segunda legislatura do ciclo político que decorreu entre 25 de outubro de 1999 e 6 de abril de 2002, teve uma mudança ministerial na saúde em 25 de outubro de 1999 e a outra que decorreu entre 3 de julho de 2001 e 6 de abril de 2002.

¹ In: “The development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care. Recommendation No. R (97) 17”.

² In: “Qualité o Heth carre: pólice actinos até EU leve. Refletido pape for te Europeia Coucil”.

³ <https://www.eu-patient.eu/policy/Policy/Patients-Safety/>

⁴ O termo adequação é utilizado no sentido do ato de adequar – ajustar, adaptar.

Um período de nova governação política em coligação ocorreu entre 6 de abril de 2002 e 12 de março de 2005, com mudança do primeiro ministro em 17 de julho de 2004.

Um novo ciclo político decorreu entre 12 de março de 2005 e 21 de junho de 2011, com uma segunda legislatura com início em 30 de janeiro de 2008 e término em 21 de junho de 2011.

Um novo ciclo político em coligação decorreu entre 11 de junho 2011 e 26 de novembro de 2015, com uma mudança ministerial em 30 de outubro de 2015.

Num contexto de alternância política entre 2009 e 2014, o presente artigo tem como objetivo partilhar a análise das políticas de saúde e das políticas públicas de saúde para a qualidade e segurança em saúde, a nível nacional.

A metodologia utilizada foi a análise documental como instrumento de políticas públicas, a partir da análise e comparação da revisão da literatura, que trata as políticas de saúde e de saúde pública.

Sempre que possível, recorreu-se a fontes primárias, tendo sido consideradas fontes internacionais e nacionais. As referências selecionadas representam a sistematização de conteúdos específicos, que podem trazer um contributo para a reflexão da temática presente, neste período em concreto.

A redação do presente artigo obedece às normas do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa (1990) que se encontra em vigor desde o início de 2009. Todavia, em algumas transcrições, foi possível preservar a linguagem escrita da altura.

Numa primeira parte, apresenta-se os Planos Nacionais de Saúde. Seguidamente, são abordadas as políticas de saúde, as políticas de saúde pública e nesta área destacam-se as políticas públicas para a qualidade e segurança em saúde. Por último, são apresentadas algumas notas finais.

2 PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004-2010

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 surgiu sob a liderança de Pereira Miguel, enquanto “Alto-Comissário da Saúde” e Diretor-Geral da Saúde, como guia orientador para a mudança (Martins d’Arrábida C, 2023). Os valores orientadores foram a universalidade, a equidade e a solidariedade realçou-se, como princípios, a sustentabilidade e a continuidade. Foram definidas metas e indicadores para os programas definidos, dando início a uma nova abordagem de monitorização e avaliação (Plano Nacional de Saúde 2004-2010).

No relatório sobre a avaliação do Plano Nacional de Saúde (2004-2010), a OMS (2010) referiu que o plano incluiu numerosas lacunas nas políticas, nomeadamente, entre outras, na abordagem das desigualdades em saúde, na sustentabilidade do sistema de saúde e na qualidade e segurança dos

cuidados de saúde, o que coloca desafios para, com base em evidências robustas, enfrentar as lacunas identificadas (WHO, 2010, citado por Martins d'Arrábida C., 2023).

A OMS avaliou o PNS 2004-2010, o segundo ciclo técnico de planeamento estratégico de saúde nacional, constituindo-se como uma referência alargada e orientadora para as atividades do sistema de saúde, tendo havido uma melhoria dos indicadores de saúde, aproximando-os da média europeia. Contudo, referiu uma reduzida articulação entre o PNS e os instrumentos de governação (contratualização, regulação, indicadores de desempenho) e também uma ausência de definição de várias áreas de responsabilidade (cf., Ferrinho P. Guerreiro C. S. Portugal R., 2018, WHO, 2010, citado por Martins d'Arrábida C., 2023).

3 PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012-2016

Em 2011, a Lei Orgânica do Ministério da Saúde reforça as competências específicas da Direção-Geral da Saúde (DGS), que passaram a incluir a “coordenação nos domínios do planeamento estratégico, da monitorização e avaliação da qualidade e acessibilidade aos cuidados de saúde prestados e das relações internacionais, acolhendo, desta forma, as atribuições, até então, cometidas ao Alto Comissariado da Saúde” (Decreto-Lei n.º 124/2011 de 29 de dezembro).

O Alto Comissariado da Saúde foi extinto, tendo sido concluído o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 na DGS, sob a coordenação do Diretor-Geral da Saúde. Foi ainda estabelecido o Conselho Consultivo e de Acompanhamento do Plano, nomeado por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta do Diretor-Geral de Saúde (Despacho n.º 728/2014 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde de 16 de janeiro).

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 visou, entre outros, a obtenção de resultados de saúde adicionais que deveriam incluir a população mais vulnerável, através da integração de esforços de vários setores da sociedade. As políticas de para a qualidade e segurança em saúde deviam, entre outros (i) reforçar a responsabilidade pela governação integrada do Sistema de Saúde, em consonância com a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde, (ii) avaliar a política de qualidade, (iii) desenvolver instrumentos de padronização (*standards*) para a promoção da qualidade quanto a procedimentos clínicos, informação, indicadores de qualidade, monitorização e avaliação, formação e gestão dos serviços e instituições, (iv) promover a acreditação dos serviços prestadores de cuidados de saúde, (v) promover a adoção de intervenções com melhor custo-efetividade e combate ao desperdício, (vi) desenvolver mecanismos que promovam o *benchmarking*, a identificação de boas práticas e o incremento da cadeia de valor (Plano Nacional de Saúde, 2012-2016).

A qualidade foi considerada, pela primeira vez, como um dos quatro eixos estratégicos (cf., Ferrinho P., Guerreiro C.S., Portugal R., 2018), colocando o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) em articulação direta com os Programas de Saúde e Estratégias Nacionais, reportando-se diretamente ao Diretor-Geral da Saúde (Martins d'Arrábida C., 2023).

4 POLÍTICAS DE SAÚDE

As políticas de saúde referem-se a um conjunto de decisões, diretrizes e ações que visam organizar, planejar e administrar os serviços de saúde, em especial com foco na (i) organização e financiamento dos serviços de saúde (ex.: hospitais, programas de saúde), (ii) na garantia que todos os cidadãos tenham acesso a cuidados de saúde adequados, (iii) melhoria e controlo da qualidade dos serviços de saúde prestados e (iv) capacitação e educação dos trabalhadores da saúde.

A Declaração de Alma-Ata (1978), que fala sobre a importância da saúde para todos e o papel das políticas de saúde na promoção do bem-estar da população, expressa “o direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde”. Nessa Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata, “Saúde para Todos” foram lançadas as bases da estratégia de Cuidados de Saúde Primários, um elemento-chave para a meta a alcançar - Saúde para Todos. O compromisso dos governantes obtido foi expresso no reconhecimento que a saúde é um direito humano fundamental e que as desigualdades no estado de saúde são política, social e economicamente inaceitáveis (Martins d'Arrábida C., 2023).

A política de saúde nacional emanada da Base II da Lei de Bases da Saúde obedece às diretrizes seguintes, designadamente (i) a promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das atividades do Estado, (ii) obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços, (iii) medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, ..., (iv) os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes e articulam-se entre si e ainda com os serviços de segurança e bem-estar social, (vi) gestão dos recursos disponíveis deve ser conduzida por forma a obter deles o maior proveito socialmente útil e a evitar o desperdício e a utilização indevida dos serviços, (vii) apoiado o desenvolvimento do setor privado da saúde e, em particular, as iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, em concorrência com o sector público, (viii) é promovida a participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e planeamento e no controlo do funcionamento dos serviços (Lei n.º 48/90 de 28 de abril).

4.1 REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS

Em 2002, foi definida uma rede nacional de cuidados continuados (Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2002 de 22 de março). “No ano seguinte, foi criada a rede de cuidados continuados de saúde, constituída pelos serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), por instituições particulares de solidariedade social (IPSS), misericórdias, pessoas coletivas de utilidade pública e entidades privadas que prestem cuidados de saúde complementares a utentes do SNS, nos termos de contratos celebrados ao abrigo da legislação em vigor, ou outras entidades com quem sejam celebrados contratos, ou acordos de cooperação, que podem ser traduzidos em protocolos” (Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de Novembro, citado por Martins d’Arrábida C., 2023).

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2002, de 22 de Março e o Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de Novembro, em 2006, foram revogados e criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho).

4.2 EMPRESARIALIZAÇÃO DE HOSPITAIS

A empresarialização de hospitais, uma opção expressamente admitida na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto), foi considerada um vetor essencial da reforma da gestão hospitalar em curso e um fator indispensável para melhorar o nível de desempenho global do Serviço Nacional de Saúde. Assim, foi estabelecido que a gestão das unidades de saúde passava a obedecer, quanto possível, a regras de gestão empresarial e a permitir experiências inovadoras de gestão (Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002 de 7 de março, citada por Martins d’Arrábida C., 2023).

As parcerias público-privadas também constituíram uma das prioridades do governo. O regime jurídico foi definido no âmbito do estabelecimento de uma cooperação formal entre as entidades públicas e privadas, competindo ao setor privado assegurar o financiamento e a gestão e ao setor público assegurar a amortização do investimento feito e financiou a exploração (Decreto-Lei n.º 185/2002 de 20 de agosto, citado por Martins d’Arrábida C., 2023).

A unidade de missão “Hospitais SA” foi criada para o processo de empresarialização dos hospitais com a natureza jurídica de sociedades anónimas de capitais exclusivamente público (Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003, de 5 de Fevereiro). No âmbito do novo ciclo político, após a transformação de 36 estabelecimentos hospitalares em 31 sociedades anónimas, os hospitais sociedade anónima foram transformados em entidades públicas empresariais em 2005 (Decreto-Lei n.º 93/2005 de 7 de junho, citado por Martins d’Arrábida C., 2023).

4.3 REGIME DA GESTÃO HOSPITALAR

A primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de agosto foi efetuada, levando à aprovação de um novo regime jurídico da gestão hospitalar (Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro).

A Assembleia da República decretou, entre outros a submissão dos profissionais de saúde no SNS às regras próprias da Administração Pública, podendo constituir-se em corpos especiais; o SNS, financiado pelo Orçamento do Estado, através do pagamento dos atos e atividades efetivamente realizados, eram de acordo com uma tabela de preços com classificação dos mesmo atos, técnicas e serviços de saúde; o exercício de qualquer profissão em regime liberal era regulamentado e fiscalizado pelo Ministério da Saúde, sem prejuízo das funções cometidas à Ordem dos Médicos, à Ordem dos Enfermeiros e à Ordem dos Farmacêuticos; a lei podia prever a criação de unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos (Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro, citado por Martins d'Arrábida C., 2023).

4.4 UNIDADES DOS AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE

As tipologias dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) foram estabelecidas (i) unidade de saúde familiar (USF), (ii) unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP), (iii) unidade de cuidados na comunidade (UCC), (iv) unidade de saúde pública (USP), (v) unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP), (vi) outras unidades ou serviços, propostos pela respetiva ARS, I. P., e aprovados por despacho do Ministro da Saúde, e que venham a ser considerados como necessários (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, citado por Martins d'Arrábida C., 2023).

4.5 PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS RARAS

O Programa Nacional para as Doenças Raras e que integrou o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, foi aprovado em 2008 (Despacho de 12 de novembro da Ministra da Saúde).

O PNS 2004-2010 reconheceu que as doenças raras contribuem, significativamente para a morbimortalidade durante os primeiros 18 anos de vida. O PNS previu ainda o Programa Nacional de Controlo das Hemoglobinopatias, iniciado em 1987 no Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge (INSA) e o Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP) para doenças hereditárias do metabolismo e hipotiroidismo congénito, iniciado em 1979 pelo Instituto de Genética Médica Jacinto Magalhães.

4.6 CARTÃO DA PESSOA COM DOENÇA RARA

Na sequência da recomendação ao Governo efetuada pela Assembleia da República, para a criação do “cartão para proteção especial dos portadores de doença rara” foram desenvolvidos esforços, concretizando-se o início da sua implementação, no início de 2014, a nível nacional (Resolução da Assembleia da República n.º 34/2009).

Nos primeiros quinze anos do novo milénio, a implementação do “Cartão da Pessoa com Doença Rara (CPDR) ” foi conduzida, a nível do Departamento da Qualidade na Saúde, na prossecução dos seguintes objetivos (i) assegurar que, nas situações de urgência e/ou emergência, os profissionais de saúde tenham acesso à informação relevante da pessoa com doença rara, (ii) melhorar a continuidade de cuidados e (iii) facilitar o encaminhamento apropriado e rápido (Norma N.º 008/2014 de 21/07/2014).

4.7 TABELA NACIONAL DE FUNCIONALIDADE

Na sequência da Assembleia da República de recomendar ao Governo, em 2010, a elaboração, a partir da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), foi criada uma estrutura composta por peritos interministeriais e multidisciplinares para a elaboração de uma tabela de incapacidades decorrentes de doenças crónicas e de uma tabela de funcionalidade (Resolução da Assembleia da República n.º 90/2010 de 10 de agosto).

Em 2012, uma nova recomendação ao Governo, foi a criação do estatuto do doente crónico e da tabela nacional de incapacidade e funcionalidade da saúde (Resolução da Assembleia da República n.º 102/2012). O estudo, coordenado pelo DQS, foi concluído em 2013 (Diniz A. *et al.*, 2013, citado por Martins d'Arrábida C., 2023). A Tabela Nacional de Funcionalidade tinha, como objetivo, entre outros, de servir de suporte à adoção de medidas políticas e sociais, de acordo com a funcionalidade da pessoa com doença crónica e não apenas de acordo com a sua incapacidade (Martins d'Arrábida C., 2023). No período compreendido entre 1993 e 2003 tinham sido publicados normativos nacionais para as doenças crónicas elegíveis para benefícios, no âmbito da proteção social especial. Observava-se que uma lista de doenças crónicas não conseguia prever, entre outros, todas as doenças que existem e os graus de invalidez específicos. Por outro lado, o facto de uma doença não estar prevista na legislação nacional, impedia o acesso da pessoa, a proteção social. Foi sendo questionado ao longo do tempo se uma lista de doenças é que determinava quem, efetivamente, beneficiaria de proteção do Estado e se deveriam ser as consequências da doença em cada pessoa a estabelecer quem deveria ter a proteção social. Em vez da lista de doenças, o grau de incapacidade passou a definir as condições específicas de incapacidade de cada pessoa, tendo surgido um novo instrumento complementar, a

avaliação da funcionalidade, no âmbito de uma abordagem compreensiva da necessidade de respostas apropriadas a cada pessoa com processos de saúde/doença de evolução ao longo da vida (Martins d'Arrábida C., 2023).

4.8 CARTA DOS DIREITOS DO DOENTE NO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

A Convenção de Oviedo, para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina), tinha sido aberta à assinatura dos Estados Membros do Conselho da Europa em Oviedo, em 4 de abril de 1997 e concretizada por trinta e cinco países. Aprovada para ratificação por Resolução da Assembleia da República em 19 de outubro de 2000, foi ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro.

A Carta dos Direitos do Doente no acesso aos cuidados de saúde foi publicada em 2007. A Carta dos Direitos de Acesso define os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) e o direito dos utentes à informação sobre esses tempos (Lei n.º 41/2007 de 24 de agosto).

O ano de 2014 foi marcante no âmbito da legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde e determinação sobre a adequação da prestação de cuidados de saúde (Lei n.º 15/2014 de 21 de março).

A transposição para a ordem jurídica das Diretivas do Parlamento, do Conselho e da Comissão, respetivamente, sobre cuidados de saúde transfronteiriços, determinou, para além do direito ao reembolso, a garantia do acesso a cuidados de saúde de qualidade e seguros nos países da União Europeia (Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto, citado por Martins d'Arrábida C., 2023).

4.9 CENTROS DE REFERÊNCIA

A transposição para a ordem jurídica interna da Diretiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, consagra que compete ao Ministério da Saúde identificar, aprovar e reconhecer centros de referência nacionais, designadamente para diagnóstico e tratamento de doenças raras e promover a participação e integração de centros de referência nacionais no âmbito de integração voluntária em Redes Europeias de Referência (Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, citado por Martins d'Arrábida C., 2023).

O processo de identificação, aprovação e reconhecimento dos Centros de Referência Nacionais para a prestação de cuidados de saúde, designadamente para diagnóstico e tratamento de doenças raras veio a ser estabelecido pela Portaria n.º 194/2014, de 30 de setembro.

A Comissão Nacional para os Centros de Referência (CNCR) foi constituída e funciona junto da ACSS (Despacho do Ministro da Saúde n.º 13163-C/2014, de 29 de outubro, citado por Martins d'Arrábida C., 2023).

5 POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA

As políticas de saúde pública têm um foco mais amplo e orientado para a população, salientando (i) a promoção da saúde com as iniciativas que visam melhorar o bem-estar e a saúde da população (ex.: campanhas de vacinação, programas de nutrição, atividade física, etc.), (ii) a prevenção de doenças, com ações para prevenção de doenças, monitorização de surtos (ex.: controlo de epidemias) e planos de contingência para respostas a emergências de saúde pública, (iii) determinantes sociais da saúde, abordagens que consideram fatores socioeconómicos e ambientais que afetam a saúde da população e (iv) políticas de equidade com enfoque na redução das desigualdades em saúde entre diferentes grupos populacionais.

As políticas públicas devem priorizar a saúde como um bem social, e a qualidade e segurança são pilares fundamentais para garantir esse direito, intervindo de forma transversal a todas as áreas.

6 SAÚDE 24 Pediatria

Em 1999, Maria de Belém Roseira, lançou a SAÚDE 24 Pediatria “Dói-Dói-Trim-Trim”, uma linha de atendimento nacional dirigido a pais e crianças até aos 14 anos. Esta linha de atendimento nacional, realizada por enfermeiros, com base num sistema de algoritmos clínicos veio a transformar-se na Linha Saúde 24 em 2007, assegurando o atendimento a todos os grupos etários, resultante da fusão com a linha de Saúde Pública. Esta, criada em 2002, encontrava-se sediada na Direção-Geral da Saúde (DGS) (Martins d'Arrábida C., 2023).

6.1 CRIAÇÃO DA ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Criada em 2003, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tinha por objeto a regulação, a supervisão e o acompanhamento da prestação de cuidados de saúde e algumas atribuições na área da qualidade.⁵ Em um contexto político de promoção da complementaridade, dos vários setores da saúde, a serem reguladas pela ERS, entidade independente e autónoma, todavia veio a verificar-se sobreposição de competências com a DGS (Decreto-Lei n.º 309/2003 de 10 de dezembro, citado por Martins d'Arrábida C., 2023).

⁵ Al. a) do ponto 3 do art.º 25º do Decreto-Lei 309/2003 de 10 de dezembro.

Em 2009, a nível nacional, a ERS foi reestruturada, com a definição das suas atribuições, organização e funcionamento, adaptando-a ao desempenho de funções de regulação da concorrência na saúde e dotando-a dos meios e competências necessárias (Decreto-Lei n.º 127/2009 de 27 de maio). Em 2014, procedeu-se também à reestruturação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), definindo as suas atribuições, organização e funcionamento (Estatutos da Entidade Reguladora da Saúde), pelo Decreto-Lei n.º 126/2014 de 22 de agosto. Passou a caber à ERS apreciar as queixas e reclamações dos utentes do SNS e monitorizar o seguimento efetuado dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, assumindo as competências atribuídas ao então Sistema SIM-Cidadão definido pelo Despacho n.º 8958/2013 de 27 de julho.

6.2 EXTINÇÃO DO INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE (IQS)

O Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) foi extinto em 2006, pela Lei Orgânica do Ministério da Saúde, que determinou a integração das atribuições relativas à qualidade clínica na Direção-Geral da Saúde e as da qualidade organizacional na Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) I.P. (Decreto-Lei n.º 212/2006 de 27 de outubro). A orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS) e a orgânica da Direção-Geral da Saúde, foram aprovados, resultando na separação de competências na área da qualidade (Decreto-Lei n.º 219/2007, de 29 de Maio, Decreto Regulamentar n.º 66/2007, de 29 de Maio). Assim, foi determinada essa compartimentação da área da qualidade na saúde (Martins d'Arrábida C., 2023).

6.3 CRIAÇÃO E EXTINÇÃO DA AGÊNCIA DA QUALIDADE NA SAÚDE

A orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS) foi aprovada. Neste âmbito foi criada a Agência da Qualidade na Saúde, dotada de autonomia científica e técnica e visando a prossecução das atribuições da ACSS, no âmbito da qualidade na saúde, designadamente no que se refere à certificação (Decreto-Lei n.º 219/2007 de 29 de maio, citado por Martins d'Arrábida C., 2023).

As competências da qualidade organizacional cometidas à ACSS foram transferidas para a área da qualidade em saúde, na Direção-Geral da Saúde (DGS). Esta passou a ter, por missão, regulamentar, orientar e coordenar as atividades de promoção da saúde, prevenção da doença, definir as condições técnicas para adequada prestação de cuidados de saúde e planear e programar a política nacional para a qualidade no sistema de saúde. Desta forma, a Agência da Qualidade na Saúde foi extinta (Decreto-Lei n.º 234/2008 de 2 de dezembro).

6.4 AUTORIDADE COMPETENTE

A nível nacional, foi estabelecido o regime jurídico da qualidade e segurança do sangue humano e dos componentes sanguíneos, que abrange exigências técnicas, requisitos de rastreabilidade e notificação de reações e incidentes adversos graves, bem como normas e especificações relativas ao sistema de qualidade dos serviços de sangue. O objetivo é assegurar um elevado nível de proteção da saúde pública. A Autoridade Competente, atribuída à Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação (ASST), tinha a responsabilidade de articular suas atividades com a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), especialmente nas áreas de fiscalização e inspeção, além de regulamentar e controlar o cumprimento dos padrões de qualidade e segurança nas atividades de dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano, componentes sanguíneos, órgãos, tecidos e células de origem humana (Decreto-Lei n.º 267/2007 de 24 de julho).

Em 2011, a Lei Orgânica do Ministério da Saúde reforçou as competências da Direção-Geral da Saúde (DGS), incluindo a monitorização e o controlo da qualidade e segurança nas atividades dos serviços de sangue, colheita, análise e manipulação de tecidos e células de origem humana, resultando na extinção da ASST (Decreto-Lei n.º 124/2011 de 29 de dezembro). No ano seguinte, com a aprovação da sua orgânica, a DGS passou a exercer as funções de Autoridade Competente, autorizando unidades, serviços e processos no controlo da qualidade e segurança das atividades mencionadas, em colaboração com a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (Decreto Regulamentar n.º 14/2012 de 26 de janeiro).

A partir de 22 de maio de 2012, as competências da ASST foram transferidas para o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), situado na Direção-Geral da Saúde. Entre as suas atribuições, destacam-se: (i) autorizar unidades, serviços e processos relacionados à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano, componentes sanguíneos, órgãos, tecidos e células de origem humana; (ii) exercer as funções de autoridade competente conforme estabelecido na Lei n.º 12/2009, de 26 de março, e no Decreto-Lei n.º 267/2007; (iii) regulamentar e controlar o cumprimento dos padrões de qualidade e segurança para as atividades referidas (Portaria n.º 159/2012, de 22 de maio). O DQS, pela natureza de suas funções, assegurava a independência, imparcialidade e objetividade da Autoridade Competente a nível nacional, reportando-se diretamente ao diretor do departamento (Martins d'Arrábida C., 2023).

6.5 SISTEMA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

Promovida por Ana Jorge, a publicação da Lei n.º 81/2009 de 21 de agosto sobre sistema de vigilância em saúde pública, de novo veio enquadrar, de novo, a Saúde Pública. Nesse âmbito, foram revogadas a Lei n.º 2036, de 9 de agosto de 1949, e as respetivas disposições regulamentares, designadamente sobre a declaração de doenças obrigatórias. Pela primeira vez, foram abordadas as questões relacionadas com a Saúde Pública, previstas, mas não regulamentadas na Base XX da Lei n.º 48/90 de 24 de agosto, citado por Martins d'Arrábida C. (2023). A orgânica da Direção-Geral da Saúde (DGS) foi aprovada pelo Decreto Regulamentar n.º 14/2012 de 26 de janeiro. No desenvolvimento da sua missão, a DGS prosseguiu, ainda, a atribuição de colaborar, no âmbito do planeamento de emergências de saúde, com o Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P., nos termos da Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto.

O Regulamento de Notificação Obrigatória de Doenças Transmissíveis e Outros Riscos em Saúde Pública, aplicando-se a todos os serviços de saúde do setor público, privado ou social, veio a ser publicado em 2013, pela Portaria n.º 248/2013 de 5 de agosto.

6.6 ORGÂNICA DO INFARMED

Em 2012, foi aprovada a orgânica do INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (Decreto-Lei n.º 46/2012, de 24 de Fevereiro). No ano seguinte, foi criada a Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica nos termos e ao abrigo do n.º 7 do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 46/2012, de 24 de fevereiro para elaborar um formulário nacional de medicamentos e orientações em matéria de prescrição de medicamentos.

6.7 COMPETÊNCIAS DO INSA

O Decreto-Lei n.º 27/2012, de 8 de fevereiro, qualificou o INSA (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.), como laboratório do Estado no setor da saúde, laboratório nacional de referência e observatório nacional de saúde.

As competências do Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P. (ARSLVT, I. P.), na parte relativa ao Laboratório de Saúde Pública (Micobacteriologia/Tuberculose) foram transferidas para o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I. P.), em 2012 (Portaria n.º 279/2012 de 19 de abril).

7 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A QUALIDADE E SEGURANÇA EM SAÚDE

As políticas públicas para a qualidade e segurança em saúde inserem-se nas políticas de saúde pública, reafirmando-se a necessidade da sua centralidade nas políticas públicas. Nesta área, destaca-se (i) a qualidade e segurança nos resultados em saúde: diretamente ligadas à redução da mortalidade, ao aumento da satisfação da pessoa/doente e à efetividade dos cuidados de saúde, e (ii) como instrumento de avaliação e melhoria contínua: a qualidade e segurança como indicadores de desempenho do sistema de saúde, possibilitando a identificação de áreas que necessitam de melhoria e a implementação de ajustes necessários, no âmbito da promoção de um ciclo de avaliação e melhoria contínua.

Os sistemas de saúde com alta qualidade e segurança podem reduzir custos, melhorar os resultados em saúde, e aumentar a satisfação da pessoa/doente e melhorar a sua experiência de saúde/doença. Coloca-se a questão da responsabilidade ética do Estado em fornecer cuidados seguros e de alta qualidade ao cidadão.

Em 2001, foi criado o Programa “Humanização, acesso e atendimento no Serviço Nacional de Saúde”, tendo sido estabelecida a Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços (CNH) como órgão consultivo da Secretaria de Estado Adjunta do Ministro da Saúde para a execução do programa (Despacho n.º 19204/2001 de 13 de setembro).

No ano anterior, o PNCI (Plano Nacional de Controlo da Infeção) foi transferido para o INSA (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge) por despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 13 de setembro. A prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde (IACS) foi integrada nas orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, de acordo com o relatório da Comissão para a Formulação do Programa Nacional de Prevenção das Infecções Nosocomiais, criada pelo Alto-Comissário da Saúde (Despacho do Alto-Comissário de 30 de setembro de 2005).

Correia de Campos mandou transferir novamente o Programa de Controlo da Infeção para a Direção-Geral da Saúde em 2006 (Despacho n.º 256/2006 de 10 de outubro, citado por Martins d'Arrábida C., 2023)⁶.

A estrutura nuclear da DGS passou a integrar a Direção de Serviços da Qualidade Clínica (DSQC), determinada pela Portaria n.º 644/2007 de 30 de maio, citada por Martins d'Arrábida C. (2023).

Em 2007 foram aprovados o “Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde” (PNCI) e a criação de comissões de controlo de infecção (CCI) nas

⁶ <https://www.dgs.pt/?ci=362&ur=1&newsletter=63>

unidades públicas de prestação de cuidados de saúde integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde hospitalar, de cuidados continuados e cuidados de saúde primários e nas unidades privadas, sob a responsabilidade direta da Direção-Geral da Saúde (DGS) (Despacho n.º 14 178/2007 de 4 de julho do Secretário de Estado da Saúde). Subjacente às medidas de políticas, aprovadas por Francisco Ramos, considerava-se que a infecção associada aos cuidados de saúde (IACS) constituía um problema de grande relevância a nível nacional e que as IACS comportam, entre outros, um considerável aumento da morbidade e mortalidade, recurso a terapêuticas mais agressivas e aumento do tempo de internamento que interfere negativamente nos indicadores de qualidade e produtividade (Martins d'Arrábida C., 2023).

Em 2007, a DGS determinou a reestruturação das comissões de controlo de infecção (CCI), definindo o modelo de organização (Despacho n.º 18 052/2007 de 14 de agosto) e a sua alteração, em relação, ao modelo anterior de 1996 (Despacho do Diretor-Geral da Saúde de 23/10/1996).

O Decreto Regulamentar nº. 66/2007, de 29 de maio, que aprovou a orgânica da Direcção-Geral da Saúde, foi alterado e, desta maneira, a DGS sucedeu nas atribuições relativas à qualidade organizacional da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (Decreto Regulamentar nº. 21/2008, de 2 de dezembro, citado por Martins d'Arrábida C., 2023).

Em 2008, foi aprovado o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos (PNPRA) (Despacho n.º 20729/2008 do Ministro da Saúde de 7 de agosto) e criada, na dependência direta do Diretor-Geral da Saúde, a Comissão Técnica para a Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos (CTPRA), citado por Martins d'Arrábida C. (2023). Esta Comissão tinha como objetivo conceber, implementar, monitorizar e avaliar o PNPRA. Assim, foi determinado o seu funcionamento no âmbito da Direção de Serviços de Qualidade Clínica/Divisão de Segurança Clínica da Direcção-Geral da Saúde, de apoio aos trabalhos a desenvolver (Martins d'Arrábida C., 2023).

No âmbito da orgânica da Direcção-Geral da Saúde, em 1997, tinha sido criada a Divisão da Qualidade na Direcção de Serviços de Prestação de Cuidados (DSPCS). Contudo, o Instituto da Qualidade na Saúde criado em 1999, foi extinto em 2006 e as suas atribuições transferidas para a Direcção-Geral da Saúde, com exceção da qualidade organizacional atribuída à ACSS. Em 2007, foi criada a Direcção de Serviços de Qualidade Clínica que integrou a Divisão da Qualidade na Direcção-Geral da Saúde, tendo sido criada a Divisão da Segurança Clínica.

A Agência da Qualidade na Saúde criada em 2007 na ACSS foi extinta em 2008, com a transferência da qualidade organizacional para a área da qualidade na DGS (Decreto-Lei n.º 234/2008 de 2 de dezembro).

Nesse contexto, após a extinção do Instituto da Qualidade em Saúde e da Agência da Qualidade na Saúde, foi criado em 2009, o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) na Direção-Geral da Saúde foi inaugurado por Ana Jorge em 31 de maio de 2009 (Portaria n.º 155/2009 de 10 de fevereiro).

Ao DQS cabia, designadamente coordenar e avaliar as atividades e programas de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional e coordenar o sistema de qualificação das unidades de saúde. Competia ainda criar e coordenar atividades e programas de promoção da segurança do doente; desenvolver e manter a vigilância de doenças abrangidas pelo sistema de gestão integrada da doença e coordenar os fluxos de mobilidade de doentes portugueses no estrangeiro e de doentes estrangeiros em Portugal e avaliar o seu impacto no sistema de saúde (Portaria n.º 155/2009 de 10 de fevereiro). As competências do DQS não incluíam a emissão de Normas Clínicas e Organizacionais, atribuídas à Direção-Geral da Saúde.

No âmbito da sua autonomia técnica determinada pela Portaria n.º 155/2009 de 10 de fevereiro, o DQS detinha também competências nas áreas do planeamento e programação da política nacional para a qualidade no sistema de saúde.

A formulação de políticas públicas para a qualidade e segurança em Saúde surgiu pela primeira vez, a nível nacional, em 2009, expressa na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS 2009-2014). O agendamento pode ter ocorrido por meio da atuação de um empreendedor político, Alexandre Diniz, em que os três fluxos independentes se articularam, formando uma janela de oportunidades para a formulação das políticas e posterior disseminação da ideia em redes formais e informais do sistema político (Kingdon J., 1984). Os atores relevantes de uma política pública são o *staff* do poder executivo (governantes, colaboradores de administração central). Os atores, que exercem influência na integração dos três fluxos, são os empreendedores de políticas públicas (i) fazem ouvir-se, (ii) articulam-se politicamente pelos cargos que ocupam, (iii) têm acesso direto aos governantes, (iv) apresentam habilidades para negociar e alguma persistência. O agendamento ocorreu na presença convergente da percepção pública dos problemas (fluxo de problemas), do conhecimento de soluções políticas (fluxo das políticas) e das condições de governação (fluxo de política), segundo Martins d'Arrábida C. (2023).

A ENQS 2009-2014 estabelecida foi dirigida ao sistema de saúde, no entendimento legal de que o Ministério da Saúde é o coordenador do sistema de saúde português (Despacho nº 14223/2009 de 24 de junho). Uma das suas missões era potenciar a sua coesão e a qualidade da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde. Nesse âmbito, foram adotadas as seguintes prioridades estratégicas de atuação, conforme definido na ENQS 2009-2014 (i) qualidade clínica e organizacional (ii) informação transparente ao cidadão, (iii)

segurança do doente (iv) qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde, (v) gestão integrada da doença e inovação, (vi) gestão da mobilidade internacional de doentes, (vii) avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos utilizadores do Serviço Nacional da Saúde (Despacho n.º 14223/2009 de 24 de junho).

A prioridade estratégica da segurança do doente inscreveu-se no quadro de uma política pública de luta contra os incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a que não terá sido alheia a percepção da necessidade de integração da Recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009 na ENQS 2009-2014, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde.

As medidas políticas desenvolvidas na área do controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) pela Direção-Geral da Saúde (DGS), entre 2006 e 2008, passaram a ser asseguradas por coordenação nacional sediada na, então, Divisão da Segurança do Doente no DQS e posteriormente pela Divisão de Gestão da Qualidade criada em 2012 até à sua autonomia em 2016.

Com base na análise que permitiu afirmar que o modelo de acreditação da Agência de Qualidade da Andaluzia dava mais garantias de sustentabilidade financeira e permitia a acreditação de todos os serviços de saúde do SNS, a DGS propôs a adoção do modelo da Andaluzia (ACSA), aprovado por Ana Jorge (Despacho n.º 69/2009 de 31 de agosto). As unidades de saúde privadas poderiam adotar o modelo que entendessem. No estudo coordenado por Vaz Carneiro sobre a Qualidade dos Cuidados e dos Serviços, no âmbito do “Plano Nacional de Saúde 2011-20162, citando Saturno, foi referido que os programas de acreditação, quando tutelados pelo Governo, perdem a independência, que constitui a essência da sua natureza. Por outro lado, quando os doentes não têm liberdade de escolha pode tornar-se problemático quando alguma unidade de saúde não se encontra certificada (cf. Campos, Saturno e Vaz Carneiro, 2010, citados por Martins d’Arrábida C., 2023).

Para as estratégias na área das atribuições do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), foi nomeado o Conselho Nacional para a Qualidade na Saúde em 2009 (Despacho 13793/2009 de 16 de junho), órgão consultivo com competência para se pronunciar sobre questões inerentes à execução da missão do DQS, através da operacionalização da ENQS 2009-2014.

No período compreendido entre 2010 e 2014, o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), sediado na Direção-Geral da Saúde colocou em marcha várias medidas políticas para a qualidade na saúde e segurança dos doentes, destacando-se o início e desenvolvimento da Certificação, a criação de comissões de antimicrobianos, a criação do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes, posteriormente designado por NOTIFICA, a publicação de Orientações para prevenção de úlceras por pressão e identificação inequívoca de doentes e a emissão de Normas sobre (i) Higiene das mãos, (ii)

Cirurgia segura salva vidas, (iii) Vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos, e (iv) Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito.

A publicação da Portaria n.º 159/2012, de 22 de maio tinha determinado a estrutura nuclear da Direção-Geral da Saúde (DGS) e estabelecido o número máximo de unidades orgânicas flexíveis e matriciais do serviço e as competências das respetivas unidades orgânicas nucleares. Ao DQS passou a competir, entre outras “Emitir normas e orientações, quer clínicas quer organizacionais, incluindo programas na área da promoção da segurança do doente, em matéria de saúde pública e para melhoria da prestação de cuidados em áreas relevantes da saúde, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos”.

No Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), a Divisão da Gestão Integrada da Doença, a Divisão da Segurança do Doente e a Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional foram extintas em 2012. Em termos de estrutura organizacional, passaram a existir duas divisões (i) Divisão de Gestão da Qualidade e (ii) Divisão de Mobilidade de Doentes. À Divisão da Gestão da Qualidade do DQS, criada em 2012, passou também a competir “Propor a emissão de orientações e normas técnicas com base na melhor evidência científica disponível e monitorizar a sua aplicação” e entre outras “Coordenar as medidas de prevenção e o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e das resistências aos antimicrobianos” (Despacho n.º 7763/2012 de 5 de junho), colocando os dois programas nacionais da Direção-Geral da Saúde sob a alçada dessa divisão.

Em 2013, no âmbito de oito programas de saúde prioritários a desenvolver pela DGS, estabelecido no ano anterior (Despacho n.º 404/2012 de 13 de janeiro do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde), Fernando Leal da Costa determinou que a Direção-Geral da Saúde desenvolvesse, também, como programa de saúde prioritário, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Este programa, resultou da fusão do Programa Nacional e de Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI) e do Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos (PNPRA) (Despacho n.º 2902 de 22 de fevereiro de 2013 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde).

Ao PPCIRA, passou a competir o estabelecimento da adequada articulação entre Hospitais, Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Continuados Integrados e outras entidades prestadoras de cuidados, de modo a promover uma maior colaboração e comunicação interinstitucional, de forma a agregar esforços, recursos e saberes nesta área. A par destas competências, a partilha de responsabilidade na segurança clínica e melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, integrava este programa prioritário como participante ativo na liderança de uma das áreas da segurança do doente.

Para além da determinação do PPCIRA, enquanto programa prioritário, a qualidade, um dos quatro eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, colocava o DQS em articulação direta com os Programas de Saúde designadamente os Programas Prioritários e Estratégias Nacionais, reportando-se diretamente ao Diretor-Geral da Saúde. Ora, a estrutura organizacional, que manteve o PPCIRA na Divisão da Gestão da Qualidade, manteve-se igual neste período (2000-2014).

Existia evidência que Portugal era um dos países da união europeia com maior taxa de prevalência de infeções nosocomiais, cerca de 9,8%, o que mostrava uma tendência de aumento ao longo da primeira década do século (Despacho n.º 2902/2013 de 22 de fevereiro).

No mesmo ano, foi também determinada a criação de Grupos de Coordenação Regional do PPCIRA e Grupos de Coordenação Local nos diferentes níveis de cuidados das unidades de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e lançados planos de ação para regular o consumo de antibióticos em medicina humana (Despacho n.º 15423/2013 de 26 de novembro) e reduzir a utilização de antibióticos em animais (DGAV, 2013 citada por OECD, 2017).

Coube a José Artur Paiva a liderança desse novo ciclo do desenvolvimento e implementação das estratégias de prevenção e controlo de infeções e resistência aos antimicrobianos, a nível nacional.

Em 2013, tinha sido disponibilizado aos cidadãos e profissionais de saúde o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA). Reconfigurado em 2014, passou a designar-se Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFIC@, sendo gerido pelo DQS na DGS. O NOTIFIC@ que pretende garantir o anonimato e a confidencialidade das notificações (Norma N.º 015/2014 de 25 de setembro), referido por Martins d'Arrábida C. (2023). O Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFIC@) possibilitava, ainda, o registo de notificações de incidentes com dispositivos cortantes desde 2014.

Dirigido aos profissionais de saúde, o NOTIFIC@, por se tratar de um sistema informatizado, pode apresentar mais vantagens na descrição do incidente, eventualmente possibilitando uma maior participação. O NOTIFIC@ também permite a participação efetiva do cidadão na plataforma *on-line*, a nível nacional (Martins d'Arrábida C., 2023).

No âmbito da missão do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), dando continuidade ao anterior, foi definido o Conselho Nacional para a Qualidade na Saúde com a duração de três anos, competindo-lhe pronunciar-se genericamente sobre questões inerentes à execução da missão do Departamento da Qualidade na Saúde (Despacho n.º 15883/2013 de 5 de fevereiro).

Em 2013, a criação das Comissões de Qualidade e Segurança (CQS) colocou em marcha a implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde – ENQS2009-2014 (Despacho nº

3635/2013, de 7 de março). Apesar da criação das CQS, a nível nacional, várias unidades de saúde mantiveram a Comissão de Humanização até à atualidade, integrada ou não na respetiva CQS.

Na abordagem *top-down*, da implementação da ENQS2009-2014, foram definidas competências de acordo com as entidades envolvidas (DGS, DQS, Administrações Regionais de Saúde (ARS) e Unidades de Saúde (Despacho nº 3635/2013, de 7 de março, citado por Martins d'Arrábida C., 2013). Os objetivos do plano de ação das unidades de saúde deveriam ser incluídos nos contratos programados acordados com cada Hospital, Centro Hospitalar, Unidade Local de Saúde (ULS) e Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), observando-se que apenas algumas unidades de saúde passaram a incluir algumas medidas políticas da Estratégia Nacional, nos respetivos contratos-programa.

A criação do DQS, sediado na Direção-Geral da Saúde (DGS), cuja autonomia técnica promovida por Francisco George, enquanto Diretor-Geral da Saúde e a liderança assumida por Alexandre Diniz, enquanto Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde, foram determinantes para a definição de uma estratégia nacional, referido por Martins d'Arrábida C. (2013).

Essa liderança possibilitou acompanhar a União Europeia no reforço das competências dos governos dos Estados-Membros, o que não tinha acontecido até então, com exceção das recomendações em matéria de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde.

Todavia, desde a criação do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) se observou que o desenvolvimento das competências do DQS contrastou com o reforço das competências da Direção-Geral da Saúde (DGS) na área da qualidade e segurança em saúde atribuídas ao DQS, colocando questões relativas à diminuição da autonomia científica e técnica, na dependência do Diretor-Geral da Saúde. A situação facilmente se comparava com a autonomia científica, técnica e administrativa do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), criado em 1999 e que veio a ser extinto em 2006.

Na sequência da Recomendação 2009/C 151/01 do Conselho de 9 de junho sobre a segurança dos doentes, o segundo relatório da Comissão ao Conselho em 2014 referiu que, de entre as 13 medidas aplicadas, com base na autoavaliação de cada país, Portugal informou que se encontravam aplicadas 8 medidas.

Em 2014, a publicação do Programa de Ação para a Saúde da União Europeia para 2014 - 2020, a par do Relatório “Um Futuro para a Saúde – Todos temos um papel da Fundação Calouste Gulbenkian (2014), vieram a constituir referência para a consolidação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde em 2015, um ano após a intervenção da *Troika* (Martins d'Arrábida C., 2023).

8 NOTAS FINAIS

No período da segunda legislatura do ciclo político que decorreu entre 25 de outubro de 1999 e 6 de abril de 2002 destacaram-se a criação do Programa Nacional de Controlo da Infeção (PNCI), a criação do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), das unidades de saúde familiares (USF), a aprovação da Convenção de Oviedo para ratificação por Resolução da Assembleia da República e ratificada pelo Decreto do Presidente da República, a criação da SAÚDE 24 Pediatria e a criação do “Programa de Humanização, acesso e atendimento no Serviço Nacional de Saúde”.

No período de nova governação política em coligação que ocorreu entre 6 de abril de 2002 e 12 de março de 2005, houve um foco em políticas públicas de saúde assentes na complementaridade do setor privado e social, na articulação entre as redes de cuidados, na empresarialização de hospitais refletida no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, a definição de uma rede nacional de cuidados continuados e a aprovação de um novo regime jurídico da gestão hospitalar. Foi ainda criada a Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

No novo ciclo político decorreu entre 12 de março de 2005 e 21 de junho de 2011, destacaram-se a criação das entidades públicas empresariais, a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a extinção do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), a transferência da Qualidade Clínica para a Direção-Geral da Saúde e da Qualidade Organizacional para a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) I.P., a criação e extinção da Agência da Qualidade na Saúde na ACSS, a criação do “Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde” (PNCI) e do Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos (PNPRA). Foi publicada a Carta dos Direitos do Doente no acesso aos cuidados de saúde e estabelecido o regime jurídico da qualidade e segurança do sangue humano e dos componentes sanguíneos, com vista a assegurar um elevado nível de proteção da saúde pública. Na DGS, foi criada a Direção de Serviços Clínicos da Qualidade Clínica, no âmbito da aprovação da orgânica da Direção-Geral da saúde (DGS) e determinada a restruturação das comissões de controlo de infeção (CCI) no sistema de saúde português.

A criação do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) em 2009 e a formulação das políticas públicas para a qualidade e segurança em saúde, expressa na Estratégia Nacional para a Qualidade e Segurança em Saúde 2009-2014, constituem o marco nacional das políticas públicas para a qualidade e segurança em saúde. A partir dessa iniciativa, as ações e decisões futuras em relação à saúde pública devem considerar os princípios estabelecidos, na procura da melhoria contínua da qualidade e a segurança, tendo um papel essencial que acrescenta valor na saúde da população.

Entre 2011 e 2014, durante o período da Troika, destacaram-se o despacho do Ministro da Saúde para o processo de emissão de Normas, o reforço das competências da Direção-Geral da Saúde em matéria de qualidade e segurança em saúde, não obstante a criação do DQS, as políticas públicas para a qualidade e segurança em saúde inscritas no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, a criação do novo programa prioritário (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos - PPCIRA), a criação das Comissões de Qualidade e Segurança (CQS), a reestruturação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) e a Lei n.º 15/2014 de 21 de março sobre a consolidação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde e a determinação sobre a adequação da prestação de cuidados de saúde e a transposição para a ordem jurídica das Diretivas do Parlamento, do Conselho e da Comissão, determinando a garantia do acesso a cuidados de saúde de qualidade e seguros nos países da União Europeia.

REFERÊNCIAS

- i. BUSSE, Reinhard et al. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Geneva: World Health Organization (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) and OECD, 2019. ISBN 978-92-890-5175-0.
- ii. MARTINS D'ARRÁBIDA, C. Quality and Safety in Health: Evolution of Public Policies. São Paulo: Editora D'Ideas, 2023. 493 p.
- iii. DONABEDIAN, A. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980. v. 1. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring).
- iv. DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. Archives of Pathology & Laboratory Medicine, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.
- v. KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (ed.). To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academies Press, 2000.
- vi. INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
- vii. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Six Domains of Healthcare Quality. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/six-domains.html>. Acesso em: 25 mar. 2025.
- viii. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Patient Safety Network. Divulgação de Donabedian A. (1980). The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. 7 mar. 2005. v. 1. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring). Health Administration Press. ISBN 978-0-91490-448-9. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/issue/definition-quality-and-approaches-its-assessment-vol-1-explorations-quality-assessment-and>. Acesso em: 25 mar. 2025.
- ix. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety: Final Technical for the conceptual framework for the international classification for patient safety. Geneva: WHO, 2009.
- x. DONALDSON, Liam J. Patient safety - A global priority. Bulletin of the World Health Organization, v. 82, n. 12, p. 892, jan. 2005. DOI: 10.1590/S0042-96862004001200002. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/8077810_Patient_safety_-_A_global_priority. Acesso em: 25 mar. 2025.
- xi. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Patient Safety Network. Divulgação de Donabedian A. (1980). The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. 7 mar. 2005. v. 1. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring). Health Administration Press. ISBN 978-0-91490-448-9. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/issue/definition-quality-and-approaches-its-assessment-vol-1-explorations-quality-assessment-and>. Acesso em: 25 mar. 2025.

- xii. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004/2010: mais saúde para todos. Orientações estratégicas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. v. 2.
- xiii. WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPE. WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010. 58 p.
- xiv. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010.
- xv. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 124/2011, de 29 de dezembro. Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde. Diário da República, n. 249, Série I, 29 dez. 2011, p. 5491-5498.
- xvi. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Versão resumo. Lisboa, maio 2013.
- xvii. FERRINHO, P.; GUERREIRO, C. S.; PORTUGAL, R. Estudo comparativo de estratégias/PNS de países europeus membros da OCDE. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, v. 14, p. 71-84, 2018. DOI: <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.152>.
- xviii. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 set. 1978.
- xix. PORTUGAL. Assembleia da República. Lei nº 48/90, de 24 de agosto. Lei de Bases da Saúde. Diário da República, n. 195, Série I, 24 ago. 1990.
- xx. PORTUGAL. Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros nº 59/2002, de 22 de março. Define uma rede nacional de cuidados continuados integrados. Diário da República, n. 69, Série I-B, 22 mar. 2002.
- xxi. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 281/2003, de 8 de novembro. Cria a rede de cuidados continuados de saúde. Diário da República, n. 259, Série I-A, 8 nov. 2003.
- xxii. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, n. 109, Série I-A, 6 jun. 2006.
- xxiii. PORTUGAL. Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros nº 41/2002, de 7 de março. Estabelece medidas para permitir a transformação de estabelecimentos públicos prestadores de cuidados hospitalares em entidades públicas empresariais (EPE). Diário da República, n. 56, Série I-B, 7 mar. 2002.
- xxiv. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 185/2002, de 20 de agosto. Define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados. Diário da República, n. 191, Série I-A, 20 ago. 2002.
- xxv. PORTUGAL. Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros nº 15/2003, de 5 de fevereiro. Cria uma unidade de missão designada "Hospitais SA". Diário da República, n. 30, Série I-B, 5 fev. 2003.

- xxvi. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 93/2005, de 7 de junho. Transforma os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais. Diário da República, n. 109, Série I-A, 7 jun. 2005.
- xxvii. PORTUGAL. Assembleia da República. Lei nº 27/2002, de 8 de novembro. Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei nº 48/90, de 24 de agosto. Diário da República, n. 258, Série I-A, 8 nov. 2002.
- xxviii. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Despacho de 12 de novembro de 2008 da Ministra da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Raras. Direção-Geral da Saúde, jul. 2008.
- xxix. PORTUGAL. Assembleia da República. Resolução da Assembleia da República nº 34/2009, de 7 de maio. Recomenda ao Governo que crie o cartão para protecção especial dos portadores de doença rara. Diário da República, n. 88, Série I, 7 maio 2009.
- xxx. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 008/2014, de 21 de julho. Cartão da Pessoa com Doença Rara (CPDR). 2014.
- xxxi. PORTUGAL. Assembleia da República. Resolução da Assembleia da República nº 90/2010, de 10 de agosto. Recomenda ao Governo que elabore uma tabela de incapacidades decorrentes de doenças crónicas e uma tabela de funcionalidade. Diário da República, n. 154, Série I, 10 ago. 2010.
- xxxii. PORTUGAL. Assembleia da República. Resolução da Assembleia da República nº 102/2012, de 6 de agosto. Recomenda ao Governo a criação do estatuto do doente crónico e da tabela nacional de incapacidade e funcionalidade da saúde. Diário da República, n. 151, Série I, 6 ago. 2012.
- xxxiii. DINIZ, A. et al. Tabela nacional de Funcionalidade (adulto em idade ativa com doença crónica): Relatório Final. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde, 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10174/9951>. Acesso em: 25 mar. 2025.
- xxxiv. PORTUGAL. Assembleia da República. Lei nº 41/2007, de 24 de agosto. Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, n. 163, Série I, 24 ago. 2007.
- xxxv. PORTUGAL. Assembleia da República. Lei nº 15/2014, de 21 de março. Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República, n. 57, Série I, 21 mar. 2014.
- xxxvi. PORTUGAL. Assembleia da República. Lei nº 52/2014, de 25 de agosto. Estabelece normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços. Diário da República, n. 162, Série I, 25 ago. 2014.
- xxxvii. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Portaria nº 194/2014, de 30 de setembro. Estabelece o conceito, o processo de identificação, aprovação e reconhecimento dos Centros de Referência Nacionais. Diário da República, n. 188, Série I, 30 set. 2014.

- xxxviii. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Despacho nº 13163-C/2014, de 29 de outubro. Designação dos membros da Comissão Nacional para os Centros de Referência. Diário da República, n. 209, 2º Suplemento, Série II, 29 out. 2014.
- xxxix. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 309/2003, de 10 de dezembro. Cria a Entidade Reguladora da Saúde. Diário da República, n. 284, Série I-A, 10 dez. 2003, p. 8329-8338.
- xl. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 127/2009, de 27 de maio. Procede à reestruturação da Entidade Reguladora da Saúde. Diário da República, n. 102, Série I, 27 maio 2009.
- xli. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 126/2014, de 22 de agosto. Procede à adaptação da Entidade Reguladora da Saúde ao regime estabelecido na lei-quadro das entidades reguladoras. Diário da República, n. 161, Série I, 22 ago. 2014.
- xlii. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Despacho nº 8958/2013, de 9 de julho. Aprova e publica em anexo o Regulamento do Sistema SIM-Cidadão do Ministério da Saúde. Diário da República, n. 130, Série II, 9 jul. 2013.
- xliii. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 219/2007, de 29 de maio. Aprova a orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. Diário da República, n. 103, Série I, 29 maio 2007.
- xliv. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio. Aprova a orgânica da Direcção-Geral da Saúde. Diário da República, n. 103, Série I, 29 maio 2007.
- xlv. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 219/2007, de 29 de maio. Aprova a orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. Diário da República, n. 103, Série I, 29 maio 2007.
- xlvi. PORTUGAL. Conselho de Ministros. Decreto-Lei nº 234/2008, de 2 de dezembro. Primeira alteração aos Decretos-Leis nº 212/2006 e nº 219/2007. Diário da República, n. 233, Série I, 2 dez. 2008.
- xlvii. PORTUGAL. Assembleia da República. Lei nº 81/2009, de 21 de agosto. Institui um sistema de vigilância em saúde pública. Diário da República, n. 162, Série I, 21 ago. 2009.
- xlviii. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Portaria nº 248/2013, de 5 de agosto. Diário da República, n. 149, Série I, 5 ago. 2013, p. 4624-4627.
- xlix. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 46/2012, de 24 de fevereiro. Aprova a orgânica do INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. Diário da República, n. 40, Série I, 24 fev. 2012.
1. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Infarmed. Despacho nº 2061-C/2013, de 1 de fevereiro. Cria a Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica. Diário da República, n. 24, 2ª Série, 1º Suplemento, 4 fev. 2013.

- li. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 27/2012, de 8 de fevereiro. Aprova a orgânica do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. Diário da República, n. 28, Série I, 8 fev. 2012.
- lii. PORTUGAL. Ministérios das Finanças e da Saúde. Portaria nº 279/2012, de 14 de setembro. Transfere competências do Departamento de Saúde Pública da ARSLVT para o INSA. Diário da República, n. 179, Série I, 14 set. 2012.
- liii. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Despacho de 13 de setembro de 2000 do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Transferência do Programa Nacional de Controlo da Infeção para o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- liv. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Despacho nº 256/2006, de 10 de outubro. Transferência do Programa de Controlo da Infeção do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge para a Direção-Geral da Saúde.
- lv. PORTUGAL. Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Portaria nº 644/2007, de 30 de maio. Estabelece a estrutura nuclear da Direcção-Geral da Saúde. Diário da República, n. 104, Série I, 30 maio 2007.
- lvi. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Despacho nº 14178/2007, de 4 de julho. Aprova o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Diário da República, n. 127, Série II, 4 jul. 2007, p. 19007.
- lvii. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Despacho nº 18052/2007, de 14 de agosto. Proposta de alteração ao despacho de criação de comissões de controlo de infecção. Diário da República, n. 156, Série II, 14 ago. 2007.
- lviii. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de dezembro. Primeira alteração ao Decreto Regulamentar nº 66/2007. Diário da República, n. 233, Série I, 2 dez. 2008.
- lix. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Despacho nº 20729/2008, de 7 de agosto. Aprova o programa nacional de prevenção das resistências aos antimicrobianos. Diário da República, n. 152, Série II, 7 ago. 2008, p. 35140.
- lx. PORTUGAL. Conselho de Ministros. Decreto-Lei nº 234/2008, de 2 de dezembro. Primeira alteração aos Decretos-Leis nº 212/2006 e nº 219/2007. Diário da República, n. 233, Série I, 2 dez. 2008.
- lxi. PORTUGAL. Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Portaria nº 155/2009, de 10 de fevereiro. Criação do Departamento da Qualidade na Saúde. Diário da República, n. 28, Série I, 10 fev. 2009.
- lxii. KINGDON, John W. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Boston: Little, Brown and Company, 1984.
- lxiii. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Despacho nº 14223/2009, de 24 de junho. Estabelece a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2009-2014. Diário da República, n. 120, Série II, 24 jun. 2009, p. 24667-24669.

- lxiv. CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA. Recomendação do Conselho de 9 de junho de 2009 sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infecções associadas aos cuidados de saúde (2009/C 151/01). Jornal Oficial da União Europeia, 2009. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=OJ:C:2009:151:TOC>. Acesso em: 25 mar. 2025.
- lxv. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Despacho nº 69/2009, de 31 de agosto. Gabinete da Ministra.
- lxvi. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Despacho nº 13793/2009, de 16 de junho. Determina a criação do Conselho para a Qualidade na Saúde. Diário da República, n. 114, Série II, 16 jun. 2009, p. 23660.
- lxvii. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Despacho nº 7763/2012, de 5 de junho. Cria unidades orgânicas flexíveis e equipas multidisciplinares da Direção-Geral da Saúde. Diário da República, n. 109, Série II, 5 jun. 2012.
- lxviii. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Despacho nº 404/2012, de 13 de janeiro. Determina os programas de saúde prioritários a desenvolver pela Direção-Geral da Saúde. Diário da República, n. 10, Série II, 13 jan. 2012.
- lxix. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Despacho nº 2902/2013, de 22 de fevereiro. Determina que a Direção-Geral da Saúde desenvolva o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Diário da República, n. 38, Série II, 22 fev. 2013.
- lxx. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Despacho nº 2902/2013, de 22 de fevereiro. Determina que a Direção-Geral da Saúde desenvolva o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Diário da República, n. 38, Série II, 22 fev. 2013.
- lxxi. DIREÇÃO GERAL DE ALIMENTAÇÃO E VETERINÁRIA (DGAV). Plano de Ação Nacional para a Redução do Uso de Antibióticos nos Animais. Lisboa, 2013. Citado por: OECD; EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. State of Health in the EU: Portugal Perfil de Saúde do País 2017. 2017.
- lxxii. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Despacho nº 15423/2013, de 26 de novembro. Cria os grupos de coordenação regional e local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Diário da República, n. 229, Série II, 26 nov. 2013.
- lxxiii. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 015/2014, de 25 de setembro. Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA. 2014.
- lxxiv. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Despacho nº 15883/2013, de 5 de dezembro. Diário da República, n. 236, Série II, 5 dez. 2013.

- lxxv. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Despacho nº 3635/2013, de 7 de março. Estabelece disposições no âmbito da implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Diário da República, n. 47, Série II, 7 mar. 2013.
- lxxvi. CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA. Recomendação do Conselho de 9 de junho de 2009 sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infecções associadas aos cuidados de saúde (2009/C 151/01). Jornal Oficial da União Europeia, 2009. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=OJ:C:2009:151:TOC>. Acesso em: 25 mar. 2025.
- lxxvii. COMISSÃO EUROPEIA. Relatório ao Conselho: Segundo relatório da Comissão ao Conselho relativo à aplicação da Recomendação 2009/C 151/01 do Conselho. Bruxelas, 19 jun. 2014. COM(2014) 371 final.
- lxxviii. UNIÃO EUROPEIA. Programa de Ação para a Saúde da União Europeia para 2014-2020. Regulamento (UE) nº 282/2014 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 11 de março de 2014. 2014.