



Comissão

## Relatório Final

Petição n.º 42/XII(1<sup>a</sup>)

**Peticionário:**

N.º de assinaturas:  
10 863

Assunto: Solicitam a criação e aprovação do Estatuto do Doente Crónico, tal como a Tabela Nacional de Incapacidades e Funcionalidades da Saúde.



## Comissão

### – Nota Prévia –

#### Da apresentação, requisitos e processo da iniciativa

A presente Petição, à qual foi atribuída o. n.º 42/XII(1<sup>a</sup>), deu entrada na Assembleia da República em 27 de Setembro de 2011, tendo baixado à Comissão de Saúde na mesma data.

A Petição foi apresentada por 10 863 subscritores, sendo o primeiro o Presidente da Direcção da TEM – Associação Todos pela Esclerose Múltipla, Paulo Alexandre Pereira, bem como, entre outros, por Senhores Deputados da Assembleia de República, no exercício de funções na presente Legislatura.

Reúne os requisitos formais estatuídos no artigo 9.º da Lei n.º 43/90, de 10 de Agosto, com as alterações introduzidas pelas Leis nºs. 6/93, de 1 de Março, 15/2003, de 4 de Junho, e 45/2007, de 24 de Agosto.

*Considerando que, nos termos do n.º 1 do artigo 21.º da Lei n.º 43/90, de 10 de Agosto, com as alterações introduzidas pelas Leis nºs. 6/93, de 1 de Março, 15/2003, de 4 de Junho, e 45/2007, de 24 de Agosto,*

***“A audição dos petionantes é obrigatória sempre que a petição seja subscrita por mais de 1000 cidadãos”***,

*Foi promovida a audição do seguinte grupo de petionários: Paulo Alexandre Pereira da TEM, bem como de outras entidades que representam outros portadores de doenças crónicas, e subscritores da petição apresentada, a saber:*

*SPEM – Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla – Paulo Alexandre da Silva Pereira, Victor Manuel Pereira Rodrigues e Manuela Duarte Neves*

*APELA - Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica - Conceição Pereira - Vice-Presidente;*

*Alzheimer Portugal - Maria do Rosário Zincke dos Reis - Presidente*



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### Comissão

*Respira – Associação Portuguesa de Pessoas com DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica – e outras Doenças Respiratórias Crónica - Cristina Bárbara e Luísa Soares Branco – Presidente e Vice –Presidente;*

*Acreditar – Associação de Pais e Amigos de Crianças com Cancro – José Carvalhinho, médico - Membro da Direcção Nacional*

*APPDH - A Associação Portuguesa dos Portadores da Doenças de Hemoglobinopatias – Manuel Pratas - Associado e Leonor Duarte - Tesoureira.*

*APART – Associação de Pais e Amigos de Portadores do Síndrome de Rubinstein – Elvira Dias.*

*CNOD – Confederação Nacional de organismos de Deficientes -José Reis – presidente, João Martins – membro da Direcção, Cidália e Jorge Silva.*

*Professora Doutora Anabela Pinto, médica especialista do Serviço de Medicina Física e Reabilitação, do Hospital de Santa Mari, tendo-se prescindido da audição do Senhor Professor Mamede Carvalho, por este trabalhar directamente com a mesma, bem como a própria se ter disponibilizado em absoluto para o trabalho necessário a desenvolver no âmbito da Petição apresentada;*

Atento o número de petionários, à Petição n.º42/XII (1.ª) cárrece, de acordo com o disposto na alínea a) do n.º 1 do artigo 24.º da Lei n.º 43/90, de 10 de Agosto, com as alterações introduzidas pelas Leis nºs. 6/93, de 1 de Março, 15/2003, de 4 de Junho, e 45/2007, de 24 de Agosto, de ser apreciada em Plenário da Assembleia da República.

### ***II – Do Objecto da Iniciativa.***

A presente petição visa a criação e aprovação do Estatuto do Doente Crónico, bem como a Tabela Nacional de Incapacidades e Funcionalidades da Saúde.

Os petionários em geral, alertam para o facto de haver milhares de pessoas com doenças crónicas, de algumas delas serem de evolução muito rápida e estarem os doentes sem qualquer tipo de assistência específica por parte quer do Serviço Nacional de Saúde, quer do Estado em particular, quer a título pessoal, quer a nível das Associações que os representam e prestam apoio, substituindo-se ao Estado, muitas das vezes; outras por serem as entidades



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### Comissão

mais habilitadas para prestar a assistência que os mesmos necessitam e não terem condições para o fazer.

Referem, igualmente, a necessidade de haver avaliação de incapacidade de muitos doentes crónicos para poderem beneficiar, designadamente:

- o do acesso gratuito a prestações de saúde no âmbito da incapacidade de que são portadores;
- o de isenções de taxas moderadoras ;
- o de pagamento de impostos sobre o rendimento,
- o quer porque há situações verdadeiramente incapacitantes geradas pela evolução da doença, umas vezes mais rápida que outras, que exigem situações de reforma por invalidez,

cuja avaliação se rege, ainda hoje, pela Tabela de Incapacidades no âmbito dos Acidentes de Trabalho.

Também a Tabela de Funcionalidades é determinante na medida em que permitirá identificar o nível de adaptação funcional do doente crónico no meio social, laboral e comunitário em que se integra, tendo em conta as limitações da pessoa afectada.

Questões relacionadas com a introdução no mercado de medicamentos órfãos e os longos períodos que os mesmos demoram, contrariando as disposições legais aplicáveis, são dos problemas que por vezes os portadores de doenças crónicas e raras enfrentam.

Em termos de audições dos peticionantes, porque foram diversas as associações que subscreveram a petição, passo a referir as suas preocupações especificamente:

**SPEM** – Tem outras organizações a si associadas ou parceiras: a TEM - Grupo autónomo – Todos pela Esclerose Múltipla; a ANEM – Associação Nacional da Esclerose Múltipla. Todos lutam pelo Código de Incapacidades e Funcionalidades para avaliação dos seus associados; a criação do estatuto respectivo.

A SPEM, atendendo à sua competência e especialização nesta matéria, aspira por ter uma Convenção com o Ministério da Saúde para fazer fisioterapia aos portadores da doença. Para o efeito, referem possuir nove delegações mais um núcleo na Beira Interior, possuindo equipamentos específicos de marcha, terapia da fala, que os centros de fisioterapia não têm.

Igualmente a sua disponibilidade para com os portadores da doença poderia permitir que os mesmos fossem tratados depois das horas de trabalho, o que não é possível acontecer nos



### Comissão

centros de fisioterapia, pois têm horários coincidentes com as horas de trabalho, dos quais têm.

A disponibilização de serviço de apoio jurídico é efectuado pela voluntária Dr.ª Luísa Albuquerque.

Anseiam ainda por juntas médicos especializadas.

Referem ainda que têm medicamentos comparticipados a 100% , mas que as doenças colaterais ficam sujeitas às regras gerais.

Por fim referem que a doença colhe normalmente pessoas muito jovens, que aos vinte anos estão já em cadeiras de rodas; igualmente muitos se situam na faixa 40 /50, sendo doentes com cuidados muito exigentes de higiene íntima, com necessidade de fraldas e desinfectantes; porque estão em total dependência, necessitam de acompanhamento.

Ora, porque são reformados por invalidez precoce mente, não têm valores que lhe permitam custear todos os cuidados, incluindo os assistenciais de que necessitam.

**APELA** – Uma doença altamente incapacitante , em que os doentes duram apenas dois anos, até a incapacidade atingir os pulmões.

As ajudas técnicas são uma necessidade absoluta, que acabam por ser recolhidas após o falecimento para disponibilização a outros doentes. Lutam com muitas limitações, em especial da falta de dimensão internacional, o que lhes permitira criar redes, eventualmente até de solidariedade, para face a limitações orçamentais, para os bens de primeira necessidade.

As suas necessidades técnicas passam por andarilhos, cadeiras, cadeirões conforto, camas anti-escaras, almofadas, alteadores.

Os serviços de reabilitação não têm nem o simples alteador. É enorme o desconhecimento bem como a falta de meios, mesmo da Associação.

Requeriu à Camara Municipal de Lisboa – EMEL, um armazém, a título gratuito, uma vez que poderia receber algumas ajudas técnicas , mas não têm local para as alojar, junto da sua sede – na Rua Wanda Ramos, n.º18 – Loja A e B - 1900 Lisboa. Torna-se por isso urgente que alguém com competência e sensibilidade para a doença ajude a encontrar esta solução, apesar de já terem sido desenvolvidos alguns esforços neste sentido, mas ainda sem resultados práticos.



## Comissão

Uma das ajudas solicitada foi a intervenção junto das entidades competentes, para recebimento dos valores de 0,5% de IRS, a favor da mesma, cuja ajuda foi de imediato prestada.

Igualmente esta entidade reclama o reconhecimento quer pelo Ministério da Solidariedade quer pela Secretaria de Estado da Solidariedade e Segurança Social, no sentido de poder a vir a ter protocolos de assistência para os seus doentes.

Dos contactos efectuados, até ao momento, nenhuma resposta lhes foi remetida.

**Alzheimer Portugal** – A Doença de Alzheimer ainda não está reconhecida como doença crónica.

Entendem que o facto de a medicação só poder ser receitada por médicos neurologistas é um dispêndio e desgaste enorme de energia bem como de dinheiro, em especial em deslocações, num momento tão difícil e de recursos tão limitados. Propõem que as primeiras consultas sejam feitas pelo médico neurologista, que prescreve, podendo ser o médico de família posteriormente a fazê-lo, sendo observado o mesmo desconto, ou o benefício do genérico respectivo, gratuitamente.

Não estão isentos de taxa moderadora.

Alertam para a necessidade de identificação precoce da demência de Alzheimer bem como de outras demências, devendo, por isso, ser feita sensibilização e formação aos clínicos gerais e delegados de saúde.

Igualmente preconizam a necessidade de formação de técnicos nesta área, bem como redes de apoio a cuidadores de doentes de Alzheimer, pela violência e desgaste que constitui para os acompanhantes, esta patologia.

Sugerem a criação de um plano nacional para as demências bem como, atendendo a que está a ser tratada o projecto de lei sobre disposições antecipadas de vontade, que estes doentes possam ser abrangidos por esta legislação e enquanto estão no pleno uso das suas capacidades, possam prever que em caso de doença, seja a sua pessoa e bens regida pela pessoa que cada um vier a determinar, quando expressamente tenha optado por isso.

**RESPIRA** – A Associação debate-se com a doença pulmonares obstrutiva crónica, que não é reversível.

Alertam para o problema de o oxigénio disponibilizado, não ter por parte de todas as entidades os mesmo tratamento. Assim, a ADSE e o SAMS não têm oxigénio gratuito, o SNS disponibiliza-o gratuitamente.



## Comissão

Igualmente a diferença de tratamento administrativo entre ARS, coloca os doentes com DPOC em situação diferente na igualdade de acesso, no âmbito do SNS. Assim, a ARS de Lisboa e Vale do Tejo disponibiliza gratuitamente, com receita trimestrais, qualquer tipo de oxigénio que um qualquer médico prescreva. Porém, outras ARS só disponibilizam ou não oxigénio receitado por médicos especialistas, sendo mesmo assim, posteriormente submetido ao parecer da ARS e posteriormente será atribuído ou não.

O custo do oxigénio líquido, para deambular custa 8 a 10 €/dia; o gasoso/líquido cerca de 0,99 centimos/dia e o concentrador – em aparelhos portáteis, que custam cerca de 3 a 4 €/dia, envolvendo consumo de electricidade.

Debatem-se com o problema de não reconhecimento da falência do pulmão, enquanto para a falência do rim todos parecem estar sensibilizados..

Alertam para a questão epidemiológica. O número de doentes está a aumentar e os epidemiologistas deveriam estar nos centros de saúde. Referem que os mesmos médicos não podem nem devem estar nos hospitais. Seria possível programar deslocações aos diferentes centros por técnicos e médicos de pneumologia, e gerir com mais eficiência os recursos humanos disponíveis.

As doenças respiratórias já estão referenciadas pela OMS no quarto lugar das doenças crónicas, depois das doenças cardiovasculares, cancro e diabetes.

Referem ainda, que a insuficiência respiratória crónica é o último estádio da doença, equiparável à necessidade de hemodiálise, por insuficiência renal.

Referem que foi muito boa a opção feita pelo Ministério de Saúde, revelando uma grande sensibilidade com as camadas jovens de doentes de DPOC, relativamente à participação dos medicamentos broncodilatadores e anti-inflamatórios, por excelência corticóides, no escalão dos 69%. Estão solidários com os doentes da asma.

Por fim defendem que o SNS deveria impor que os doentes sejam obrigados a fazer a oxigenoterapia. Os que não a fazem, deveriam deixar de ter participação. É possível monitorizar e fazer a prova de *accomplience*.

Existem estes aparelhos em França, Espanha. Portugal deveria adquirir os módulos para acoplar aos aparelhos e assim fazer o controlo de uso diário de oxigénio no número de horas exigível, uma vez que a cedência do aparelho é pago ao dia – 3€/dia e quando o doente não faz o tratamento o Estado continua a pagar, porque lhe está cedido.



### Comissão

Havendo controlo aleatório, mas diário para os diferentes doentes beneficiários, o Estado poderia ter poupanças enormes. Se cumprem – o Estado paga. Se não cumprem – termina o programa de assistência.

Concluem, afirmando que o Estado deve :

- cortar nos aerossóis;
- Quem não cumpre o número de horas prescrito, deve deixar de beneficiar desta ajuda técnica;
- Para as pessoas que não saem de casa devem utilizar oxigénio gasoso/líquido;
- Os doentes que têm de se deslocar precisam de concentradores;
- A poupança será enorme nos doentes que não se deslocam, se obrigatoriamente fizerem oxigénio líquido e se o controlo e gestão de utilização for efectivamente realizado.
- Sendo o oxigénio um medicamento, entendem que deve estar sujeito a concursos públicos para os hospitais, devendo ser convencionado para os cuidados domiciliários.
- Alertam para a situação e monopólio que está criada a nível de ARS.
- Alertam ainda para a existência de 60 milhões de euros de cuidados respiratórios, sem controlo.
- Propõem também prescrição eletrónica e monitorização de uso associado ao aparelho – com identificação de horas de utilização.
- Por fim, deixam os números - 33.000 doentes a usar oxigénio e cerca de 500.000 com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.

**ACREDITAR** – O membro da direcção nacional refere que a oncologia de crianças é muito aguda por razões de multiplicação celular muito acentuada. Os tratamentos são muito fortes e deixam mazelas intensas e provocam doenças crónicas.

Alerta para o facto de 80% do sucesso da cura do cancro, na sobrevivência, se dever à agressividade do tratamento.

Adianta estatísticas, referindo que :



### Comissão

25% - permanecem com doença crónica, com elevada taxa de mortalidade;

25% - fica com sequelas crónicas e graves

30% pequenas mazelas que necessitam de cuidados continuados;

Só 8% ficam sem sequelas.

Insistem por isso na necessidade de uma tabela de incapacidades e de funcionalidades bem como do respectivo estatuto do doente crónico, porque a sensibilidade por estes doentes se perde à medida que vão atingindo a idade adulta. É necessário que sejam salvaguardados os seus direitos para futuro, na fase em que são ainda crianças.

**APPDH** – A Associação dos Doentes de Hemoglobinopatias<sup>1</sup> – sendo portadores de doença rara e simultaneamente crónica, agradeceram a atenção especial de terem sido ouvidos. Foram signatários da petição.

Referiram que muitos dos doentes portadores desta doença têm sinais evidentes e incapacidades visíveis a olho nu; porém com outros tal não acontece, não sendo por isso valorizadas nas juntas médicas a que são submetidos,

Esclareceram que são submetidos à extração de fígado e baço, fazendo medicação permanente, mas porque não são portadores de sinais visíveis, muitas das vezes são recusadas as suas incapacidades e não atribuídos quaisquer grau de deficiência.

Sobre a questão colocada em relação a benchmarking em relação a outros países, referiram que a Inglaterra, porque recebe muitos emigrantes têm uma legislação quer de trabalho quer de segurança social muito inclusiva para o trabalho, quer quanto à salvaguarda da vida.

Em Itália os Talassémicos estão presentes e vêm lutando pelo seu reconhecimento, designadamente através do European Talasemic Pacientes Fórum.

Pedem que os deixem trabalhar; não querem ficar em casa; mas precisam de compreensão para a sua não permanência e irregularidade no trabalho, quando se verifica.

Alertam para o facto de terem sido completamente ignorados na questão de isenção e taxas moderadoras.

---

<sup>1</sup> - Anomalia genética que gera permanentes anemias provenientes de distúrbios hereditários na molécula de hemoglobina, a proteína responsável pelo transporte de oxigénio para os tecidos localizados nas células vermelhas do sangue – hémáceas.



### Comissão

Aproveitaram para informar que no dia 19 de Junho de cada ano se celebra o dia dos portadores de hemoglobinopatia.

**APART** – Associação dos Portadores da Doença de Rubinstein<sup>2</sup> está praticamente em embrião. A sua fundadora e presidente coloca os principais problemas nas questões assistenciais. Está praticamente só quer na identificação de doentes, quer no trabalho de campo.

Refere que os cortes nas despesas de saúde, bem como os avultados custos com fraldas são difíceis para situações de doentes identificados, em que a deficiência pode atingir 95 %, em especial na sua não dedução em termos de IRS.

Fazem aerossóis de 6 em 6 horas. Têm necessidade de formação especializada.

Questionada sobre os contactos internacionais e eventual associação com doentes de outros países, atendendo ao isolamento em que se encontra e em que aprecem faltar as forças para prosseguir para fazer vingar a Associação; referiu a sua incapacidade de falar inglês.

De imediato foi accionado o contacto com o British Council, na pessoa da Dr.<sup>a</sup> Goretti, por intermédio da Dr.<sup>a</sup> Anabela Cardante, no sentido de serem criados grupos de referência com alunos e professores, para os diferentes países, que lhe permitam desenvolver quer contactos internacionais quer todo o tipo de apoio que possa vir a ser prestado, enquanto grupos de trabalho de voluntariado e de ajuda.

**CNOD** – Entende que a complexidade da questão pode conduzir ao abandono da tarefa de criar um tabela de incapacidades e disfuncionalidades, bem como o Estatuto Jurídico do Doente Cônico. Manifestaram, no entanto a sua disponibilidade para participar, caso necessário se torne.

Refere que as pessoas precisam que se actue. É sempre uma questão eu vem ao de cima, na media em que sentir-se pessoa útil e realizada é um objectivo de todos.

Refere que existe legislação que obriga o Estado ao preenchimento de uma quota de trabalhadores deficientes na função pública, que não está a ser cumprida.

<sup>2</sup> Síndrome de Rubinstein – Taybi – síndrome caracterizado por polegares e halluces largos, atraso mental, face peculiar, atraso no crescimento e malformações associadas. Localizado um gene no cromossoma 16 p13.3 – gene CBP.



### Comissão

Sugerem que a verificação da incapacidade muito precocemente e a compensação do Estado, às empresas que integram estes trabalhadores, à medida que vão perdendo capacidade de trabalho, em vez de a pessoa ser reformada precocemente.

Foi entendido por um dos deputados presentes, que não tendo sido a tabela efectuada até agora, que se avancé com um documento que possa ser actualizado à medida que forem conhecidos novos desenvolvidos.

Igualmente foi referido que seria desejável a eventual criação de um grupo de trabalho, que prossiga alguns trabalhos, com posterior apresentação ao Senhor Ministro da Saúde, de forma a poder apreciá-lo e a adoptá-lo.

### *III – Enquadramento legislativo e outro, antecedentes.*

A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que as doenças crónicas de declaração não obrigatória, como as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias, representam cerca de 59 por cento do total de 57 milhões de mortes por ano e 46 por cento do total de doenças. Afectam países desenvolvidos e países em vias de desenvolvimento.

A expansão das doenças crónicas reflecte os processos de industrialização, urbanismo, desenvolvimento económico e globalização alimentar, que acarretam:

- Alteração das dietas alimentares;
- Aumento dos hábitos sedentários;
- Crescimento do consumo de tabaco.
- Cerca de metade das mortes causadas por doenças crónicas está directamente associada às doenças cardiovasculares.

Os ataques cardíacos e os enfartes do miocárdio matam cerca de 12 milhões de pessoas por ano. A hipertensão e outras doenças cardíacas matam, por sua vez, 3,9 milhões de pessoas. Cerca de 75 por cento das doenças cardiovasculares são atribuíveis a:

- Colesterol elevado;
- Tensão arterial elevada;
- Dieta pobre em frutas e vegetais;



## Comissão

- Sedentarismo;
- Tabagismo.

Calcula-se que, em todo o mundo, existam 177 milhões de pessoas a sofrer de diabetes, sobretudo de tipo 2. Dois terços do total vivem nos países em vias de desenvolvimento. Mais de mil milhões de adultos sofrem de excesso de peso. Destes, pelo menos 300 milhões são clinicamente obesos.

A mudança dos hábitos alimentares e a implantação de um estilo de vida sedentário estão a ocorrer a um ritmo muito mais rápido nos países em vias de desenvolvimento, por comparação com o que aconteceu nos países desenvolvidos. As doenças crónicas estão a crescer em muitos dos países mais pobres, articulando-se de forma muito perigosa com outra calamidade: as doenças infecciosas.

Já está comprovado que as intervenções comportamentais sustentadas são eficazes na redução dos factores de risco para a população. Mais de 80 por cento dos casos de ocorrência de doenças cardíacas coronárias, 90 por cento dos casos de diabetes de tipo 2 e de um terço das ocorrências de cancro podem ser evitados através da alteração dos hábitos alimentares, do aumento de actividade física e do abandono do tabagismo.

Porém é mais vasto o leque de doenças crónicas, sendo uma grande parte delas altamente incapacitantes e por vezes de progressão rápida, obrigam a consultas, exames frequentes e são potencialmente causa de invalidez precoce ou de significativa redução de esperança de vida, sem que algumas delas tenham qualquer reconhecimento ou protecção especial, sendo nalguns casos o número de doentes identificados muito elevado e outras com menor grau de incidência, valendo-lhes a designação de raras, mas sempre dignas de protecção especial, quer pelos custos humanos, sociais e financeiros que a falta de assistência é susceptível de gerar.

Segundo um inquérito nacional de Saúde<sup>3</sup> cujos resultados foram apresentados em 2010, 5,2 milhões de portugueses, sofre, pelo menos de uma doença crónica, enquanto 2,6 milhões sofrem de duas ou mais.

Também, segundo o mesmo Estudo, o crescimento do número de doentes crónicos é de 2,5% ao ano no grupo dos idosos, tendo o fenómeno um impacto total de 60 a 80% nas despesas da Saúde.

<sup>3</sup> Inquérito Nacional de Saúde, divulgado em 2010, e destacado por Anabela Pereira, no Congresso Nacional de Psicologia de Saúde.



### Comissão

Seguem-se algumas das doenças crónicas que foram objecto de tratamento pela relatora junto das suas associações. A saber:

Esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, doentes com Síndrome Rubinstein, hemoglobinopatias, fenilcetonúria, Alzheimer e outras demências, DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Hemofílicos, Doenças oncológicas infantis, entre outras.

Sendo doenças raras, não deixam de ser doenças crónicas, graves e degenerativas que muitas vezes colocam a vida em risco, manifestam-se com mais frequência na idade adulta, apresentam uma grande diversidade de distúrbios e sintomas, que variam não só de doença para doença, mas também de doente para doente.

Existe generalizadamente um deficit de conhecimentos médicos e mesmo científicos sobre as mesmas. Por seu turno, os portadores das doenças enfrentam dificuldades de diagnósticos, muitas vezes feitos tarde, escassez de informação, dificuldades na orientação para profissionais de saúde qualificados, problemas de acesso a cuidados de saúde de alta qualidade, pois a comunidade médica sabe relativamente pouco sobre as mesmas, bem como a investigação e o desenvolvimento para uso limitado de medicamentos para um número limitado de doentes é muitas vezes travado por imperativos comerciais, sendo o caso dos medicamentos órfãos também um dos problemas que os mesmos enfrentam.

Também dificuldades de inserção profissional são um dos problemas sérios que enfrentam bem como a adaptação ao posto de trabalho, quando existe, fruto da evolução das doenças de que são portadores.

Estes doentes tentam geralmente a Associação, por vezes, por espécies de deficiências, tais como sensoriais, mentais, motoras e por vezes alterações físicas, com grande vulnerabilidade a nível psicológico, social e económico, na maior parte das vezes sem legislação de enquadramento e não raras vezes sem hipótese de agregação em Federações, o que de algum modo poderia tornar as suas aspirações e defesa dos seus direitos mais eficaz.

No entanto, as associações representantes de doentes com Doença Crónica debatem-se com os problemas de carácter físico, emocional e psicológico, familiar, social, educacional, profissional e laboral dos cidadãos com doença crónica, tais como: acesso a consultas de especialidade, isenção de



### Comissão

taxas moderadoras, comparticipação de medicamentos, dispositivos médicos, suplementos dietéticos, material clínico e equipamentos de compensação de uso diário; cuidados continuados e integrados, apoios e benefícios sociais, necessidades educativas especiais, legislação adequada à integração profissional e sistema de reforma e pensão adequadas e também desenvolvimento de programas de apoio à investigação científica

**Antecedentes na Assembleia da República** - Em termos de antecedentes foram já algumas as iniciativas levados a cabo em termos da Assembleia da República, em matéria conexa com as doenças crónicas.

**O Projecto de Lei 6/VI/1 do PCP**, que deu entrada em 07.11.1991, previa a garantia aos cidadãos de menores recursos o acesso gratuito a medicamentos para doenças crónicas e outros benefícios, designadamente próteses e dispositivos de compensação, o qual foi rejeitado com os votos contra do PSD, a favor do PS, PCP, PEV, PSN independentes Corregedor da Fonseca e Luís Fazenda e abstenção do CDS-PP.

**Projecto de Resolução n.º 157/XI/ 1ª** - Também o Grupo Parlamentar do CDS-PP apresentou em 28.05.2010 o Projecto de Resolução n.º157/XI/1ª, em que recomendava ao governo que elaborasse, a partir da Classificação Internacional da Funcionalidade, da organização Mundial de Saúde (CIF), uma Tabela de Incapacidades decorrentes de doenças crónicas e uma Tabela de Funcionalidades.

Este projecto de resolução foi aprovado com os votos contra do PS e a favor do PSD, CDS-PP, BE, PCP,PEV.

Hoje, são alguns os diplomas legais que permanecem no âmbito das doenças crónicas, a saber:

**O CIF – Código Internacional de Incapacidades da OMS**, traduzido pelo Ministério da Saúde, em vigor em Portugal desde 2003, mas cuja implementação não está generalizada nos serviços de saúde.

**D. Lei n.º202/96, de 23.10.2003** – Estabelece o regime de avaliação de incapacidade das pessoas com deficiência para efeitos de acesso às medidas e benefícios previstos na Lei, com as alterações introduzidas pelo Decretos-Leis nºs 174/97, de 19 de Julho em que se adopta o sistema de atestados médicos de incapacidade múltiusos e D.L. n.º291/2009, de 12 de Outubro, que estabelece o regime de avaliação de incapacidades das pessoas com deficiência para efeitos de acesso às medidas e benefícios previstos na lei.



### Comissão

**D.L. n.º 352/2007, de 23 de Outubro** – Aprova a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, revogando o D.L.n.º341/93, de 30 de Setembro e aprova a Tabela Indicativa para Avaliação da Incapacidade em Direito Civil.

**Despacho n.º26432/2009, de 20 de Novembro** que aprova o novo modelo de Atestado Médico de Incapacidade de Multiuso, que altera e republica o D.Lei n.º 202/96 de 23 de Outubro.

### IV - Outras Diligências Efectuadas

#### a) Contacto com Ordem dos Médicos

Face ao pedido de todas as Associações recebidas, no sentido de ser trabalhado o Estatuto do Doente Crónico e a ser preparado um Código de Incapacidades e Funcionalidades para os mesmos, foi contactada a Ordem dos Médicos, via postal e em momento posterior, pessoalmente.

O objectivo era e será o de serem contactados os diferentes Colégios da Ordem, a saber de Genética, Metabolismo, Endocrinologia, Neurologia, Ortopedia e Fisiatria, entre outros, de ser encontrado um denominador comum que permita sustentar a intervenção de especialistas nas diferentes áreas, que possam pronunciar-se sobre as patologias, em si mesmas, sua evolução e níveis de incapacidade e incapacitantes em cada estádio da doença.

Esta identificação associada a estudos internacionais, bem como tendo subjacente o CIF – Código Internacional de Incapacidades, que vigora já no país, mas que os médicos não utilizam, poderá permitir construir um documento objectivo, de fácil acesso e de base científica para avaliação do doente crónico.

#### b) Diligências com peritos no âmbito de avaliação de códigos internacionais

- Existem em vários países alguns documentos que vão constituindo aproximações a modelos de avaliação. No entanto, não foi possível, até ao momento encontrar um que constitua um modelo acabado sobre o assunto e pudesse ser utilizado como referência próxima para o efeito.

A prof. Doutora Anabela Pinto, da análise que realizou sobre o balanço funcional "Barhème Functionel...", entende que o mesmo é

"muito ligado à atribuição da incapacidade permanente(IP), não serve de base a uma classificação que vise não só aquela, mas possa também servir como instrumento do diagnóstico, da terapêutica instituída e dos resultados obtidos".



## Comissão

Mais refere que, que não estando previsto qualquer revisão do Código de Internacional de Funcionalidades - CIF 2003, que está em vigor, mas não é utilizado, estaria disponível para,

“apartir da sua análise, “iniciar o processo de extração do CIF de tudo o que se refira a doença crónica e depois poder encaminhar a sua distribuição pelos especialistas de cada área ou afins, para que se possam pronunciar, juntando evidências científicas mais recentes”.

Deste modo, iniciou já a recolha de dados que poderá constituir o embrião do referido Código.

### c) Identificação de indicadores internacionais

As medidas de frequência das doenças assentam nas seguintes variáveis: prevalência, Incidência, taxa de incidência e Risco<sup>4</sup> a determinar do seguinte modo:

#### 1 – Prevalência

$$P = N.\text{º} \text{ de Casos} / \text{Total da População}$$

2 – Incidência – n.<sup>o</sup> de novos casos de uma doença ( sem ter em conta o tamanho da população)

#### 3 – Taxa de incidência

$$I = n.\text{º} \text{ de casos novos} / n.\text{º} \text{em risco} \times \text{tempo em risco}$$

Medo o risco. Para tal algum significado, qualquer indivíduo incluído no denominador, tem de ter potencial para se tornar parte do n.<sup>o</sup> que é contado no numerador.

#### 4 – Risco<sup>4</sup> = Probabilidade de incidência

$$R = n.\text{º} \text{ de casos novos} / n.\text{º} \text{em risco}$$

### d) Recolha de dados sobre disponibilização de medicamentos, tendo em vista facilitar a vida e o acesso dos doentes aos mesmos

- Em termos de dispensa de medicamentos para doentes crónicos, quer em farmácia hospitalar quer em farmácia de oficina, a situação é a que se encontra disponibilizada nos quadros que se seguem, actualizada a 16 de Fevereiro de 2012<sup>5</sup>. Quadro n.<sup>o</sup> 1 – Lista de dispensa de medicamentos em farmácia hospitalar, de acordo com a informação do Infarmed.

<sup>4</sup> Buehler, James W. – Vigilância in Royzman, Kenneth J.; Greenland, Sander; Lash Timothy – Epidemiologia Moderna. RGS, Aramed, 2011. Epidemiologia – Aula prática – CC04-10.

<sup>5</sup> DE acordo com a confirmação colhida junto do Infarmed, na pessoa do Dr. Miguel Gomes.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Comissão

| <i>Patologia Especial</i>  | <i>Âmbito</i>  | <i>Comp.</i> | <i>Legislação</i>   |
|--|--|--------------|---|
| <b>ARTRITE REUMATÓIDE,<br/>ESpondilite<br/>ANQUILOSANTE, ARTRITE<br/>PSORIÁTICA, ARTRITE<br/>IDIOPÁTICA JUVENIL<br/>POLIARTICULAR E PSORIASIS<br/>EM PLACAS</b>                                      | <i>Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 18419/2010, de 2 de Dezembro<br/>Procedimento de registo mínimo</i>  | 100%         | <i>Despacho n.º 18419/2010, de 2/12, alterado pelo Despacho n.º 1845/2011, de 12/01 e Declaração de Rectificação n.º 286/2011, de 31/01</i>   |
| <b>FIBROSE QUÍSTICA</b>  | <i>Medicamentos comparticipados</i>  | 100%         | <i>Desp. 24/89, de 2/2; Portaria n.º 1474/2004, de 21/12</i>  |
| <b>DOENTES INSUFICIENTES CRÓNICOS E TRANSPLANTADOS RENAISS</b>   | <i>Medicamentos incluídos no anexo do Desp. n.º 3/91, de 08 de Fevereiro.<br/>Lista de Medicamentos</i>  | 100%         | <i>Despacho n.º 3/91, de 08/02, alterado pelo Despacho n.º 11619/2003, de 22/05, Despacho n.º 14916/2004, de 02/07, Rectificação n.º 1858/2004, de 07/09, Despacho n.º 25909/2006, de 30/11, Despacho n.º 10053/2007 de 27/04 e e Despacho n.º 8680/2011 de 17/06</i> |
| <b>DOENTES INSUFICIENTES RENAISS CRÓNICOS</b>  | <i>Medicamentos contendo ferro para administração intravenosa;<br/>Medicamentos (DCI): Eprex (epoetina alfa); Neorecormon (epoetina beta); Retacrit (epoetina zeta); Aranesp (darbepoetina alfa); Mircera (Metoxipolietilenoglicol-epoetina beta).</i> | 100%         | <i>Despacho n.º 10/96, de 16/05; Despacho n.º 9825/98, 13/05, alterado pelo Despacho n.º 6370/2002, de 07/03, Despacho n.º 22569/2008, de 22/08, Despacho n.º 29793/2008, de 11/11 e Despacho n.º 5821/2011, de 25/03</i>   |
| <b>INDIVÍDUOS AFECTADOS PELO VIH</b>   | <i>Medicamentos indicados para o tratamento da infecção pelo VIH, incluídos no Despacho n.º 280/96.</i>  | 100%         | <i>Desp. 14/91, de 3/7; Desp. 8/93, de 26/2; Desp. 6/94, de 6/6; Desp. 1/96, de 4/1; Desp. 280/96, de 6/9, alterado pelo Desp. 6 778/97, de 7/8 e Despacho n.º 5772/2005, de 27/12/2004</i>   |
| <b>- DEFICIÊNCIA DA HORMONA DE CRESCIMENTO NA CRIANÇA;<br/>- SÍNDROMA DE TURNER;<br/>- PERTURBAÇÕES DO CRESCIMENTO;<br/>- SÍNDROME DE PRADER-WILLI;<br/>- TERAPÉUTICA DE SUBSTITUIÇÃO EM ADULTOS</b> | <i>Medicamentos contendo hormona de crescimento nas indicações terapêuticas referidas no Despacho n.º 12455/2010, de 22 de Julho</i>   | 100%         | <i>Despacho n.º 12455/2010, de 22/07</i>  |
| <b>ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)</b>   | <i>Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 8599/2009, de 19 de Março</i>  | 100%         | <i>Despacho n.º 8599/2009, de 19/03</i>   |
| <b>SÍNDROMA DE LENNOX-GASTAUT</b>  | <i>Taloxa</i>  | 100%         | <i>Desp. 13 622/99, de 26/5</i>   |
| <b>PARAPLEGIAS ESPÁSTICAS FAMILIARES E ATAXIAS CEREBELOSAS HEREDITÁRIAS, nomeadamente a doença de Machado-Joseph</b>   | <i>Medicação antiespástica, anti-depressiva, indutora do sono evitamínica, desde que prescrita em consultas de neurologia dos hospitais da rede oficial e dispensada pelos mesmos hospitais</i>  | 100%         | <i>Despacho n.º 19 972/99 (2.ª série), de 20/9</i>  |
| <b>PROFILAXIA DA REJEIÇÃO AGUDA DE TRANSPLANTE RENAL ALOGÉNICO</b>   | <i>Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 6818/2004 (2.ª série), de 10 de Março</i>  | 100%         | <i>Despacho n.º 6818/2004, de 10/03, alterado pelo Despacho n.º 3069/2005, de 24/01, Despacho n.º 15827/2006, de 23/06,</i>   |



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Comissão

| <i>Patologia Especial</i>   | <i>Âmbito</i>   | <i>Comp.</i> | <i>Legislação</i>   |
|---|---|--------------|---|
|   |   |              | <i>Despacho n.º 19964/2008, de 15/07,<br/>Despacho n.º 8598/2009, de 26/03,<br/>Despacho n.º 14122/2009, de 12/06,<br/>Despacho n.º 19697/2009, de 21/08,<br/>Despacho n.º 5727/2010, de 23/03,<br/>Despacho n.º 5823/2011, de 25/03 e<br/>Despacho n.º 772/2012, de 12/01</i>  |
| <b>PROFILAXIA DA REJEIÇÃO AGUDA DO TRANSPLANTE CARDÍACO ALOGÉNICO</b> | <i>Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 6818/2004 (2.ª série), de 10 de Março</i>   | 100%         | <i>Despacho n.º 6818/2004, de 10/03, alterado pelo Despacho n.º 3069/2005, de 24/01,<br/>Despacho n.º 15827/2006, de 23/06,<br/>Despacho n.º 19964/2008, de 15/07,<br/>Despacho n.º 8598/2009, de 26/03,<br/>Despacho n.º 14122/2009, de 12/06,<br/>Despacho n.º 19697/2009, de 21/08,<br/>Despacho n.º 5727/2010, de 23/03,<br/>Despacho n.º 5823/2011, de 25/03 e<br/>Despacho n.º 772/2012, de 12/01</i> |
| <b>PROFILAXIA DA REJEIÇÃO AGUDA DE TRANSPLANTE HEPÁTICO ALOGÉNICO</b> | <i>Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 6818/2004 (2.ª série), de 10 de Março</i>   | 100%         | <i>Despacho n.º 6818/2004, de 10/03, alterado pelo Despacho n.º 3069/2005, de 24/01,<br/>Despacho n.º 15827/2006, de 23/06,<br/>Despacho n.º 19964/2008, de 15/07,<br/>Despacho n.º 8598/2009, de 26/03,<br/>Despacho n.º 14122/2009, de 12/06,<br/>Despacho n.º 19697/2009, de 21/08,<br/>Despacho n.º 5727/2010, de 23/03,<br/>Despacho n.º 5823/2011, de 25/03 e<br/>Despacho n.º 772/2012, de 12/01</i> |
| <b>DOENTES COM HEPATITE C</b>   | <i>Ribavirina (Copegus®, Rebetol®);<br/>Peginterferão alfa 2-a(Pegasys®);<br/>Peginterferão alfa 2-b(Pegintron®)</i>  | 100%         | <i>Portaria n.º 1522/2003, de 13/11;<br/>Portaria nº274/2004, de 02/02</i>  |
| <b>ESCLEROSE MÚLTIPLA (EM)</b>  | <i>Lista de medicamentos, referidos no anexo ao Despacho n.º 11728/2004 (2.ª série), de 17 de Maio</i>  | 100%         | <i>Despacho n.º 11728/2004, de 17/05;<br/>alterado pelo Despacho n.º 5775/2005, de 18/02,<br/>Rectificação n.º653/2005, de 08/04,<br/>Despacho n.º10303/2009, de 13/04 e<br/>Despacho n.º12456/2010, de 22/07</i>   |
| <b>DOENTES ACROMEGÁLICOS</b>  | <i>Análogos da somatostatina - Sandostatina , Sandostatina LAR® (Octreotida); Somatulina , Somatulina Autogel® (Lanreotida);</i>  | 100%         | <i>Desp. n.º 3837/2005, (2ª série) de 27/01;<br/>Rectificação nº 652/2005, de 06/04</i>   |
| <b>DOENTES ACROMEGÁLICOS</b>  | <i>Tratamento de doentes que apresentaram resposta inadequada à cirurgia e/ou radioterapia e nos quais um tratamento médico apropriado com análogos da somatostatina não normalizou as concentrações de IGF-1 ou não foi tolerado - Somavert® (Pegvisomante)<br/><i>Ver lista</i></i> | 100%         | <i>Desp. n.º 3837/2005, (2ª série) de 27/01;<br/>Rectificação nº 652/2005, de 06/04</i>   |
| <b>DOENÇA DE CROHN ACTIVA GRAVE OU COM FORMAÇÃO DE FÍSTULAS</b>       | <i>Remicade® - (Infliximab)<br/>Humira® - (Adalimumab)<br/><i>Ver lista</i></i>   | 100%         | <i>Desp. n.º 4466/2005, de 10/02, alterado pelo Despacho n.º 30994/2008, de 21/11</i>   |



## Comissão

*Quadro n.º 2 – Quadro de medicamentos dispensados em Farmácia Oficina, actualizada pelo Infarmed em 16.02.2012.*

| Patologia Especial                            | Âmbito   | Comp.  | Legislação  |
|---|--|--|---|
| PARAMILOIDOSE                                 | Todos os medicamentos  | 100%   | Despacho 4 521/2001 (2ª série), de 31/1/2001  |
| LÚPUS   | Medicamentos comparticipados   | 100%   | Despacho 11 387-A/2003 (2ª Série), de 23/5  |
| HEMOFILIA                                     | Medicamentos comparticipados   | 100%   | Despacho 11 387-A/2003 (2ª Série), de 23/5  |
| TALASSEMIA<br>(hemoglobinaopatia)             | Medicamentos comparticipados   | 100%   | Despacho 11 387-A/2003 (2ª Série), de 23/5  |
| DEPRANOCITOSE<br>(hemoglobinaopatia)          | Medicamentos comparticipados   | 100%   | Despacho 11 387-A/2003 (2ª Série), de 23/5  |
| DOENÇA DE ALZHEIMER                           | <u>Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho nº 13020/2011 (2ª série), de 20 de Setembro</u>        | 37%<br>(quando prescrito por neurologistas ou psiquiatras) | Despacho nº 13020/2011, de 20/09  |
| PSICOSE MANIACO-DEPRESSIVA                    | Priadel<br>(carbonato de litio)  | 100%   | Despacho 21 094/99, de 14/9   |
| DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL                | <u>Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho nº 1234/2007 (2ª série), de 29 de Dezembro de 2006</u> | 90%<br>(quando prescrito por médico especialista)          | Despacho nº 1234/2007, de 29/12/2006, alterado pelo Despacho nº 19734/2008, de 15/07, Despacho nº 15442/2009, de 01/07, Despacho nº 19696/2009, de 20/08 e Despacho nº 5822/2011, de 25/03  |
| ARTRITE REUMATÓIDE E ESPONDILITE ANQUILOSANTE | <u>Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho nº 14123/2009 (2ª série), de 12 de Junho</u>           | 69%  | Despacho nº 14123/2009 (2ª série), de 12 de Junho (substitui o anterior Despacho nº 21249/2006 (2ª série), de 27 de Setembro)   |
| DOR ONCOLÓGICA MODERADA A FORTE               | <u>Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho nº 10279/2008 (2ª série), de 11 de Março de 2008</u>   | 90%  | Despacho nº 10279/2008, de 11/03, alterado pelo Despacho nº 22186/2008, de 19/08, Despacho nº 30995/2008, de 21/11, Despacho nº 3285/2009, de 19/01, Despacho nº 6229/2009 de 17/02, Despacho nº 12221/2009 de 14/05, Declaração de Rectificação nº 1856/2009, de 23/07, Despacho nº 5725/2010 de 18/03, Despacho nº 12457/2010 de 22/07 e Despacho nº 5824/2011 de 25/03 |
| DOR CRÓNICA NÃO ONCOLÓGICA MODERADA A FORTE   | <u>Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho nº 10280/2008 (2ª série), de 11 de Março de 2008</u>   | 90%  | Despacho nº 10280/2008, de 11/03, alterado pelo Despacho nº 22187/2008, de 19/08, Despacho nº 30993/2008, de 21/11, Despacho nº 3286/2009, de 19/01 e Despacho nº 6230/2009, de 17/02, Despacho nº 12220/2009, de 14/05, Despacho nº 5726/2010 de 18/03, Despacho nº 12458/2010 de 22/07 e Despacho nº 5825/2011 de 25/03   |
| PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA              | <u>Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho nº</u>   | 69%  | Despacho nº 10910/2009, de 22/04 alterado pela Declaração de Rectificação nº 9  |



### Comissão

| Patologia Especial | Âmbito  | Comp. | Legislação  |
|--------------------|---|-------|---|
|                    | 10910/2009, de 22 de Abril                      |       | 1227/2009, de 30/04, Despacho n.º 15443/2009, de 01/07, Despacho n.º 5643/2010, de 23/03 e Despacho n.º 8905/2010, de 18/05 |
| PSORIASE           | <u>Medic. psoriase</u><br>Lista de medicamentos | 90%   | Lei n.º 6/2010, de 07/05  |

### V – Opinião do Relator

Entende a relatora que há muito tempo que os doentes crónicos iniciaram uma caminhada que não tem sido fácil, que está longe de ter um fim à vista. Entende que é tempo de que alguma coisa aconteça.

Por isso não poderá a Assembleia da República alhear-se desta causa, devendo dar alguns passos no sentido de ser elaborado o Estatuto do Doente Crónico bem como a Tabela de Incapacidades e Funcionalidades que os mesmos reclamam.

Reconhece-se que a elaboração destes documentos é da competência do Governo, sendo que qualquer grupo de trabalho a constituir, o poderia ser, se não for outra a forma possível, a título de dever de cidadania e em favor do bem comum.

Entendo que o trabalho proposto pela Senhora Professora Doutora Anabela Pinto está para além de um código de incapacidades pretende ser em simultâneo um instrumento de avaliação do diagnóstico e da terapêutica.

A implementação com carácter geral do CIF, em vigor desde 2003, é urgente. Poderá resolver grande parte das questões de avaliação de incapacidades, apesar de ser um documento muito extenso. Deverá ser feita ainda que com pressão sobre os profissionais que devem aplicá-la. No entanto, admite-se a necessidade de formação para os referidos técnicos, para que se tornem capazes de trabalhar as tabelas respectivas.

Há especialistas disponíveis para integrarem um grupo de trabalho técnico, com vista à preparação dos referidos documentos, para posterior entrega ao Senhor Ministro da Saúde.

### VI – Conclusões

1 – A definição de doença crónica deve ser estabelecida através de um Estatuto Jurídico dos Doentes Crónicos, à luz dos princípios estabelecidos pela Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade da Saúde, recomendada pela Organização Mundial de Saúde.



### Comissão

2 – Os Ministérios da Saúde e da Solidariedade e Segurança Social são, maioritariamente, os ministérios competentes para resolver, em grande parte, todas as questões que se levantam, no âmbito das doenças crónicas e suas patologias incapacitantes.

3 – As grandes necessidades dos doentes crónicos passam pela comparticipação de medicamentos e suplementos dietéticos, Estatuto Jurídico do Doente Crónico e elaboração de uma Tabela de Nacional de Incapacidades e Funcionalidades da Saúde.

4 – As Associações representantes dos doentes crónicos debatem-se com problemas específicos, tais como: apoios e benefícios sociais; acessos a consultas de especialidade, comparticipação de medicamentos, dispositivos médicos, suplementos dietéticos, material clínico e equipamento de compensação de uso diário, cuidados continuados e integrados, necessidades educativas especiais.

5 – Igualmente, a necessidade de legislação adequada à integração profissional e sistema de reforma e pensões, bem como de desenvolvimento de Programas de Apoio à Investigação Científica.

6 – Os medicamentos órfãos devem continuar a ser objecto de comparticipação total por parte do Estado, bem como devem ser colocados no mercado nos prazos legalmente previstos, pelo Infarmed.

7 – Torna-se necessário que o Infarmed divulgue e informe sempre que exista substituição de medicamentos de marca por genéricos e introdução de novos medicamentos no mercado.

8 – A Classificação Internacional da Funcionalidade e Incapacidade e Saúde – CIF, foi adoptada em Portugal a partir de 13.11.2002, mas a sua implementação não está generalizada nos serviços de saúde.

### VII - Parecer

Assim, a Comissão de Saúde é de parecer:

1. *Que, nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 24.º da Lei n.º 43/90, de 10 de Agosto, com as alterações introduzidas pelas Leis n.os 6/93, de 1 de Março, 15/2003, de 4 de Junho, e 45/2007, de 24 de Agosto, a Petição n.º 42/XII/1.ª seja objecto de apreciação em Plenário da Assembleia da República;*
  
2. *Que, nos termos do n.º 2 do artigo 24.º da Lei n.º 43/90, de 10 de Agosto, a Petição n.º 42/XII/1.ª seja enviada a Sua Exceléncia, o Presidente da Assembleia da República, para efeitos de agendamento da apreciação a que se refere o ponto anterior, acompanhada do presente Relatório;*



### Comissão

3. Que, nos termos legais aplicáveis, o presente relatório seja levado ao conhecimento dos representantes dos petionários;
4. Que o presente relatório seja levado ao conhecimento do Governo, através do Senhor Ministro da Saúde e do Senhor Ministro da Solidariedade e da Segurança Social.

Palácio de S. Bento, 13 de Março de 2012

A Deputada Relatora,

(Conceição Bessa Ruão)

A Presidente da Comissão,

(Maria Antónia Almeida Santos)