

VIVER EM TEMPOS INCERTOS SUSTENTABILIDADE E EQUIDADE NA SAÚDE



RELATÓRIO DE PRIMAVERA 2017

**VIVER EM
TEMPOS INCERTOS
SUSTENTABILIDADE
E EQUIDADE
NA SAÚDE**

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE

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



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



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

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

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1. ANÁLISE DA POLÍTICA E GOVERNAÇÃO DA SAÚDE	19
2. PORTUGAL NO CONTEXTO DA OCDE	37
3. A SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE	53
4. EQUIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE	69
5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE	91
6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL CONTINENTAL CONTEXTUALIZAÇÃO E CARATERIZAÇÃO.....	137
CONCLUSÃO	161
ANEXOS	171

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

- ACES** - Agrupamento de Centros de Saúde
- ACSS** - Administração Central dos Serviços de Saúde, I.P.
- ADSE** - Assistência na Doença aos Servidores do Estado
- AD** - Associações de Doentes
- AIM** - Autorização de Introdução no Mercado
- ANF** - Associação Nacional das Farmácias
- AO** - Antineoplásicos orais
- APCP** - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
- APIFARMA** - Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica
- AR** - Assembleia da República
- ARS** - Administração Regional de Saúde
- AVK** - Antivitamínicos K
- BZPs** - Benzodiazepinas
- CATS** - Comissão de Avaliação de Tecnologias da Saúde
- CDG** - Congenital Glycosylation Disorders
- CE** - Comunidade Europeia
- CEFAR** - Centro de Estudos e Avaliação em Saúde da ANF
- CNCP** - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos
- CNSM** - Coordenação Nacional de Saúde Mental
- CNRSSM** - Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental
- CPP** - Cuidados Paliativos Pediátricos
- CR** - Constituição da República
- CRI** - Centro de Responsabilidade Integrada
- CSP** - Cuidados de Saúde Primários
- CTD** - Custo Tratamento Dia
- DALY** - Disability Adjusted Life Years
- DCI** - Denominação Comum Internacional
- DDD** - Doses Diárias Definidas
- DGS** - Direção-Geral da Saúde

DL - Decreto-Lei

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DPSM - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

E.P.E. - Entidade Pública Empresarial

EA - Evento Adverso

EAPC - European Association for Palliative Care

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP - Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ESAC-Net - European Surveillance of Antimicrobial Consumption Network

ESC - European Society of Cardiology

EUA - Estados Unidos da América

GAT - Grupo de Ativistas em Tratamento

INE - Instituto Nacional de Estatística

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P

INS - Inquérito Nacional de Saúde

INSA - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

MdE - Memorando de Entendimento

MF - Ministério das Finanças

MS - Ministério da Saúde

N.º - Número

NACOs - Novos Anticoagulantes Orais

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG - Organizações não-governamentais

OOP - out of pocket - pagamento direto

OPCP - Observatório Português dos Cuidados Paliativos

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PG - Programa de Governo

PIB - Produto Interno Bruto

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSM - Programa Nacional de Saúde Mental

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

PPCIRA - Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos

PREMAC - Plano de Redução e Melhoria da Administração Central

PSP - Polícia de Segurança Pública

RAM - Reação Adversa ao Medicamento

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos

RP - Relatório de Primavera

SE - Socioeconómicos

SEAMS - Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

SICO - Sistema de Informação de Certificação de Óbitos

SIGA - Sistema Integrado de Gestão do Acesso

SILC - Survey on Income and Living Conditions

SLSM - Serviços Locais de Saúde Mental

SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SINATS - Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde

SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SIVIDA - Sistema de informação que permite a monitorização e acompanhamento de utentes com VIH/SIDA

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SSMR - Serviços de Saúde Mental Regionais

TARc - Terapêutica antirretroviral

TGN - Técnica de Grupo Nominal

TMRG - Tempo Mínimo de Resposta Garantido

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UE - União Europeia

ULMD - Unidades de Longa Duração e Manutenção

UMDR - Unidades de Média Duração e Reabilitação

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USP - Unidade de Saúde Pública

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

Pedro Lopes Ferreira

José Aranda da Silva

Julian Perelman

Rogério Gaspar

Felismina Mendes

INTRODUÇÃO

Quando entrou em funções o XXI Governo Constitucional, fim de Novembro 2015, a situação económica do país ainda suscitava alguma desconfiança, muito longe do atual otimismo. O crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), no quarto trimestre de 2015, tinha sido de 1,37% em relação ao período homólogo de 2015 (dados do Instituto Nacional de Estatística). O défice, em percentagem do PIB, foi de 4,4% em 2015, estando Portugal envolvido num Procedimento por

Défice Excessivo (PDE) pela União Europeia, obrigando ao prosseguimento de políticas de contenção da despesa e aumento das receitas sob pena de imposição de multas. A dívida portuguesa continuava a ser avaliada como “lixo financeiro” pelas agências de rating internacional; a taxa de juro a 10 anos da dívida era de 2,4% em Janeiro 2016 (comparativamente, tinha sido de 10,2% em 2011, e está em 3,05% em Junho 2017).

Neste contexto, embora o Programa do Governo indicasse a vontade de “revigorar” e “recuperar” o Serviço Nacional de Saúde (SNS), sabia-se que este desafio teria que ser alcançado com poucos meios financeiros, sendo limitadas as perspectivas de grandes mudanças e investimentos. O Programa do Governo não deixou no entanto de apresentar uma lista de propostas, que são detalhadas no **Primeiro Capítulo** do presente relatório, tais como o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, a redução das desigualdades no acesso aos cuidados, o reforço do poder do cidadão (através da liberdade de escolha, envolvimento da comunidade e maior transparência no desempenho das unidades de cuidados), a expansão dos cuidados de saúde primários e dos cuidados continuados integrados (retomando a reforma iniciada em 2006), e outros desafios mais vagos como a melhoria da gestão hospitalar, o aperfeiçoamento dos recursos humanos e a melhoria da governação. O Capítulo 1 detalha as propostas e avalia, de forma crítica, a sua implementação no terreno através de medidas concretas, fazendo um trabalho de tipo

government watchdog. O capítulo destaca de que forma, num momento de transição, com meios limitados e muitos receios sobre o futuro, foi possível adotar pequenas medidas de melhoria do SNS, verificando-se, no entanto, que ficaram aquém dos investimentos necessários para atingir o tal “revigoração” e “recuperação” do SNS.

O **Segundo Capítulo** consiste numa avaliação global do sistema de saúde português, em comparação com os restantes países da OCDE, em termos de estado de saúde da população, fatores de risco, despesas em saúde, efetividade e qualidade dos cuidados (mortalidade evitável, consumo de antibióticos, rastreios), e acesso aos cuidados. Através desta comparação, pretende-se algum distanciamento com uma avaliação de curto prazo e dentro de portas, para uma visão mais alargada do posicionamento do sistema de saúde português e dos seus verdadeiros desafios.

O **Terceiro Capítulo** debruça-se sobre o tema essencial da sustentabilidade do SNS, num contexto de fraco crescimento económico e endividamento do Estado. Embora

INTRODUÇÃO

o termo de sustentabilidade possa ser entendido de várias formas – sustentabilidade social, ambiental, económica – é este último ponto, da sustentabilidade económica, que o capítulo foca, por ser aquele mais em perigo no curto prazo, e pela disponibilidade de dados. Esta análise considera a sustentabilidade económica no sentido estrito (aumento da despesa compatível com aumento das receitas do Estado e das outras despesas), mas também considera a eficiência do sistema de saúde, sendo que a despesa será sustentável se for eficiente, ou seja, se o investimento trazer retorno. A eficiência é medida comparando despesas e resultados em saúde entre Portugal e países da União Europeia. De seguida, o capítulo analisa a evolução da despesa e do endividamento do SNS, e as suas possíveis consequências.

Os capítulos seguintes focam temas específicos, que têm sido analisados regularmente nos Relatórios de Primavera, independentemente da conjuntura ou do governo. Estes temas foram escolhidos porque representam questões sociais pertinentes, em termos da saúde da população e/ou da carga

social e económica, e porque os desafios que colocam se interligam fortemente com as políticas de saúde e funcionamento do sistema de saúde.

O **Quarto Capítulo** analisa as desigualdades na utilização e acesso aos cuidados de saúde. O Relatório da Primavera 2017 analisou as desigualdades em saúde; este ano optámos por analisar um dos principais determinantes destas desigualdades, nomeadamente as diferenças sociais nos cuidados de saúde. O tema é particularmente prioritário num período pós-recessão e pós-Troika, no qual se esperava que o acesso para os mais vulneráveis pudesse ter sido reduzido, pela deterioração das suas condições materiais e pelos cortes nos serviços de saúde. Para tal, depois de justificar a relevância do tema em termos de justiça social, analisámos grandes bases de dados portuguesas e europeias, e a literatura recente sobre o tema, para avaliar a evolução destas desigualdades no acesso e na utilização de cuidados em Portugal.

O **Quinto Capítulo** examina tendências recentes na política do medicamento, que representa uma dimensão muito importante dos cuidados de saúde e uma proporção elevada das despesas em saúde (19,5% em 2015) e dos encargos do SNS (23,0% em 2015). O capítulo foca quatro estudos de caso que refletem, através de exemplos concretos, algumas das evoluções recentes nesta área:

(i) evolução do consumo de antibióticos e aparecimento de resistências bacterianas, questão premente de saúde pública em Portugal e no mundo;

(ii) evolução do consumo e da despesa com novos anticoagulantes orais, que apresentam mais-valia terapêutica, mas custos muito elevados;

(iii) descentralização da dispensa de terapêuticas antineoplásicas orais para as farmácias comunitárias, como forma de melhorar o acesso à medicação.

Finalmente, o **Sexto Capítulo** caracteriza os cuidados paliativos em Portugal continental, em termos de

equipas, unidades e camas, tempos de espera, recursos humanos e doentes tratados. Esta questão é premente quando sabemos que a maioria dos óbitos ocorrem nos hospitais, com uma escassa oferta de cuidados paliativos, e com desrespeito pela vontade e preferências das pessoas.

A **Conclusão** do relatório junta os principais resultados de cada um dos capítulos e as principais recomendações de política de saúde que decorrem destes resultados.

1. ANÁLISE DA POLÍTICA E GOVERNAÇÃO DA SAÚDE

José Aranda da Silva
Maria Augusta Sousa
Miguel Lopes
Vítor Ramos

1. ANÁLISE DA POLÍTICA E GOVERNAÇÃO DA SAÚDE

O XXI Governo apresentou um ambicioso Programa que intitulou “Defender o SNS, promover a Saúde”. Da sua nota introdutória salientamos a afirmação de que “a crise e a fraca definição de políticas levaram o SNS a gastar pior os recursos escassos e gerou graves problemas e desigualdades no acesso, tendo-lhe faltado

visão estratégica e capacidade de executar as reformas organizativas indispensáveis. O revigoreamento e a recuperação do SNS e do seu desempenho constituem, por isso, um dos mais árduos desafios para a próxima década, sendo um teste decisivo á determinação política na defesa do Estado Social”.

Neste capítulo vamos analisar as propostas mais importantes contidas no Programa de Governo (PG) assim como as medidas adotadas em 2016 e primeiros 3 meses de 2017, visando o cumprimento do proposto.

Em janeiro 2016 o Ministro da Saúde, afirmou que o SNS precisa de ser reconstruído e que tudo faria para melhorar as condições de vida das pessoas no acesso ao sistema: “Farei com a minha equipa aquilo que é a minha obrigação, dar tudo para melhorar as condições de vida das pessoas no acesso ao sistema de saúde e espero que daqui a um ano os portugueses estejam mais tranquilos, mais confiantes, porque é preciso dizer aos portugueses que o SNS tem mesmo de ser reconstruído”.

Nesse mesmo mês, são nomeados os Coordenadores Nacionais para a Reforma do SNS na área dos Cuidados de Saúde Hospitalares (entretanto duas vezes substituído), para os Cuidados Primários de Saúde (CSP) e para os Cuidados Continuados Integrados (CCI), aos quais se sucedem a substituição dos dirigentes do INFARMED, ACSS e ARSLVT.

A criação das três coordenações de cuidados prenunciava uma visão vertical da Reforma do SNS, posteriormente colmatada com a criação do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, também previsto no PG.

Em paralelo ao longo do ano 2016, destacamos também a criação de diversas estruturas de suporte refletindo uma preocupação de controlo da utilização dos fundos públicos, com a nomeação do Grupo de Prevenção e Luta contra a Fraude no SNS, da Comissão de Fiscalização Externa dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) e da Comissão de acompanhamento do compromisso para a sustentabilidade e desenvolvimento do SNS, aguardando-se a publicação dos resultados do trabalho destas Comissões.

Salienta-se ainda em 2016, a apresentação no parlamento da proposta da nova Lei de Saúde Pública, legislação que pretende “consolidar e atualizar os progressos alcançados na área de intervenção específica da saúde Pública” e “consolidar num único diploma a mais relevante legislação publicada específica da saúde pública”.

1. ANÁLISE DA POLÍTICA E GOVERNAÇÃO DA SAÚDE

Ao analisarmos as propostas incluídas no PG, em especial no que se refere a medidas concretas, retificativas de políticas anteriores (taxas moderadoras, transporte de doentes, tabagismo, reprodução médica assistida, Programa de vacinação, por exemplo) ou concretização de medidas já previstas e prometidas em anteriores governos, mas não concretizadas (criação do Conselho Nacional de Saúde, por exemplo), podemos afirmar que para pouco mais de um ano de Governo se regista um significativo nível de concretização das medidas inscritas no PG. Consideramos importante ainda referir os inúmeros projetos do Programa Simplex+ ligados à saúde, os quais na sua maioria tem início de aplicação em 2017.

Apesar do aparente elevado grau de execução das medidas do PG para a saúde, parece-nos no entanto, importante efetuar uma análise mais detalhada das propostas mais estruturantes que constituem a anunciada Reforma do SNS, nomeadamente as medidas legislativas e o seu grau de cumprimento ou implementação, sendo de referir que este mesmo exercício foi efetuado pelo Ministério da Saúde, em março

de 2017, uma reunião que decorreu em Santo Tirso onde foram prestadas contas sobre os vários eixos da Reforma do SNS.

Nova ambição para a Saúde Pública

Regista-se o caráter inovador e impulsionador do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, sinal de uma nova visão e atitudes para a saúde pública e para o sistema de saúde. Este Programa iniciou os seus primeiros passos e deverá evoluir com interligação e entrosamento com as demais iniciativas de reforma em curso.

Em relação à reorganização dos serviços de saúde pública constata-se um sucessão de comissões, de grupos de trabalho e a multiplicação de documentos com visões contraditórias e conflituantes entre si. Sugere-se que esta vertente seja abrangida por uma coordenação singular, unificada e integradora de todas as áreas atualmente em debate e em transformação na saúde, no sistema de saúde e no SNS.

Reduzir as desigualdades

Registam-se medidas pontuais, relativamente simbólicas mas indicadoras de uma nova visão e atitude política no sentido de atenuar barreiras de índole social, económico e cultural. Destacam-se as alterações introduzidas nas taxas moderadoras e as dirigidas a grupos de pessoas com maior vulnerabilidade, bem como o anúncio de medidas e de ações dirigidas a uma maior equidade de respostas nos diferentes Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) quanto à saúde oral, psicologia e saúde mental e nutrição, entre outras.

Quanto ao compromisso de *“Reforçar a participação dos órgãos de coordenação regional e da administração autárquica nos respetivos níveis, desenvolvendo os correspondentes mecanismos participativos na gestão do SNS”*, esta é uma área a merecer prioridade.

Reforçar o poder do cidadão

Foram tomadas algumas medidas emblemáticas, que parecem sinalizadoras de um percurso iniciado. Destas, destaca-se a possibilidade de os cidadãos poderem escolher ser

assistidos “fora da área” a que estão circunscritos pela sua residência ou inscrição numa unidade de CSP. Porém, existem relatos e reclamações de unidades hospitalares que reagem negativamente e dificultam este procedimento o que deve ser tido em conta na monitorização desta medida.

De salientar também os diversos projetos locais em curso visando desenvolver a telemonitorização e telemedicina a par da criação do Centro Nacional de Tele-saúde, visando reforçar a estratégia nacional para a promoção da telemedicina e promover a utilização das tecnologias de informação e comunicação, como parte da reforma dos cuidados de saúde (Resolução do Conselho de Ministros n.º 67/2016, de 26 de outubro).

Relativamente ao compromisso de *“promover uma cultura de transparência e de prestação de contas perante a sociedade”* é de assinalar que os *conselhos da comunidade* dos ACeS estão inoperantes na quase totalidade destes agrupamentos. Consequentemente, os conselhos executivos dos ACeS, instituídos legalmente desde 2008, são órgãos virtuais ou inexistentes.

1. ANÁLISE DA POLÍTICA E GOVERNAÇÃO DA SAÚDE

Os conselhos executivos dos ACeS são, legalmente, os órgãos que deveriam materializar o envolvimento efetivo dos cidadãos e das comunidades nas grandes decisões de organização e de melhoria do funcionamento dos cuidados de saúde primários bem como no controlo e avaliação do seu desempenho integrando as dimensões da administração de saúde (pela participação do diretor executivo), da vertente técnico-científica (pelo envolvimento do conselho clínico e de saúde na pessoa do seu presidente) e dos cidadãos e da comunidade (pela participação do presidente do conselho da comunidade).

Atualmente, a governação e gestão dos ACeS, está assente, na maioria dos casos, num órgão “unipessoal” que é o diretor executivo. Este, por seu lado, deveria ter suficiente capacidade de gestão de recursos (humanos, materiais e financeiros). Sugere-se que o Conselho Nacional de Saúde, em constituição, tenha em conta prioritariamente a anomalia atrás descrita, e o estabelecido na Constituição da República Portuguesa para uma “*gestão descentralizada e participada*” do SNS.

Expansão e melhoria da capacidade da rede de CSP

Em relação ao compromisso modesto e cauteloso da criação, até ao fim da legislatura, de 100 novas Unidades de Saúde Familiar (USF), as medidas e a dinâmica em curso permitem prever que tal se concretizará. No entanto, aconselha-se a rever a estratégia de intervenção nos CSP visando reduzir as grandes iniquidades de acesso e qualidade de cuidados entre cidadãos e comunidades. A população abrangida por USFs é cerca de metade da população total. A manter-se a estratégia e ritmo atuais, a reforma e as iniquidades atuais nos CSP arrastar-se-ão até 2030 - 25 anos após o seu delineamento e impulso de arranque em 2005.

Sugere-se por isso uma intervenção prioritária na melhoria da organização e das condições de acolhimento e assistência nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Esta abordagem facilitará a evolução natural de muitas das atuais UCSP para USF, acelerando o processo de reforma. Por outro lado a reorganização dos CSP não se resume apenas às USF

e às UCSP, devendo ampliar-se aos restantes tipos de unidades funcionais dos ACeS, bem como aos seus órgãos de governação e gestão. Uma atenção especial deveria ser dada às Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), às Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e às Unidades de Saúde Pública (USP).

Para que a reforma dos CSP possa ser concluída até 2021, será necessário triplicar o ritmo da mudança. Para isso, entre outros aspetos, será necessário rever o emaranhado jurídico, organizacional e gestivo atual das instituições do SNS e das que a ele deveriam pertencer (caso do INEM). De igual modo parece desejável desenvolver um novo modelo de participação, de envolvimento e de mobilização dos cidadãos e dos recursos comunitários em torno da reorganização e do desenvolvimento do seu SNS. Este tem sido e deve continuar a ser um fator decisivo de solidariedade e de coesão social, bem como de produção de riqueza e de bem estar. Tal como já referido, a revisão dos capítulos do Decreto-Lei 28/2008 referentes aos conselhos da comunidade e aos conselhos executivos dos ACES

e um alinhamento destes órgãos com as redes sociais, já existentes e em funcionamento, bem como uma participação mais proativa e determinada do poder autárquico nestes órgãos, poderão e deverão ser linhas de trabalho a reforçar a curto prazo.

Melhorar a gestão dos hospitais

A melhoria da gestão dos hospitais preconizada no PG e a esperada Reforma dos cuidados hospitalares afigura-se complexa, requer custos de investimento e uma mudança cultural que deve orientar-se para a produção de resultados, para a articulação entre os diferentes níveis de cuidados e a efetiva circulação de informação clínica entre todos os agentes, não excluindo os utentes.

Contudo, ao longo do último ano continuamos a observar que uma grande percentagem dos utentes que se deslocaram às urgências hospitalares poderia ter sido tratada em cuidados de saúde de proximidade. Embora o [Despacho n.º 4835-A/2016, de 8 de abril](#) determine que as instituições hospitalares integradas no SNS devem dar prioridade ao atendimento dos

1. ANÁLISE DA POLÍTICA E GOVERNAÇÃO DA SAÚDE

utentes que sejam referenciados através dos CSP ou do Centro de Atendimento do SNS (linha Saúde 24), o escasso impacto desta orientação demonstra que a reforma hospitalar implica também corrigir a ideia de que o hospital é o único local adequado para dar resposta a todas as situações.

Sinal claro desta situação ocorreu já no início do presente ano com o pico da gripe. Apesar do esforço da tutela em gerir o afluxo crescente da procura aos serviços de urgência com recurso à criação de oferta em unidades de proximidade a resposta esperada por parte do cidadão ficou muito aquém do espectável. A este nível sugere-se uma actuação concertada a dois níveis. Por um lado os CSP para além da sua actuação na promoção da saúde e vigilância devem ter uma maior intervenção ao nível da gestão da doença aguda, devendo para o efeito ser assegurados de forma efetiva tempos de consulta para resolução dos problemas de saúde que são da competência dos CSP. Em paralelo deve ser promovido junto da população informação precisa, objetiva, clara e contínua sobre o acesso aos serviços de saúde.

Este fato continua a implicar por parte da gestão das instituições hospitalares uma alocação de recursos às estruturas dos serviços de urgências e a perpetuar as dificuldades na garantia de cobertura de equipas de profissionais de saúde em particular médicos, com permanência do recurso a contratações de prestadores de serviços, sem que se vislumbre uma verdadeira profissionalização e especialização desta atividade hospitalar.

Outro aspeto a merecer atenção, sob o ponto de vista da gestão dos hospitais, diz respeito ao assegurar da articulação e continuidade dos serviços com os CSP. Continuamos a assistir a um discurso assente na promoção e pouco na execução e concretização de medidas efetivas que conduzam à redução do número de dias de internamento, de internamentos e reinternamentos evitáveis e conseqüentemente de redução de custos. A atribuição de um gestor de caso, para acompanhar os doentes que vão com muita frequência aos Serviços de Urgência é uma das hipóteses para combater o excessivo recurso às urgências hospitalares a par com o maior envolvimento e capacitação

das famílias que lhes transmita segurança para prestarem cuidados no domicílio. Esta solução já testada em outros sistemas de saúde foi apontada por inúmeras vezes como solução a implementar pelo executivo mas nenhuma ação concreta foi até ao momento apresentada, apesar do início de algumas experiências por iniciativa de algumas Unidades Locais de Saúde.

O PG apontava igualmente como prioridade para a Reforma dos Hospitais uma revisão da sua organização interna e do modelo de gestão apostando na autonomia e na responsabilização da gestão e na aplicação de incentivos ligados ao desempenho. O sucesso de qualquer entidade/empresa passa pela qualidade da sua gestão. O SNS tem de ser capaz de garantir a qualidade no recrutamento de gestores, e de realizar uma avaliação do seu desempenho. Por outro lado, não podem existir dúvidas de que a qualidade dos gestores e dirigentes depende da sua formação e dos conhecimentos, capacidades e competências que detêm. Recentemente, o Decreto-Lei 18/2017, veio reforçar o imperativo de uma maior capacitação dos conselhos

de administração e dos órgãos de gestão intermédia, cujos membros deverão possuir formação específica relevante em gestão em saúde e experiência profissional adequada, a par com a transparência e igualdade de oportunidades nos processos de nomeação de diretores de serviço. Contudo, a aposta do legislador foi de natureza qualitativa. Consideramos que seria desejável avançar para critérios mensuráveis de uma forma transparente, como por exemplo um número mínimo de anos em lugares de direção intermédia, como critério de acesso aos lugares de direção de topo. De qualquer forma, será importante acompanhar o cumprimento destas novas orientações e em particular os reais impactos da sua aplicação.

Os hospitais são organizações que pela sua complexidade não são passíveis de ser geridas com o nível de centralização atualmente existente. Hoje, os conselhos de administração enfrentam um espartilho centralista que os impede de gerir as suas organizações, criando condições para a ineficiência, para a deterioração das condições de trabalho e da qualidade dos cuidados prestados. Assim, será desejável

1. ANÁLISE DA POLÍTICA E GOVERNAÇÃO DA SAÚDE

que os hospitais tenham um aumento gradual da sua autonomia acompanhada de uma maior responsabilização e de uma avaliação sistemática e objetiva dos conselhos de administração. Será igualmente importante que o nível de autonomia/responsabilização seja delegado em chefias intermédias conforme proposto recentemente pelo governo ao nível dos Centros de Responsabilidade Integrada (CRI). Contudo, sem dotarmos os hospitais de maior autonomia gestonária, a criação de CRI terá resultados muito limitados.

Outra das medidas bandeira do executivo é a criação do Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA), tendo como corolário o acesso e a liberdade de escolha a consultas de especialidade, cirurgias, urgências e meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica. A implementação progressiva do SIGA, ainda que sem resultados mensuráveis de forma consistente até ao momento na dimensão acesso e liberdade de escolha, teve uma dimensão que consideramos positiva que foi a disponibilização em tempo real dos Tempos médios de espera/resposta para os serviços de urgên-

cia, consultas de especialidade e cirurgias ([Portal do SNS](#)) por hospital, permitindo vislumbrar que os Tempos Máximo de Resposta Garantido (TMRG) registam ainda espaços de melhoria da eficiência face ao objetivo de alcançar “zero utentes” em cirurgias e atingir os 100% nas consultas realizadas no “tempo máximo” (últimos dados disponíveis julho 2016 no site ACSS). No que concerne aos meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica permanece ainda um vazio apesar da insistente comunicação e publicitação de medidas a implementar por parte da tutela.

Como propostas de melhoria da proximidade ao cidadão o PG tem definida ainda a dispensa de medicamentos até agora exclusiva dos hospitais para doentes com VIH, hepatite e cancro. Após muitos avanços e recuos o projeto-piloto que visa facilitar o acesso dos doentes à medicação e evitar longas deslocações aos hospitais através da dispensa de medicamentos para o VIH/sida nas farmácias comunitárias, avançou no Hospital Curry Cabral (Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.). O projeto envolve um conjunto de farmácias aderentes,

cujos profissionais foram alvo de formação e certificação específica para o efeito e de uma equipa científica externa, liderada pelo *Imperial College of London*. Aguardam-se com expectativa os resultados preliminares do projeto por forma a que a dispensa possa então alargar-se a outros pontos do país e a outros medicamentos e doentes.

Ainda ao nível da valorização do papel das farmácias comunitárias enquanto agentes de prestação de cuidados foi aprovada legislação que estabelece as condições de prestação de serviços de intervenção em saúde pública, apostando no desenvolvimento de medidas de apoio à utilização racional do medicamento e foi acordado com a Associação Nacional das Farmácias (ANF) o pagamento de um valor fixo por cada embalagem de medicamentos genéricos dispensado tendo como objetivo aumentar a quota de mercado de medicamentos genéricos no mercado português para os 60%. Salienta-se também a aposta no Registo de Saúde Electrónico, destacando-se

a desmaterialização das receitas médicas que se tornou obrigatória a partir de 1 de abril de 2016 para prescrição de medicamentos.

Expansão e melhoria da integração da Rede Nacional CCI

No quadro da Reforma do SNS, a nomeação do Coordenador na área dos CCI (janeiro 2016) e da Comissão Coordenadora⁽¹⁾ conduziu à elaboração do Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019, o que ocorreu a par com o compromisso assumido pelo 1.º Ministro em abril de 2016, de que haveria um investimento na ordem dos 70,4M€ para a sua expansão, promovendo o apoio no domicílio aos idosos e pessoas dependentes com a criação de 180 equipas e criação de 4800 lugares na RNCCI. Será importante conhecer o que foi até ao momento realmente investido.

O Plano de desenvolvimento da RNCCI partindo da identificação da situação avaliada em Junho de 2015 apresenta linhas de intervenção de grande relevância para

1 Despacho n.º 4663/2016, de 5 de Abril.

1. ANÁLISE DA POLÍTICA E GOVERNAÇÃO DA SAÚDE

a melhoria das respostas às pessoas em situação de dependência, incluindo as respostas de suporte a pessoas portadoras de doença mental com vista à sua estabilidade e integração social.

Deste modo podemos constatar que globalmente o ano de 2016 versus 2015 viu reforçada em 631 o n.º de camas disponibilizadas em todas as tipologias, perspectivando-se um aumento de 1049 camas em 2017⁽²⁾. Do mesmo modo pode verificar-se que para os CCI Saúde Mental um incremento em todas as tipologias de respostas disponíveis.

Tais perspectivas não podem ocultar a elevada taxa de ocupação em todas as tipologias da rede que envolvem internamento. Os dados de Março de 2017⁽³⁾ são demonstrativos encontrando-se os limites da capacidade de resposta muito perto dos 100%, nomeadamente as ULDM que oscila entre 99% no Algarve e 97% no Centro assim como as UMDR com 96% no Norte e 93% no Algarve.

Pelo contrário, no que respeita à oferta em cuidados no domicílio verifica-se que a taxa de ocupação dos lugares disponíveis nas várias regiões, dados referentes ao 1.º Trimestre de 2017 para as diferentes regiões, se situa numa média abaixo dos 70% (68,4) oscilando entre os 73% no Alentejo e os 60% no Algarve⁽⁴⁾. A utilização baixa deste recurso de proximidade não será alheio às efetivas dificuldades das famílias na assunção de cuidar dos seus mais próximos mas também a uma política de não investimento nesta vertente no que respeita a recursos humanos e materiais.

É neste quadro que entendemos ser importante realçar, pela sua relevância para o desenvolvimento de respostas adequadas e sustentáveis às necessidades dos doentes: os Cuidados Continuados no domicílio e os Cuidados Paliativos.

Definida como tipologia prioritária da RNCCI e com necessidade de reforço os Cuidados Continuados prestados no domicílio são asse-

2 MS, apresentação 24 de Março na Faculdade de Farmácia da UP.

3 Portal do SNS, Cuidados Continuados Integrados:BI.

4 Portal do SNS, Cuidados Continuados Integrados, BI.

gurados pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), normalmente afectas às UCC dos ACEs. Consideramos ser de relevar o facto de no Plano de Desenvolvimento⁵ da RNCCI terem sido definidos os critérios para otimizar e alterar os processos de sinalização e de referenciação (paliativos incluídos), a par com a análise ao funcionamento, revisão das competências e a articulação funcional das ECCI com as unidades funcionais dos CSP e a correspondente necessidade de dotação de recursos humanos. O reforço das ECCI, com profissionais e uma melhor articulação quer nos ACEs quer com os hospitais é fundamental para o sucesso deste nível de intervenção de proximidade.

Importa ainda referir que de acordo com o Plano de Desenvolvimento da RNCCI o reconhecimento dos cuidadores informais a pessoas dependentes nos seus domicílios está consubsteanciada na apresentação da proposta de Estatuto do Cuidador Informal. O cuidador informal é um pilar fundamental

para a domiciliação de cuidados e apoio social, pelo que se salienta o facto de a concretização das medidas de implementação apontarem para o período 2017-2019 o que é indicativo de uma posição prudential visto tratar-se de uma nova forma de entendimento do papel dos cuidadores.

Um aspeto menos positivo é a Regulamentação da Rede de Cuidados Paliativos e o desenvolvimento de um Plano estratégico sem que se tenha procedido à sua integração na RNCCI. O aumento da capacidade de resposta e a necessidade de diferenciação de profissionais com competências nesta área, é inquestionável, mas a sua separação para além de não fazer sentido, poderá abrir um caminho a eventual desperdício de recursos.

⁵ Fonte: CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS –SAÚDE E APOIO SOCIAL, Plano de Desenvolvimento da RNCCI, 2016-2017.

1. ANÁLISE DA POLÍTICA E GOVERNAÇÃO DA SAÚDE

Aperfeiçoar a gestão recursos humanos

Não há SNS renovado e melhorias nos cuidados sem a colaboração dos seus recursos humanos que se querem motivados, com competências adequadas e em número suficiente. Do atual governo esperava-se um sinal claro e inequívoco de reconhecimento aos profissionais, fato que não se observou até este momento.

Uma das medidas do PG apontava para a adequação da oferta educativa ao nível do ensino superior na área da saúde às necessidades de profissionais de saúde do SNS. Tal, implica obrigatoriamente um trabalho prospectivo de identificação e planeamento de médio e longo prazo que suporte as medidas nesta matéria. Não se conhece que tal trabalho tenha sido iniciado, o que limita ou impede a sua implementação.

Em simultâneo as restrições nas admissões de profissionais é o maior problema com que o SNS está confrontado. Menos profissionais que o recomendado implica menor disponibilidade para praticar atos técnicos de saúde que consequen-

temente se traduzirão em maior morbilidade, mortalidade, reinternamentos, aumento da taxa de infeção, maiores tempos de espera e de listas de espera. Regista-se no ano de 2016 um esforço para reverter esta situação nomeadamente na admissão de novos profissionais e reposição de rendimentos pela eliminação da sobre-taxa para os rendimentos mais baixos.

Contudo permanecem congeladas e sem regulamentação as carreiras dos diversos profissionais de saúde e desta forma não se respeitando as hierarquias técnicas e a valorização de competências aumenta progressivamente o descontentamento e desilusão com o sistema. Estes são factores de desmotivação e mesmo de acréscimo de dificuldades na gestão dos recursos disponíveis nomeadamente no que respeita a assegurar p. ex. os serviços por turnos e/ou visitação domiciliária.

No que concerne ao incentivo à mobilidade dos profissionais foram implementadas medidas relativamente aos médicos, contudo não foram propostos incentivos e políticas de desenvolvimento profissional para outros profissionais. Assim,

e tal como no passado, a sua implementação pode comprometer a interação essencial ao trabalho de equipa como factor decisivo na garantia da qualidade dos cuidados.

Importa referir ainda, que a Lei acordada entre o Ministério da Saúde e as Ordens Profissionais, representando um esforço para a definição de responsabilidades dos vários profissionais sujeitos à auto-regulação, enferma de uma efectiva ausência de suporte para que o ato de saúde não seja a soma dos atos de cada profissional, mas sim a necessária complementariedade decorrente da autonomia própria dos saberes que suportam as intervenções de cada um, o que pode conduzir a um acréscimo de dificuldades nas organizações de saúde na sua finalidade última de resposta adequada e de acordo com os recursos disponíveis às necessidades em saúde dos cidadãos.

Melhorar a Governação

No PG no que respeita à governação são avançadas diversas propostas na maioria de carácter geral. Mesmo considerando que muitas são de aplicação numa legislatura grande parte das medidas tomadas

nesta área foram instrumentais alterando aspetos organizativos do Ministério da Saúde (Secretaria Geral) e muitas outras de carácter pontual relacionadas com a política do medicamento de que salientamos a aprovação da Estratégia Nacional do Medicamentos e Produtos de saúde 2016-2020.

Como já referimos, a nomeação do Conselho Nacional de Saúde foi um passo importante mas do qual não se conhecem ainda resultados práticos. Neste âmbito seria importante estudarem-se formas mais eficazes de participação dos cidadãos na governação nomeadamente através operacionalização das estruturas já existentes e que não têm funcionado ou explorando novas formas de participação como as denominadas Comunidades Locais de Saúde (C. Justo; Universidade Lusófona).

Um aspecto muito positivo na aproximação dos cidadãos tem sido a utilização de plataformas como o "MySNS" e outras recentemente apresentadas que, no entanto, pelos dados divulgados estão ainda longe de ter uma utilização significativa por parte da população.

1. ANÁLISE DA POLÍTICA E GOVERNAÇÃO DA SAÚDE

Melhorar a qualidade

Importa realçar que comparativamente a 2015, o ano 2016 registou um aumento na aprovação e comparticipação de novos medicamentos, a par com um reforço ao nível do desenvolvimento de mecanismos que visam a implementação de modelos de avaliação das tecnologias de saúde, de que é exemplo o reforço do painel de peritos na CATS. Em paralelo e ainda ao nível da tecnologia medicamento, é de referir como positiva a celebração de acordos com a ANF e APIFARMA, como forma de promover a sustentabilidade do sistema e o acesso à inovação.

Por último e não menos importante, importa destacar o potencial do modelo colaborativo entre hospitais e universidades considerado estratégico no ensino e investigação em saúde, materializado na criação do Conselho Nacional dos Centros Académicos Clínicos (Resolução do Conselho de Ministro n.º 22/2016, de 11 de abril) com o objectivo de gerar uma dinâmica a nível nacional, um padrão de funcionamento e de incentivos ao desenvolvimento dos centros académicos. Importa

agora assegurar a passagem, de forma efetiva e consistente, para uma vertente prática e de produção de resultados.

2. PORTUGAL NO CONTEXTO DA OCDE

Pedro Lopes Ferreira

2. PORTUGAL NO CONTEXTO DA OCDE

Nas páginas seguintes, a partir do último relatório da OCDE sobre Portugal⁽¹⁾ publicado no fim do ano passado, analisamos os principais resultados, que permitem contextualizar a saúde no país. Com base numa seleção de indicadores tra-

balhados por esta organização, iremos apresentar o *estado de saúde da população portuguesa, determinantes da saúde, a despesa em saúde, a efetividade e qualidade de cuidados e o acesso aos cuidados de saúde.*

¹ OECD/EU (2016), Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris.

Estado de saúde

Nesta secção serão abordados indicadores relacionados com a esperança de vida, a mortalidade, a autoavaliação da saúde e a prevalência da diabetes, asma, DPOC e demência.

A esperança de vida à nascença continua a crescer em toda a União Europeia, a um ritmo de três meses por ano. No ano passado, os 28 estados membros atingiram a média de 80,9 anos de vida e, em Portugal, a esperança de vida à nascença cresceu de 74,1 anos em 1990 para 81,3 anos em 2014. Nos últimos 40 anos, Portugal tem beneficiado de melhorias substanciais no estado de saúde da sua população.

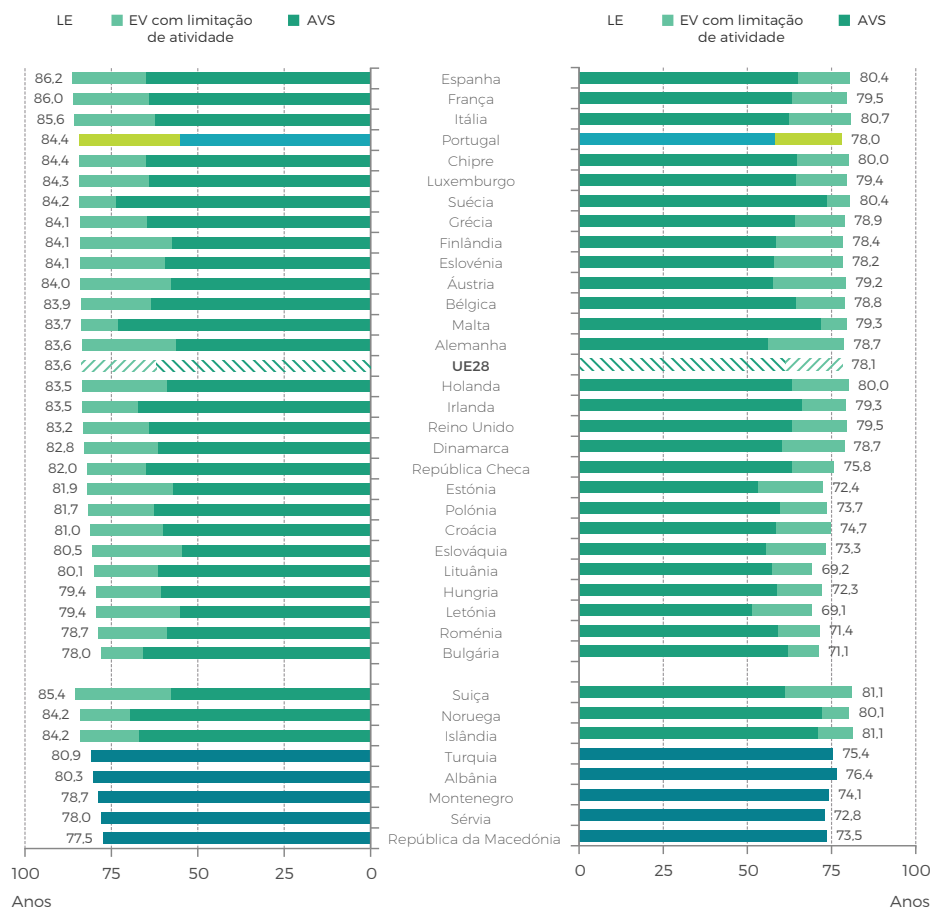
No entanto, apesar destas melhorias, mantêm-se importantes desigualdades na saúde entre homens e mulheres, entre regiões e entre grupos socioeconómicos (figura 1). As mulheres, por exemplo, registam mais 6,4 anos de vida do que os homens (84,4 vs. 78,0). Ultrapassar estas e outras desigualdades é hoje, provavelmente, o maior desafio do nosso sistema de saúde.

Um outro indicador importante para analisar está relacionado com o número de anos que são vividos em saúde perfeita, uma medida da esperança de vida livre de incapacidades. Em 2014, em média nos países da UE os anos de vida saudável à nascença eram 61,8 para mulheres e 61,4 para homens. Em Portugal estes valores correspondentes são 55,4 e 58,3 anos.

Aos 65 anos de idade, no entanto, as mulheres portuguesas passam quase 75% dos restantes anos de vida com limitação da atividade enquanto que nos homens, porque também têm uma esperança de vida menor, este valor é de quase 62%.

2. PORTUGAL NO CONTEXTO DA OCDE

Figura 1. Esperança de vida (EV) e anos em vida saudável (AVS) à nascença, por género, 2014.

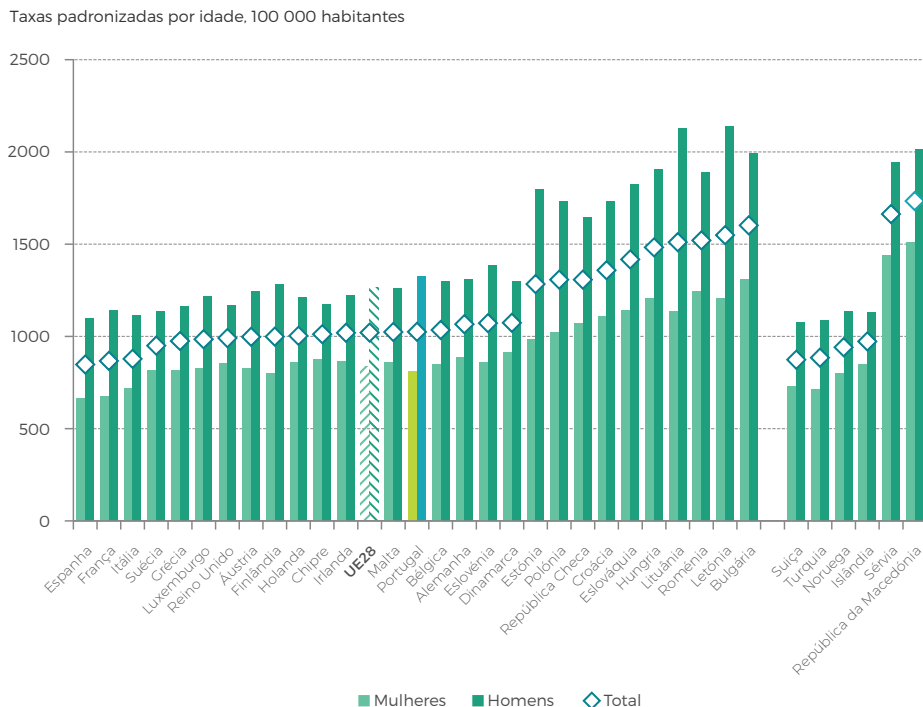


Fonte: OECD Health at a Glance: Europe 2016.

A mortalidade em toda a Europa mantém-se com desigualdade de género, com os homens a apresentarem normalmente uma taxa de mortalidade superior à das mulheres (figura 2). Tendo em conta todas as causas de morte, também em

Portugal os homens apresentam uma taxa de mortalidade ajustada à idade de 1.323,5 por 100 mil habitantes, ao passo que a respetiva taxa entre as portuguesas é de 812,2.

Figura 2. Taxas de mortalidade por todas as causas de morte, 2013.



Relativamente à doença isquémica do coração, Portugal, mantendo a diferença entre homens e mulheres, apresenta taxas de mortalidade muito baixas, i.e. 65,6 face ao valor 131,9 da UE. Já o mesmo não se pode dizer em relação ao acidente vascular cerebral (*stroke*) em que apresenta valores de taxas de mortalidade ligeiramente superiores aos da UE (118,3 vs. 88,7).

Em relação ao cancro, a segunda causa de morte na UE, Portugal volta a apresentar valores inferiores aos da UE (243 vs. 265), tendo sido em 2013 o país da UE que obteve a taxa mais baixa de mortalidade por cancro do pulmão (37,6 vs. 55,2). No entanto, face às doenças respiratórias, responsáveis na UE por 8% de todas as mortes em 2013, incluindo principalmente a DPOC e a pneumonia, mas também asma, gripe e outras doenças, Portugal

2. PORTUGAL NO CONTEXTO DA OCDE

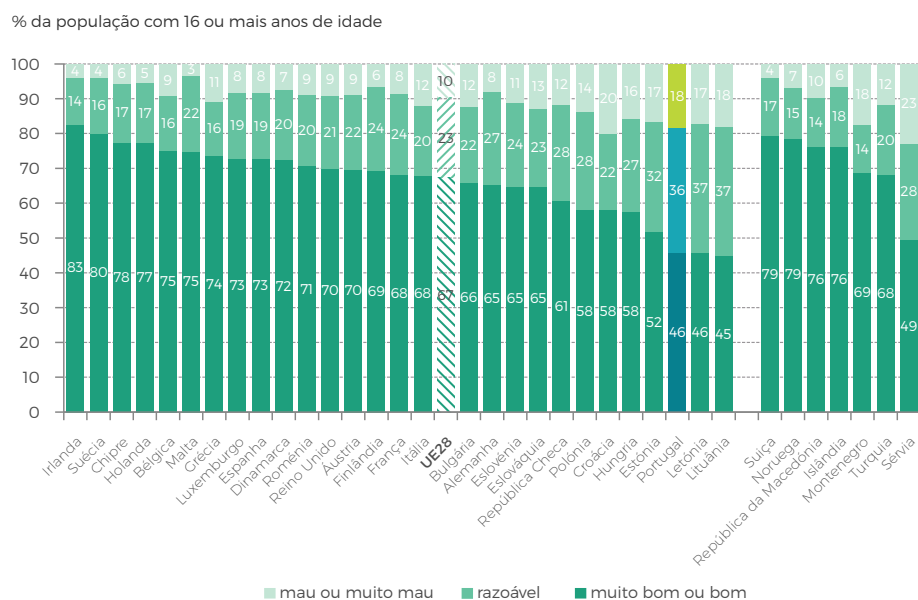
apresenta uma taxa de mortalidade alta de 123,7 (UE 82,5), com a pneumonia a desempenhar um papel muito importante (58,6 face a 26,0 na UE e, por exemplo, a 17,9 na Espanha e em França).

Por fim, em relação à taxa de mortalidade infantil, medindo o número de mortes de bebés e de crianças com menos de um ano de idade, por mil nados vivos, Portugal mantém valores muito positivos (2,9 em 2014 face a 55,5 em 1970),

enquanto que a média dos países da UE se situa nos 3,6. De notar que esta taxa reflete as condições económicas e sociais da população, assim como as políticas dos sistemas de saúde face à saúde da mulher e do recém-nascido.

Já relativamente à perceção e autorrelato do estado de saúde (figura 3), Portugal, por razões essencialmente culturais e sem espelho nos restantes indicadores de saúde da população, continua a apresentar

Figura 3. Auto percepção do estado de saúde, 2014.



valores muito baixos. De facto, em Portugal, quase metade (46%) da população considera que o seu estado de saúde é bom ou muito bom, 36% consideram-no razoável e 18% mau ou muito mau. Semelhantes indicadores para a média dos países da UE são, respetivamente, 67%, 23% e 10%.

A interferência de fatores culturais na perceção dos cidadãos sobre o seu estado de saúde, também se deteta se analisarmos estes dados com base nos grupos socioeconómicos, definidos através do nível de rendimento ou do grau de instrução. De facto, cerca de 60% dos portugueses situados no quintil mais alto de rendimento reportam ter boa saúde, comparados com cerca de 40% no quintil mais baixo (na UE, respetivamente, 80% e 60%).

A prevalência de doenças permite-nos também posicionar Portugal no leque dos restantes países da UE. Assim face à diabetes, os portugueses com 15 ou mais anos de idade reportaram valores percentuais muito altos face à média da UE (9,3% vs. 7,0%), com os portugueses com mais baixa instrução a apresentarem percentagens muito mais

altas dos que os que possuem uma instrução média ou alta, respetivamente, 13,3%, 2,6% e 2,3%. Já 5% dos portugueses com 15 ou mais anos de idade reportaram ter asma (UE 6,1%), embora 5,8% o tenham feito relativamente à DPOC, mais do que a média dos países da UE26 (4,0%), sendo estes valores muito sensíveis ao nível de instrução. Relativamente à prevalência da demência por mil habitantes, Portugal apresentou em 2015 uma percentagem de 17,9% ligeiramente superior à da UE28 de 15,0% e, eventualmente, porque este indicador está relacionado com a rapidez de envelhecimento dos países, é de esperar que em 2035, a diferença entre as percentagens de Portugal e da UE seja maior (28,0% para Portugal e 22,2% para a UE).

Determinantes da saúde

No que diz respeito aos determinantes da saúde, selecionámos para este Relatório apenas o consumo de álcool e a obesidade entre crianças/jovens. Relativamente ao consumo de álcool entre crianças/jovens, medido pela OCDE através de embriaguezes entre crianças com 15 anos de idade, Portugal

2. PORTUGAL NO CONTEXTO DA OCDE

apresenta um valor de 15% para as raparigas e 18% para os rapazes, comparados respetivamente com 24% e 27% na UE27.

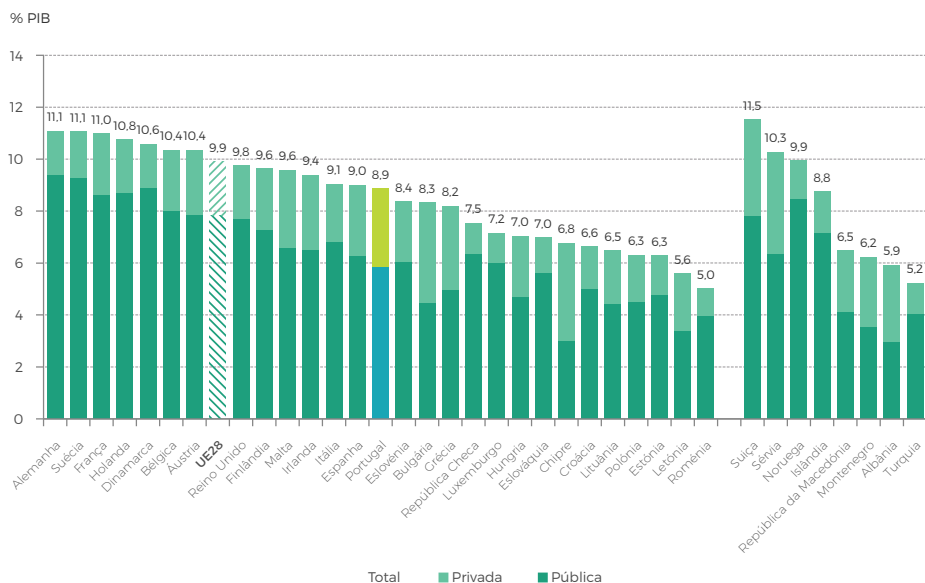
A obesidade entre crianças constitui um risco de uma fraca saúde na adolescência e na idade adulta. O excesso de peso, que inclui a obesidade, manifesta-se nos países europeus, em média nos valores de 23% para os rapazes e de 21% para as raparigas. Ao contrário da maior parte dos países europeu, em Portugal verifica-se uma maior percentagens de excesso de peso entre as raparigas (31%) do que entre os

rapazes (25%) dos 3 aos 10 anos de idade, isto é, em Portugal, mais do que uma em quatro crianças têm excesso de peso.

Despesa em saúde

Financeiramente, em 2015 (últimos dados oficiais de que dispomos) os Portugueses, através dos seus representantes, decidiram atribuir ao nosso sistema de saúde 8,9% do PIB (figura 4) um ponto abaixo da média da UE28 (9,9%), mais de dois pontos abaixo da Alemanha, Suécia e França, e quase dois pontos a menos do que a Holanda e a Dinamarca.

Figura 4. Despesa em saúde em % do PIB, 2015.



No entanto, a tendência desta afetação de recursos não foi a mesma em todos os países europeus. A França e a Alemanha praticamente estabilizaram a sua contribuição para o sistema de saúde ao longo dos últimos anos em cerca de 11% do PIB e, na generalidade dos países, mesmo tendo em conta a crise económica, a percentagem do PIB destinada à saúde cresceu, como uma forma de melhor capacitar os cidadãos para fazerem face a tempos economicamente mais difíceis. A Itália, embora com valores mais baixos, teve um comportamento semelhante e o Reino Unido subiu para valores pertos dos da União Europeia, tendo a Espanha descido um pouco.

Comportamento diferente existiu na Grécia, em Portugal e em mais cinco países europeus (Croácia, Hungria, Letónia, Luxemburgo e Roménia), em que, em 2009, se iniciou uma tendência contrária à da maioria dos restantes países europeus, baixando ainda mais o peso atribuído à saúde. Isto numa altura em que se adivinhava que a crise financeira iniciada nos EUA se iria naturalmente expandir para a Europa, transformando-se numa

crise económica e, mais tarde, numa verdadeira crise social, afetando principalmente os países com um tecido social mais frágil.

Como resultado, a percentagem do financiamento público dos cuidados de saúde prestados à população portuguesa (66,0%) tornou-se em 2014 das mais baixas da Europa a 28. Paralelamente, o peso das transferências públicas para o SNS em percentagem do PIB ou em comparação com a receita em sede de IRS começaram a descer substancialmente. Outra forma de analisar o mesmo fenómeno é através dos chamados OOP (*out-of-pocket*) ou pagamentos diretos, uma medida do esforço que os cidadãos, neste caso portugueses, fazem para se sentirem saudáveis. É mais fácil para um alemão ou holandês manter-se saudável do que é para um português. Também em termos de despesa, os serviços de saúde, principalmente os medicamentos, ocupam uma fatia significativa da despesa do agregado familiar. Em Portugal apenas 55% da despesa com medicamentos é pública, em comparação com a Alemanha (83%), a França (71%) e o Reino Unido (66%). A própria Espanha e a Itália têm 61%.

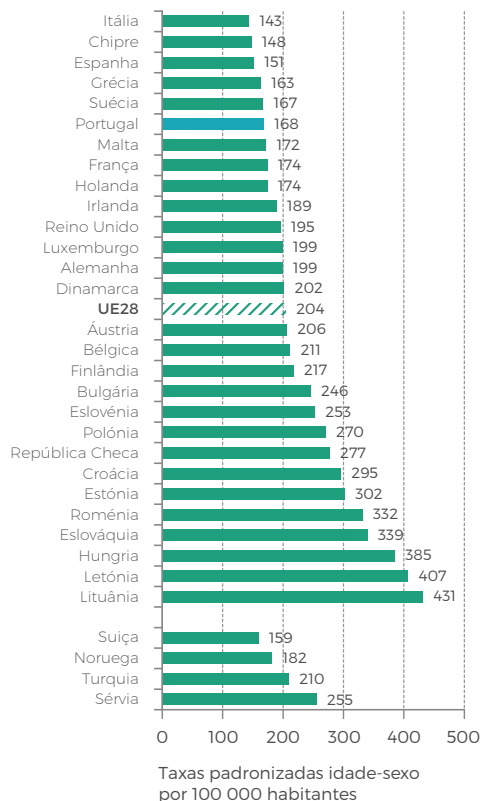
2. PORTUGAL NO CONTEXTO DA OCDE

Efetividade e qualidade de cuidados

Um dos indicadores de efetividade e de qualidade de cuidados abordado neste relatório é a mortalidade potencialmente evitável. Este indicador representa o número de mortes que podiam ter sido evitadas através de estratégias efetivas de promoção ou prevenção ou através de uma prestação de cuidados de maior qualidade. Como se pode observar na figura 5, na UE há uma grande disparidade por países em relação a este indicador, chegando mesmo a atingir uma relação 1:3.

Assim, a média de todos os países da UE é de 204 mortes por 100 mil habitantes, enquanto que em Portugal este valor atinge 168, pouco mais de 80% do valor europeu. Já em relação ao indicador referente às admissões evitáveis em hospital, padronizados por idade-sexo, Portugal atinge valores muito bons para a asma (16,9; UE 38,7) e para a DPOC (71,6; UE 180,6).

Figura 5. Taxa de Mortalidade Evitável, 2013.



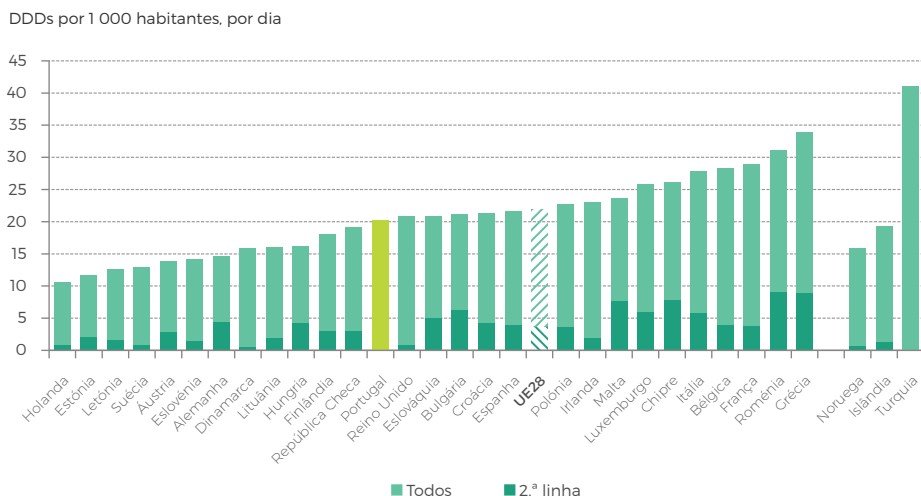
Um outro indicador de qualidade da prestação de cuidados é a prescrição de antibióticos. A figura 6 apresenta a quantidade total de antibióticos prescritos em cuidados primários, destacando os de segunda linha.

Estes valores apresentaram uma tendência de crescimento em toda a UE no período 2010-2014, para além de uma grande variabilidade, provavelmente devida à disparidade existente, por um lado, de processos regulatórios, normas de orientação clínicas e incentivos e,

por outro, diferenças na atitudes e expectativas dos cidadãos face à prescrição de antibióticos. Em Portugal, este valor atingiu 20,3 doses definidas diárias por mil habitantes, enquanto que a média da EU é ligeiramente superior (21,9).

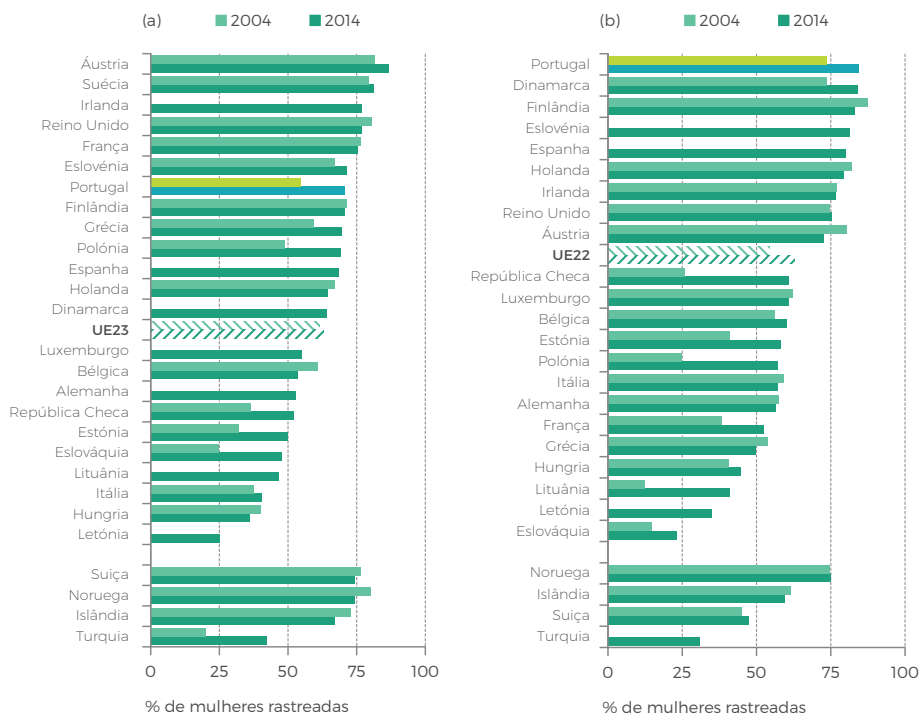
Em relação à saúde da mulher, também os rastreios de cancro do colo do útero e de mama e as taxas associadas de mortalidade estão muito relacionadas com os processos existentes de prevenção e de diagnóstico atempado.

Figura 6. Volume total de antibióticos prescritos, 2014.



2. PORTUGAL NO CONTEXTO DA OCDE

Figura 7. Rastreio de cancro (a) do colo do útero e (b) de mama em mulheres.



Na UE, em média, a percentagem de mulheres rastreadas em 2014 era de 63,0%, enquanto que em Portugal esta percentagem atinge o valor 70,7%. Já em relação às mamografias, Portugal ocupa a melhor posição europeia (84,2%), estando a média europeia situada no valor 62,8%. A sobrevivência destes dois tipos de cancro reflete os cuidados oncológicos praticados em cada país, podendo ser constatado que em Portugal a sobrevivência do cancro do colo do útero a cinco anos

(2008-2013) atingiu o valor de 64,5% muito próximo do valor 64,4% da UE. Por outro lado, para o mesmo período, a sobrevivência do cancro de mama em Portugal é de 87,9%, comparado com o valor europeu de 83,8%.

Por outro lado, as infeções adquiridas nos hospitais europeus envolvem anualmente cerca de 4 milhões de doentes e estima-se que contribuem para cerca de 100 mil mortes. Na Europa a prevalência

de tais infeções é de 5,9%, tendo Portugal um valor demasiado elevado de 10,8%.

A finalizar, a gripe é uma doença infecciosa responsável, por ano, por 15.000 a 70.000 mortes de cidadãos europeus. Para minimizar esta situação, na população com 65 ou mais de idade, a taxa de vacinação neste grupo populacional foi em 2014 de 49,5%, enquanto que em Portugal esse indicador atingiu o valor 50,9%, sabendo que há 10 anos o valor era 39,0%.

Acesso aos cuidados

Nesta seção dedicada ao acesso aos cuidados, destacamos apenas os cuidados necessários não satisfeitos e os tempos de espera para cirurgia eletiva. O primeiro destes temas é um dos aspetos essenciais de equidade e lida com os cuidados necessários não satisfeitos por razões financeiras, geográficas ou pela existência de listas de espera. A figura 8 apresenta uma análise para cada país das percentagens da população que reportou necessidades não satisfeitas para consultas médicas e para exames dentais.

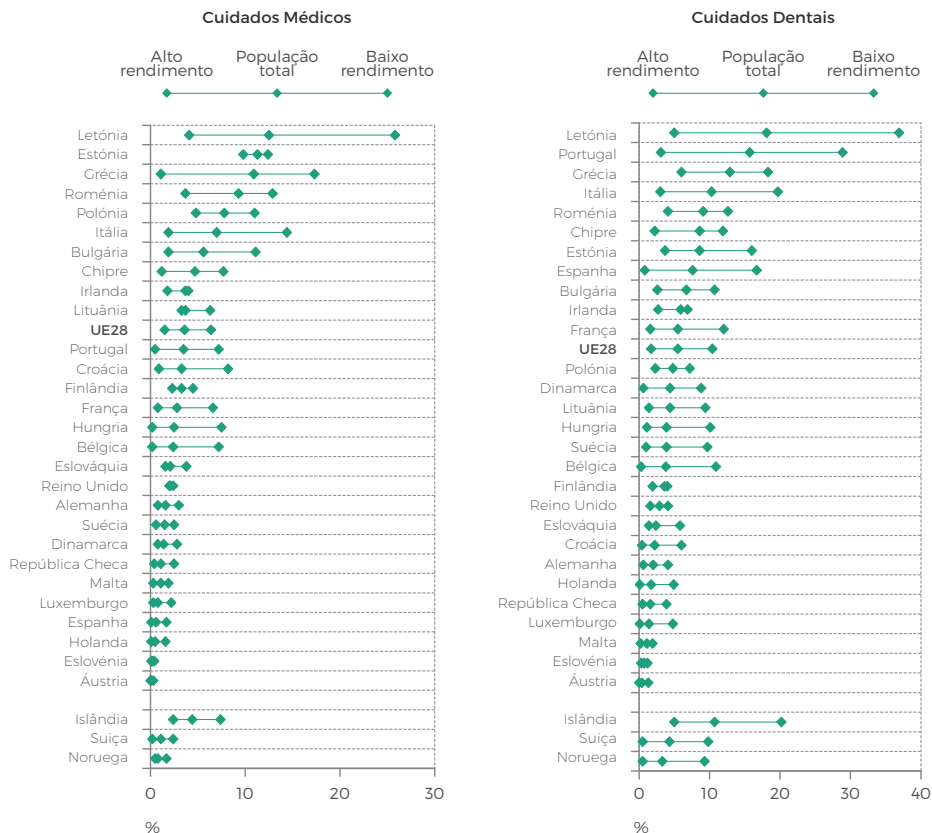
Segundo esta análise da OCDE, em Portugal cerca de 3,5% da população reportou a existência de necessidades não satisfeitas para consultas médicas, subindo esta percentagem para 7,2% em grupos com baixo rendimento. Na UE28, o valor referente a toda a população é de 3,6%, mas o grupo com menor rendimento apresenta uma percentagem de necessidades não satisfeitas de 6,4%.

Um maior número de indivíduos reporta necessidades não satisfeitas em relação aos cuidados de saúde oral. Assim, já Portugal apresenta uma percentagem total de 15,7% (face aos 5,5% da UE), com o grupo com menor rendimento a apresentar uma percentagem de 28,8% (UE 10,4%).

As longas filas de espera para cirurgias não eletivas são uma grande preocupação para muitos países europeus e motivo de natural insatisfação por parte dos doentes. Este ano, a OCDE elegeu três tipos de cirurgias: cataratas, implantação de prótese da anca e de prótese do joelho. Para a cirurgia das cataratas, em Portugal, em Espanha e na Finlândia registaram-se tempos

2. PORTUGAL NO CONTEXTO DA OCDE

Figura 8. Necessidades não satisfeitas.



médios de espera da ordem dos 100 dias enquanto que, por exemplo, a Holanda apresentou em 2015 uma média de quase 40 dias. De notar que em Portugal o valor desceu de 204,9 em 2006 para 71,1 em 2010. Relativamente à substituição da anca, a Holanda mantém os 40 dias e Portugal apresenta cerca de 120 dias, tendo descido de 170,1 em 2006 com 102,3 em 2010. Por fim,

relativamente à prótese do joelho, a média de espera em Portugal situou-se nos 187 dias com 312,9 em 2006 e 155,4 em 2010. É referido neste relatório da OCDE que em Portugal, na Espanha e no Reino Unido os tempos de espera por cataratas e para prótese da anca ou do joelho desceram entre 2006 e 2010, mas subiram desde 2010.

Síntese

Os indicadores que ilustram as dimensões analisadas revelam que apesar das melhorias substanciais no estado de saúde da sua população, as desigualdades de género, geográficas/territoriais e socioeconómicas se mantêm. Nas despesas com a saúde todos os atestam a diminuição do financiamento público da saúde e o aumento das despesa *out of the pocket* por parte dos portugueses. Para se manterem saudáveis o portugueses gastam muito mais que a maioria dos europeus. Em termos de efetividade da qualidade dos cuidados, Portugal apresenta resultados positivos em muitos dos indicadores analisados com exceção da infeção hospitalar onde continuamos dos países com taxas mais elevadas. Por fim, salientar que apesar das melhorias ocorridas ao longo dos anos, Portugal continua a apresentar cuidados necessários não satisfeitos, nomeadamente nos grupos de baixo rendimento e tempos de espera para cirurgia eletiva, com descidas importantes dos tempos até 2010 e subidas a partir desta data.

3. A SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

Carlos Gouveia Pinto
José Zorro Mendes

3. A SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

Nas últimas décadas, o conceito de sustentabilidade tem vindo a ganhar relevância e centralidade na análise económica, adquirindo novas facetas, para além da tradicional noção de “sustentabilidade económica” de um projeto ou ativi-

dade, a qual se pode traduzir, por palavras simples, no facto de esse projeto ou atividade gerar um volume de receitas e de externalidades positivas suficiente para pagar os custos da sua implementação e das externalidades negativas geradas.

Com o advento da revolução industrial e o surto de crescimento daí resultante, a atividade económica tornou-se cada vez mais invasiva sobre o meio ambiente, quer ao nível do uso intensivo de alguns recursos (levando-os à extinção ou ao perigo de isso vir a acontecer) quer ao nível da poluição dos ecossistemas, contribuindo para o seu desaparecimento ou confinamento a espaços muito menores e para uma significativa diminuição da biodiversidade.

Esta é a primeira dimensão do conceito de sustentabilidade a considerar, para além da sustentabilidade económica: a da “sustentabilidade ambiental”. Mas depressa se associou um outro vetor ao termo sustentabilidade, agora relacionado de uma forma mais direta com as pessoas.

As sucessivas crises do sistema económico mundial, amplificadas pela crescente globalização (em especial na segunda década do século XXI), trouxeram problemas sociais graves: o aumento das desigualdades, o desemprego, a pobreza crescente, a marginalidade e a fragilidade das democracias

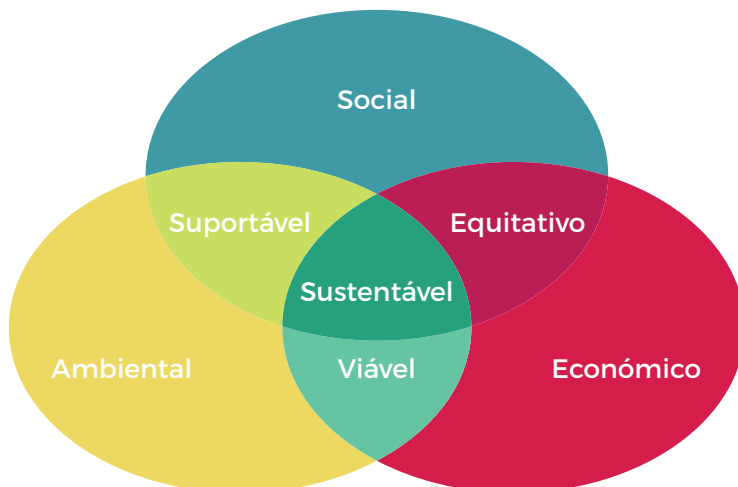
perante os populismos. Todos estes problemas sociais têm proliferado nos países mais desenvolvidos, onde se pensava que a democracia, alicerçada num contínuo aumento de bem-estar, era um sistema perfeitamente consolidado.

As crescentes debilidades sociais do sistema económico de mercado dominante lançaram um sinal de alerta e justificaram o emergir de uma segunda grande faceta do conceito de sustentabilidade: a “sustentabilidade social”, segundo a qual um dado sistema deve ter a capacidade de promover ativamente a diminuição das desigualdades sociais, a eliminação progressiva da pobreza e a inclusão das minorias mais desfavorecidas, proporcionando uma vida com condições mínimas de dignidade para todos os seres humanos⁽¹⁾.

É assim que, nas últimas décadas, à tradicional dimensão da “sustentabilidade económica” se juntaram as da “sustentabilidade ambiental” e “sustentabilidade social”, dando origem aos três pilares da sustentabilidade (“Triple Bottom Line”, na terminologia inglesa, ou, em alternativa, 3P, de “People, Planet,

3. A SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

Profit^(a) sistematizados inicialmente por Elkington⁽²⁾:



A partir desta figura pode concluir-se que a verdadeira sustentabilidade só será alcançada pela conjugação simultânea dos seus três pilares:

– A verificação conjunta da sustentabilidade económica e da sustentabilidade social conduz a um sistema equitativo, mas sem a garantia de ser sustentável ambientalmente.

– A verificação conjunta da sustentabilidade económica e da sustentabilidade

ambiental conduz a um sistema “fisicamente” viável, mas sem a garantia de ser sustentável socialmente.

– A verificação conjunta da sustentabilidade social e da sustentabilidade ambiental conduz a um sistema suportável para os ecossistemas do planeta, mas sem a garantia de ser sustentável economicamente.

a A designação “People, Planet, Profit” poderá não ser muito feliz, pois o “Profit” representa a “sustentabilidade económica” e esta vai muito para além do lucro. No entanto, foi uma designação que se popularizou, mais porque permite recorrer ao acrónimo “3P”.

Também na avaliação da sustentabilidade do sistema de saúde se devem considerar os três pilares da sustentabilidade:

– A sustentabilidade ambiental, considerando que no sistema se devem adotar práticas amigas do ambiente, desde o fabrico dos medicamentos até à construção e funcionamento das unidades de saúde e respetivos equipamentos, assim como no uso dos consumíveis⁽³⁾.

– A sustentabilidade social, a qual passa por o sistema de saúde ter uma capacidade técnica que permita prestar os cuidados de saúde necessários à população, possibilitando que esta aumente o seu bem-estar e potencie a sua integração no mercado de trabalho.

– A sustentabilidade económica, pela qual a sociedade deverá ter a capacidade para pagar os cuidados de saúde que deseja ter. Neste contexto, e atendendo ao limite orçamental definido pelas regras da União Europeia, terá de se ter em atenção o custo de oportunidade pois, para disponibilizar mais cuidados de saúde, terá de se abdicar de satisfazer outras necessidades;

ou seja, terá que se ter em conta os benefícios que se perdem por não utilizar os recursos nas aplicações alternativas comparando-os com os que se obtêm com a opção tomada.

Existem várias propostas para operacionalizar este conceito de sustentabilidade económica do sistema de saúde como, por exemplo, no caso de um sistema de saúde público, afirmar que existe sustentabilidade económica se o aumento da despesa em saúde for compatível com o aumento da restante despesa pública e das receitas do Estado. No entanto, esta abordagem é diferente da avaliação estritamente financeira uma vez que, partindo-se do conceito de custo de oportunidade, pressupõe-se a eficiência na afetação dos recursos. Dito de outra forma, para analisar a sustentabilidade económica é necessário começar por avaliar a eficiência do sistema só assim sendo possível discutir de forma consistente o seu financiamento.

Que se tenha conhecimento, não existe nenhum estudo sobre a sustentabilidade do sistema de saúde português que abranja todas as

3. A SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

dimensões atrás referidas. No entanto, a Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde elaborou, entre março de 2006 e fevereiro de 2007, um relatório sobre o tema, embora com algumas limitações. Com efeito, restringindo a análise da sustentabilidade ao não agravamento do saldo das Administrações Públicas devido às transferências do Orçamento do Estado para o SNS, a discussão é confinada à vertente do financiamento, sem abordar as suas relações com os resultados em saúde e sem incluir os subsistemas, nem o sector privado. Paralelamente, não é referida a dimensão intertemporal de longo prazo, hoje cada vez mais importante para perspetivar o problema da sustentabilidade⁽⁴⁾.

No entanto, a informação disponível não permite fazer uma análise compreensiva de todos os tópicos relacionados com o tema. Aliás, mesmo selecionando os que, no contexto de escassez acentuada

de recursos que se vive, parecem mais relevantes e para os quais existem dados – a sustentabilidade económica e a sustentabilidade social – não é possível aprofundar muito a discussão. Contudo, num primeiro ponto, utilizando indicadores globais discutir-se-á brevemente a eficiência do Sistema de Saúde a nível macro^(b). Seguidamente, será abordada a sustentabilidade orçamental e social do SNS, considerado o elemento estruturante do sistema. Finalmente, serão discutidas algumas propostas para minorar as tensões que se prevê venham a ocorrer num futuro não muito longínquo.

1. A eficiência do Sistema de Saúde Português

Apesar das limitações dos dados disponíveis, pode afirmar-se com alguma segurança que o Sistema de Saúde Português é eficiente. Com efeito, tomando como referência a média da União Europeia (UE15)^(c), constata-se que o peso da

b Ou seja, a nível do sistema como um todo. A eficiência micro (a nível do desempenho das unidades de saúde) será apenas afluída.

c Ao longo do texto usa-se, como referência, os dados referentes aos 15 países que integravam a UE antes do alargamento em 2004.

despesa total no PIB (isto é, a parcela da riqueza criada afetada à saúde) não é significativamente divergente, sendo a despesa *per capita* em saúde, em Portugal, muito mais baixa. Paralelamente, os indicadores de saúde escolhidos^(d) as-

sumem valores similares aos da média dos países da UE15, tendo a mortalidade evitável vindo a convergir para esta média e assumindo a taxa de mortalidade infantil valores inferiores à média (Quadros 1 e 2).

Quadro 1. Evolução da despesa em saúde em Portugal

ARS	2000	2005	2010	2014
Peso da despesa total no PIB (%) (Média da UE15 ^a)	9,3	10,4	10,4	9,5 (10,2)
Despesa total per capita (USD, PPP) (Média da UE15)	1.652,4	2.224,1	2.810,1	2.689,9 (4.020,3)

Fonte: Simões et al. (2017)⁵.

Nota: ^a Média das taxas nacionais.

Quadro 2. Evolução de alguns indicadores de saúde

		2005	2010	2014
Taxa de mortalidade infantil	Portugal	3,5	2,5	2,9
	Média UE15 ^a	3,7	3,3	3,2
Mortalidade evitável	Portugal	4.623,9 ^b	3492,1	2.935,5
	Média UE15	3743,0 ^b	3.078,3	2.648,5

Fonte: OECD Health Data, 2017.

Notas: ^a Média das taxas nacionais; ^b 2003.

d Estes indicadores medem o desempenho do sistema de saúde em termos estruturais. Acresce que a mortalidade evitável (medida pelo número de anos de vida potenciais perdidos por todas as causas de morte por 100.000 habitantes) tem implícita uma conceção de equidade, uma vez que o seu valor é calculado somando os anos perdidos pelo facto da morte dos indivíduos ocorrer antes dos 70 anos. Assim, assume-se que o sistema deve assegurar a sobrevivência da população até esta idade, em conformidade com a teoria dos "fair innings"⁶.

3. A SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

Assim, é possível deduzir que o sistema português permite obter uma melhor relação entre a despesa efetuada e os resultados obtidos do que a média dos países da UE15, ou seja, é mais eficiente.

No entanto, a evolução destes indicadores só parcialmente é influenciada pelo desempenho do sistema de saúde. Com efeito, é comum atribuir-se a maior parte da respon-

sabilidade desta evolução à melhoria das condições de vida. Mas, mesmo considerando a evolução de indicadores relativos às patologias em que os resultados são sensíveis à atualização tecnológica (e, portanto, atribuíveis diretamente à qualidade dos cuidados), como é o caso do cancro, é possível constatar que o sistema português tem resultados superiores à média destes países (Quadro 3).

Quadro 3. Sobrevivência relativa a 5 anos por alguns tipos de cancro ajustada à idade, %

		2005 - 2010	2006 - 2011	2007 - 2012	2008 - 2012
Cancro da mama	Portugal	82,2	84,3	85,1	82,4
	Média UE10 ^a	83,2	84,1	84,7	84,8
Cancro colo-retal	Portugal	58,0	59,4	61,3	61,6
	Média UE10 ^a	60,5	61,5	62,4	62,1
Cancro do colo do útero	Portugal	65,0	57,4	57,5	64,5
	Média UE10 ^a	64,0	63,9	64,2	64,9

Fonte: OECD.Stat. Janeiro de 2017 (Health Care Quality Indicators : *Cancer Care*)⁶.

Notas: ^a Média das taxas nacionais; E10 = UE15 menos Espanha, França, Grécia, Itália e Luxemburgo por falta de dados.

2. A sustentabilidade orçamental e social do SNS

De acordo com a Constituição da República Portuguesa, o Estado é o principal responsável pela saúde da população, sendo o SNS o elemento estruturante do sistema. Assim, os cuidados deveriam ser tendencialmente gratuitos e, portanto, o peso do financiamento públi-

co deveria ser muito elevado. No entanto, não é isso que se verifica. Com efeito, não só o esforço orçamental tem sido baixo levando ao subfinanciamento crónico do sector, como o peso da despesa directa privada (inclui o pagamento das taxas moderadoras e dos cuidados não comparticipados) tem sido muito significativo, como se pode ver no Quadro 4.

Quadro 4. Sustentabilidade financeira do SNS

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dotação orçamental inicial* (10 ⁶ €)	5.834	7.637	7.675	7.900	8.100	8.699	8.100	7.525	7.801	7.582	7.874
Dotação orçamental final* (10 ⁶ €)	7.634	7.632	7.673	7.900	8.200	8.699	8.252	9.698	7.878	7.720	7.878
Dívida vencida** (10 ⁶ €)	nd	nd	nd	Nd	nd	nd	2.418	970	920	851	853
Peso da despesa pública na despesa total*** (%) (Média UE15)	68,0					68,7				64,8 (77,1)	
Peso dos pagamentos diretos das famílias na despesa total*** (%) ^c	23,9					23,3				26,8	

Fontes: * Orçamento e Conta do Estado; ** Ministério da Saúde; *** ⁵.
nd - não disponível.

3. A SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

Apesar de não se ter acesso aos dados da dívida vencida nos anos anteriores a 2011, a comparação dos valores das dotações inicial e final nos anos seguintes permite ver que os anos em que se verifica equilíbrio orçamental são seguidos por anos em que se procede à regularização extraordinária da dívida. Foi assim em 2005 e em 2012, mostrando que o equilíbrio orçamental nos restantes anos é aparente. Aliás, os dados mais recentes da dívida vencida mostram o carácter cíclico da sua evolução. Com efeito, apesar da dívida total se ter mantido relativamente constante entre 2014 e 2017 (março), em cerca de 1.500 milhões de euros, a dívida vencida no mesmo período diminuiu em 2014 e 2015, crescendo em 2016 para 958 milhões de euros e atingindo 1.127 milhões de euros em março do corrente ano.

Como seria de esperar, a parte da despesa pública na despesa total é baixa, quando comparada com a média dos países da UE15. Dito de outro modo, o peso da despesa privada é elevado, em especial os pagamentos diretos que correspondem sobretudo à parte não comparticipada dos medicamen-

tos e aos gastos das famílias em cuidados fornecidos pelo sector privado. Quanto às taxas moderadoras, o seu peso no financiamento do SNS em 2012 era baixo (1,7% da despesa), apesar do valor unitário ter aumentado aproximadamente para o dobro nesse ano⁽⁵⁾.

É difícil estimar o impacto desta situação sobre a sustentabilidade social do SNS. Na prática, traduz-se em racionamento dos cuidados, quer pelas quantidades (filas de espera), quer pelo preço (cuidados não adquiridos pelos doentes por insuficiência económica). Com efeito, embora tenha melhorado substancialmente, a percentagem de inscritos com pedidos de consulta não concluídos no programa Consulta a Tempo e Horas (acesso a consultas hospitalares de especialidade de doentes referenciados pelo médico de família acima do tempo máximo de resposta garantido) mantinha-se muito elevada em 2015 – 59,8% contra 86,5% em 2010⁽⁷⁾. Note-se que, neste período, o número de inscritos no programa aumentou quase duas vezes e meia, o que poderá traduzir um efeito de necessidades não satisfeitas potenciado pelo facto do número

de doentes sem médico de família se ter reduzido em mais de um terço. Por sua vez, a percentagem de inscritos na lista de cirurgias que ultrapassou o tempo máximo de resposta garantido passou de 13%, em 2010, para 12,3%, em 2015⁽⁷⁾.

Mas também o racionamento pelo preço é importante. Com efeito, Costa et al.⁽⁸⁻⁹⁾ encontraram uma associação significativa entre a não aderência primária à terapêutica e fatores económicos, em doentes crónicos, em 2012 e, num inquérito a doentes idosos realizado em 2013, apuraram que 27,3% dos doentes tinham cessado os tratamentos ou deixado de consumir algum (ou alguns) cuidado(s) no ano anterior, devido a razões financeiras.

Para além dos evidentes problemas de equidade que estes números mostram⁽¹⁰⁾ também a eficiência do sistema é afetada, uma vez que a não comportabilidade dos tratamentos leva os doentes a adiar o seu início (ou a interrompê-los) agravando a sua situação clínica

quando são obrigados a (re)iniciá-los e, conseqüentemente, incorrendo em maior despesa do que aquela que ocorreria se os tratamentos tivessem sido efetuados na altura adequada^(e).

3. Discussão e conclusões

A sustentabilidade do sistema de saúde deve ser avaliada nos seus 3 pilares – o económico (integrando a eficiência do sistema e o seu financiamento), o ambiental e o social – e considerando duas dimensões – a macro (definida a nível do sistema como um todo) e a micro, referida a cada tipo de unidades que o compõem. Neste trabalho, com base nos indicadores disponíveis, limitou-se a análise à avaliação da eficiência do sistema de saúde e da sustentabilidade financeira e social do SNS.

Com base nos dados apresentados, é possível inferir que o sistema é eficiente. Com efeito, os valores dos indicadores de saúde são, na sua maioria, melhores que a média

e A experiência do Rand provou que a diferenciação dos copagamentos influencia essencialmente a decisão de consumo dos cuidados e não o tipo de cuidados consumidos¹¹.

3. A SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

da UE15 e a despesa *per capita* é mais baixa. No entanto, o financiamento público é muito menor, cabendo uma responsabilidade acrescida à despesa privada, em especial aos pagamentos diretos.

Se este fenómeno causa problemas em termos de eficiência – dívida elevada do SNS e adiamento do consumo por parte de uma parcela significativa dos doentes, levando ao aumento da despesa a prazo – também induz efeitos nefastos sobre a equidade. De facto, o peso dos gastos privados é o principal fator de agravamento da desigualdade que, por sua vez, afeta negativamente a saúde^(f).

No médio-longo prazo este problema pode agravar-se muito. Com efeito, a pressão exercida sobretudo pelo desenvolvimento tecnológico levará, muito provavelmente, ao aumento acentuado da despesa o que exigirá a discussão aprofundada das opções para o crescimento do financiamento do sistema⁽⁴⁾.

Apontando-se como ineficiente e inequitativo o aumento dos gastos diretos, uma alternativa é a limitação do SNS à oferta de um pacote de cuidados. No entanto, supondo que é possível (e aceite pela população...) definir esse pacote, havendo a possibilidade de complementar o financiamento do SNS com um seguro de saúde, tal levará à existência de um sistema com dois (ou mais) segmentos de benefícios, dependentes da capacidade de pagamento dos beneficiários.

Uma outra opção será intervir mais fortemente a nível da eficiência micro, em particular através do reforço dos critérios de seleção das tecnologias e do condicionamento da prática clínica. Isto já hoje é feito através do SiNATS (Sistema Nacional de Avaliação das Tecnologias de Saúde) faltando-lhe, no entanto, um maior enfoque na decisão clínica. A consideração de uma maior influência dos resultados da avaliação económica no desenvolvimento das orientações clínicas seria um aspeto a tomar em conta.

f Com efeito, a carga da doença é regressiva indicando que os indivíduos dos grupos de menor rendimento são mais doentes. Aliás, isso é verdade mesmo medindo esta carga através de indicadores de incapacidade. Assim, estes indivíduos permanecem mais tempo afastados do trabalho agravando, conseqüentemente o seu nível económico¹².

É relativamente consensual entre os economistas da saúde que é ao crescimento do PIB que cabe a maior quota de responsabilidade pela variação da taxa de aumento da despesa em saúde⁽¹⁾. No entanto, paralelamente, o crescimento económico também gera o aumento das receitas fiscais. Assim, talvez uma maior sustentabilidade económica se fique a dever a este fator, caso a estrutura fiscal o permita.

A garantia da sustentabilidade a longo prazo deve estar na primeira linha das preocupações do governo (da *governance*) do sistema. Isto apenas é possível através da implementação do planeamento que não se limite a propor linhas de orientação estratégica, mas as traduza, também, na prática, considerando os 3 pilares referidos – o económico, o ambiental e o social.

Em síntese, o desenho de um sistema da saúde sustentável é multidimensional e deve considerar os diversos horizontes temporais. Abordar apenas a vertente do financiamento não permite discutir os pressupostos em que assenta tornando a análise redutora. Assim,

em última instância, as reformas estruturais do sistema apenas têm sentido se tiverem como objetivo central tornar efectiva a sustentabilidade do sistema de saúde.

Referências

1. Littig B, E Griessler, 2005, "Social sustainability: a catchword between political pragmatism and social theory", *International Journal of Sustainable Development* 8(1-2): 65-79
2. Elkington J, 1994, "Triple bottom line revolution: reporting for the third millennium", *Australian CPA*, 69, 75.
3. WHO Regional Office for Europe, 2016, *Towards Environmentally Sustainable Health Systems in Europe. A review of the evidence*. WHO, Copenhagen.
4. Selected Committee on the Long-term Sustainability of the NHS, 2017, *The Long-term Sustainability of the NHS and Adult Social Care*, House of Lords.

3. A SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

5. Simões JA, GF Augusto, I Fronteira, C Hernández-Quevedo, 2017, "Portugal. Health System Review", *Health Systems in Transition* 19(2), European Observatory on Health Systems and Policies.
6. Williams A, 1997, "Intergeneration equity: an exploration of the 'fair in-lings' argument", *Health Economics*, 6: 117-132.
7. Ministério da Saúde, 2015, *Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas*.
8. Costa FA, AR Pedro, I Teixeira, F Bragança, JA da Silva e J Cabrita, 2015, "Primary non-adherence in Portugal: findings and implications", *International Journal of Clinical Pharmacology*. Published on-line, 02 April 2015.
9. Costa FA, I Teixeira, F Duarte-Ramos, L Proença, AR Pedro, C Furtado, JA da Silva e J Cabrita, 2016, "Effects of economic recession on elderly patients' perceptions of access to health care and medicines in Portugal", *International Journal of Clinical Pharmacology*. Published on-line, 09 December 2016.
10. Pereira J, CG Pinto, 1992, "Equidade no financiamento da saúde em Portugal", *Economia*, 16:105-135.
11. Barros PP, (2013). *Economia da Saúde. Conceitos e Comportamentos*. 3ª ed. Revista. Coimbra: Almedina.
12. Pereira J, CG Pinto, 1993, "Portugal" in E Van Doorslaer, A Wagstaff and F Rutten (ed.s) *Equity in the Finance and Delivery of Health Care. An International Comparison*, pp.181-200. Oxford: Oxford University Press.

4. EQUIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE

Julian Perelman
Klara Dimitrovová
Manuel Serrano Alarcón
Joana Alves

4. EQUIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE

O relatório anterior, de 2016, focava num dos seus capítulos as desigualdades sociais em saúde. Mostrámos, com dados portugueses e europeus, as fortes discrepâncias na saúde entre pessoas com diferentes níveis

de educação, para vários indicadores de saúde, como a saúde auto-reportada, as limitações funcionais ou as doenças crónicas.

Várias razões tem sido apontadas para estas desigualdades, relacionadas com as condições de vida e de trabalho, os comportamentos de risco ou o contexto ambiental e social. Optámos por nos focar, neste relatório de 2017, num dos principais determinantes das desigualdades sociais em saúde: a iniquidade no acesso e na utilização dos cuidados de saúde.

De acordo com o estudo de McGinnis *et al.*⁽¹⁾, os cuidados de saúde explicam entre 10% e 15% das desigualdades em saúde. Este valor poderá parecer relativamente pequeno, mas não pode ser negligenciado, por razões que passamos a detalhar.

1. Equidade nos cuidados em saúde: um valor por si próprio

Em Portugal, como é mencionado em todos os estudos sobre o tema, a equidade ocupa um lugar central na Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90), que indica que “é objetivo fundamental 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”. Ao nível internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) menciona que “não deveria ser negado a ninguém o acesso a intervenções que salvam vidas ou promovem a saúde por razões injustas, incluindo causas económicas ou sociais” (Margaret Chan, Diretor-Geral, 2008). O relatório final da Comissão sobre os Determinantes Sociais em Saúde, da OMS refere que “O sistema de cuidados de saúde deve ser desenhado e financiado para assegurar uma cobertura equitativa e universal, com recursos humanos adequados”⁽²⁾.

Estes princípios baseiam-se na ideia que a equidade nos cuidados em saúde tem um valor por si próprio, independentemente do principal objetivo ser atingir a equidade em saúde. No seu muito conhecido artigo de 2002⁽³⁾, o prémio Nobel de economia, Amartya Sen, refere o exemplo seguinte. As mulheres, embora tenham uma esperança de vida superior, usualmente gozam de uma pior saúde durante a vida. Estas diferenças de saúde entre homens e mulheres têm, em parte, um carácter de desigualdade, por

4. EQUIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE

serem injustas e evitáveis. Daí, conclui o autor, que para compensar esta desigualdade seria expectável que as mulheres recebessem mais cuidados do que os homens, ou seja, que os cuidados de saúde discriminassem as mulheres positivamente, para compensar a sua posição social injustamente inferior na sociedade. No entanto, Amartya Sen admite que esta opção não seria aceitável porque a equidade nos cuidados de saúde (igual tratamento para igual necessidade) tem um valor por si próprio, e que mesmo o desejo de atingir a equidade em saúde não permite fugir ao princípio de equidade nos cuidados de saúde.

2. Equidade nos cuidados em saúde: uma solução mais pragmática

Os cuidados de saúde são a resposta política mais eficaz quando surge a doença, ou seja, quando a saúde passa a ser uma dimensão muito tangível da vida, com consequências potencialmente graves na qualidade de vida, nas relações sociais, no trabalho e rendimento. Os serviços de saúde são o interlocutor privilegiado quando surgem os sintomas

da doença e os medos que lhe estão associados. Não é por acaso que a população, quando pensa na saúde, pensa automaticamente nos cuidados de saúde e, em Portugal, no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Também não é por acaso que o SNS é uma das faces mais visíveis do Estado de bem-estar, à qual muito é pedido, pelo carácter incapacitante que a doença pode ter nas nossas vidas.

Além dos benefícios dos cuidados de saúde, em Portugal e nos outros países de alto rendimento, uma posição pragmática leva a assumir a preponderância dos cuidados de saúde na luta contra as desigualdades em saúde. Em primeiro lugar, os outros setores da sociedade com forte impacto na saúde – educação, segurança social, emprego, ambiente – dificilmente assumem a saúde como um objetivo central das suas políticas. O *slogan* “A saúde em todas as políticas” raramente passa do seu estatuto de *slogan*. Em segundo lugar, a atuação nestes outros setores em prol da saúde implica arbitragens com questões económicas e sociais complexas, com dimensões que ultrapassam de longe a questão da saúde. Para

dar um exemplo, sabemos que o desemprego é nocivo para a saúde⁽⁴⁾, e que portanto, em termos de saúde, a luta contra o desemprego deveria ser uma prioridade. No entanto, a forma de lutar contra o desemprego é uma questão política altamente conflitual.

O capítulo está organizado da forma seguinte. Após apresentação do conceito de equidade nos cuidados de saúde que iremos utilizar na prática, serão apresentadas três análises. A primeira análise irá focar a iniquidade no acesso aos cuidados de saúde, em primeiro lugar com dados nacionais, e em segundo lugar com dados europeus que permitem uma comparação entre Portugal e outros países. A segunda análise irá focar a iniquidade na utilização de cuidados de saúde, com base em dados nacionais. Finalmente, a terceira análise terá como tema a iniquidade no financiamento da saúde em Portugal, através de uma breve revisão da literatura, na ausência de dados recentes para analisar sobre esta questão.

Equidade nos cuidados de saúde: um conceito filosófico e pragmático

O tema da equidade nos cuidados de saúde foi muito estudado do ponto de vista ético. Várias definições foram consideradas ao longo dos anos; no entanto, uma definição acabou por se impor nos estudos empíricos, que se multiplicaram desde os anos 90, talvez pelo seu carácter simples de compreender e aplicar: “iguais cuidados para iguais necessidades” (este conceito está associado à *equidade horizontal*). Caso a utilização dos cuidados de saúde seja superior em determinados grupos populacionais face a necessidades iguais, considera-se que existe uma situação de “iniquidade nos cuidados de saúde”. Noutros termos ainda, de acordo com a definição geralmente utilizada nos estudos, a equidade implica que os cuidados sejam distribuídos em função das necessidades e não da capacidade de pagar ou da condição socioeconómica⁽⁵⁾.

Esta definição levanta obviamente a questão de definir a “equidade nos cuidados de saúde”. Os estudos têm adotado ao longo dos anos uma opção simples, consideran-

4. EQUIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE

do a definição de equidade como igual “utilização” ou “tratamento” para necessidades iguais. Ora, poderemos estar a contar como não utilizadores pessoas que recusem utilizar os cuidados de saúde e que, portanto, as diferenças sejam explicadas por preferências ou escolhas, e não relacionados com uma questão de iniquidade ou justiça social. Por isso, argumentam alguns autores, não deveria ser avaliada a utilização de cuidados mas sim o “acesso” aos cuidados, ou seja, a oportunidade de aceder aos cuidados, independentemente das suas preferências, condição económica ou disponibilidade para pagar (mesmo custo monetário e económico dos cuidados). O contra-argumento, no entanto, é que as preferências pela não utilização de cuidados de saúde são determinadas socialmente e culturalmente, não representando necessariamente uma escolha. Assim, poderíamos ir além da garantia do acesso, numa atitude mais pró-ativa, que assegure que haja utilização em função das necessidades, independentemente das preferências. Na prática, o acesso nem sempre é fácil de medir, pelo que o conceito de utilização tem sido o mais estudado. A nossa

opção, neste relatório, foi tentar, dentro do possível, medir equidade na utilização e no acesso.

A questão do acesso: evidência recente e novos resultados

Um estudo recente intitulado “Políticas Públicas em Saúde: 2011-2014”, coordenado por Pedro Pita Barros, detalha muito cuidadosamente o conceito de acesso em saúde⁽⁶⁾. Com base na literatura, o estudo menciona que o acesso está relacionado com a capacidade do SNS em prestar cuidados de saúde (recursos humanos e equipamentos); a proximidade geográfica dos serviços; o esforço financeiro pedido aos utentes (co-pagamentos); a adequabilidade dos serviços (qualidade e adequação às preferências dos utentes); e a aceitabilidade dos cuidados de acordo com as expectativas e necessidades dos utentes. Independentemente das necessidades dos utentes e da sua vontade em utilizar os cuidados, várias barreiras poderão limitar o acesso, tais como a insuficiência das estruturas de saúde e a sua desigual distribuição geográfica, os preços dos cuidados, ou a inadequação dos serviços às expectativas dos utentes.

A seguir, o estudo apresenta um inquérito realizado em 2015 sobre acesso aos cuidados de saúde, numa amostra de 1.260 pessoas. Foi perguntado aos inquiridos que tenham estado doentes nos últimos 12 meses (representando a necessidade), se tinham procurado cuidados. Uma proporção de 14,8% dos inquiridos declarou não ter procurado qualquer auxílio nos cuidados de saúde, sendo que uma maioria destes declarou não ter procurado auxílio porque a doença não era grave. Outros resultados merecem também atenção, mostrando com grande destaque que a principal barreira foi sentida nos medicamentos, com uma proporção de 19,6% dos inquiridos a indicar que já lhes aconteceu não adquirirem todos os medicamentos por falta de dinheiro. Embora não possamos falar em iniquidade, porque não foi avaliada a necessidade, destaca-se também, neste estudo, a forte diferença nestas proporções entre as classes socioeconómicas mais altas e mais baixas: para a não aquisição de medicamentos por falta de dinheiro, a taxa varia entre 0% (classe mais alta) e 25,8% (classe mais baixa); para a não ida a uma consulta médica por falta de

dinheiro, a taxa variou entre 4,1% e 9,7% entre as duas classes de rendimento. Destaca-se também que foram os medicamentos a principal fonte de despesa dos inquiridos com cuidados de saúde.

De forma a completar esta informação, procurámos bases de dados recentes que nos permitissem estimar potenciais iniquidades no acesso aos cuidados de saúde. Embora as bases de dados não tenham o detalhe do inquérito apresentado acima, baseiam-se em amostras maiores e representativas, e fornecem informação em maior detalhe sobre a necessidade de cuidados (representada pela existência de doenças e pela saúde auto-reportada).

1. Resultados nacionais: o Inquérito Nacional de Saúde 2014

O Inquérito Nacional de Saúde, realizado pela última vez em 2014, questionou 18.204 indivíduos sobre diferentes aspetos de saúde, socioeconómicos e estilos de vida. Para medir o acesso, utilizámos as questões seguintes:

4. EQUIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE

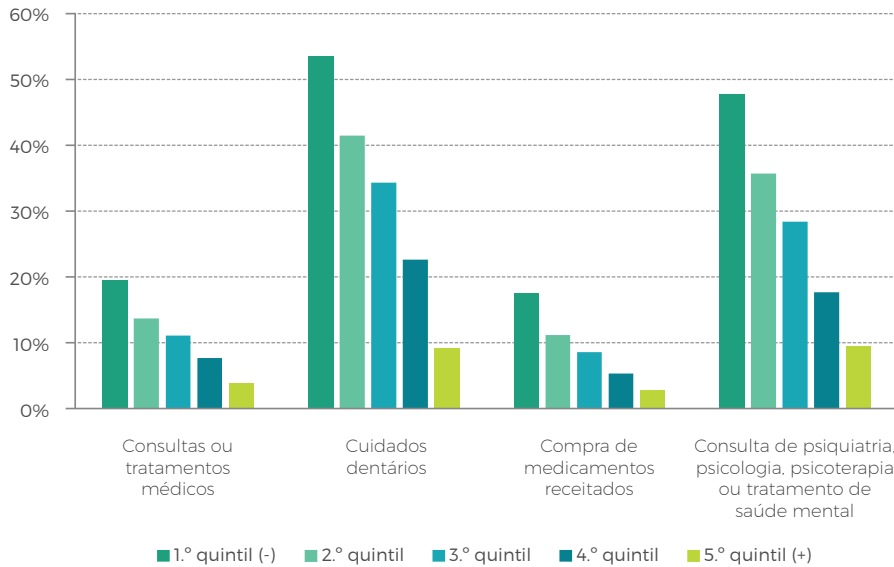
- Necessidade de consulta ou tratamentos médicos não satisfeita por dificuldades financeiras nos últimos 12 meses (sim/não);
- Necessidade de consulta, exames ou tratamentos dentários não satisfeita por dificuldades financeiras nos últimos 12 meses (sim/não);
- Compra de medicamentos receitados não satisfeita por dificuldades financeiras nos últimos 12 meses (sim/não);
- Necessidade de consulta de psiquiatria, psicologia ou psicoterapia ou tratamentos de saúde mental não satisfeita por dificuldades financeiras nos últimos 12 meses (sim/não).

De forma a medir a equidade no acesso, medimos a probabilidade de ter necessidades não satisfeitas (dentro das pessoas que sentiram necessidade de recorrer aos cuidados de saúde em análise), para as quatro dimensões dos cuidados, por categoria de rendimento (em quintis), ajustando pelas necessidades, nomeadamente a idade, sexo, existência de doença crónica e má saúde auto-reportada.

De notar que foram focadas aqui as necessidades não satisfeitas relacionadas com dificuldades financeiras, ligadas em princípio à questão do acesso. De facto, as necessidades não satisfeitas em geral podem ter outras causas não ligadas ao acesso, como não receber cuidados com a qualidade adequada, ou com a qualidade que o próprio utente espera⁽⁷⁾.

Os resultados demonstram um gradiente social muito claro para cada um dos indicadores (por gradiente social, referimo-nos à diminuição gradual da probabilidade para cada escalão de rendimento) (Figura 1). Note-se a forte probabilidade de reportar necessidades não satisfeitas, e a distribuição socialmente muito marcada, para as consultas dentárias (de 9% nos mais ricos até 53% nos mais pobres) e de tratamento de saúde mental (de 9% nos mais ricos até 48% nos mais pobres). Mesmo para os cuidados em geral, as barreiras de acesso variam entre 4% e 19%.

Figura 1. Necessidades não satisfeitas devido a dificuldades financeiras (últimos 12 meses), por quintil de rendimento.



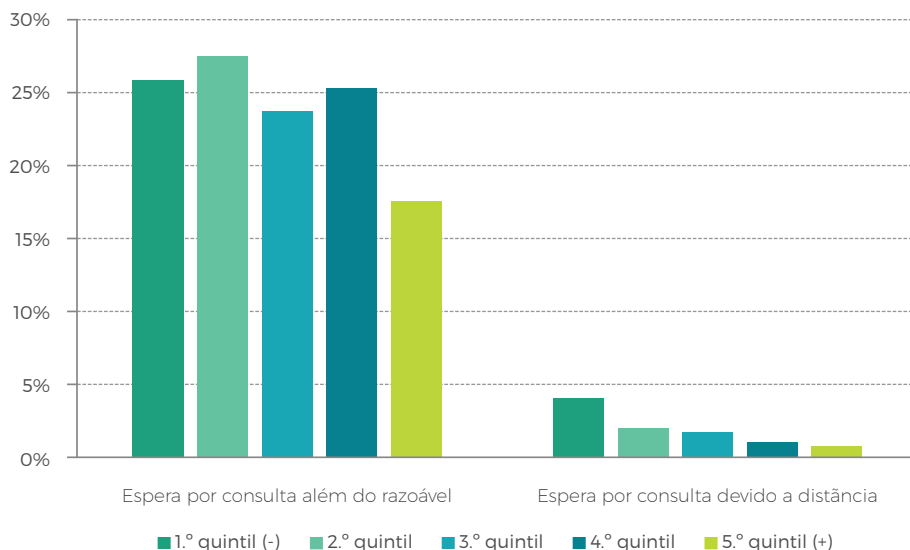
Nota: os valores indicados com "*" significam que a diferença em relação ao 1.º quintil são significativas.
 Fonte: Inquérito Nacional de saúde, INSA, 2014. Análise própria.

Como importante barreira de acesso, também medimos a equidade na probabilidade de esperar por uma consulta, exame ou tratamento médico, ajustando pelas mesmas necessidades apresentadas acima. Os resultados apresentados na Figura 2 mostram que, para os tempos de espera, as pessoas no quintil de rendimento mais alto têm uma probabilidade significativamente inferior de esperar por

uma consulta, em comparação com as pessoas no rendimento mais baixo. A espera devida à distância difere significativamente entre grupos de rendimento, mas os valores são extremamente baixos, pelo que o problema não parece ter uma magnitude relevante.

4. EQUIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE

Figura 2. Espera por consulta, exame ou tratamento médico nos últimos 12 meses, por quintil de rendimento.



Nota: os valores indicados com *** significam que a diferença em relação ao 1º quintil são significativas.
Fonte: Inquérito Nacional de saúde, INSA, 2014. Análise própria.

3. Comparação internacional: o Survey on Income and Living Conditions

Optámos por comparar a equidade no acesso em Portugal com outros países europeus. Para tal, utilizámos o *Survey on Income and Living Conditions* (SILC), uma base de dados que inclui todos os Estados Membros da União Europeia (28 países), e é realizado anualmente numa

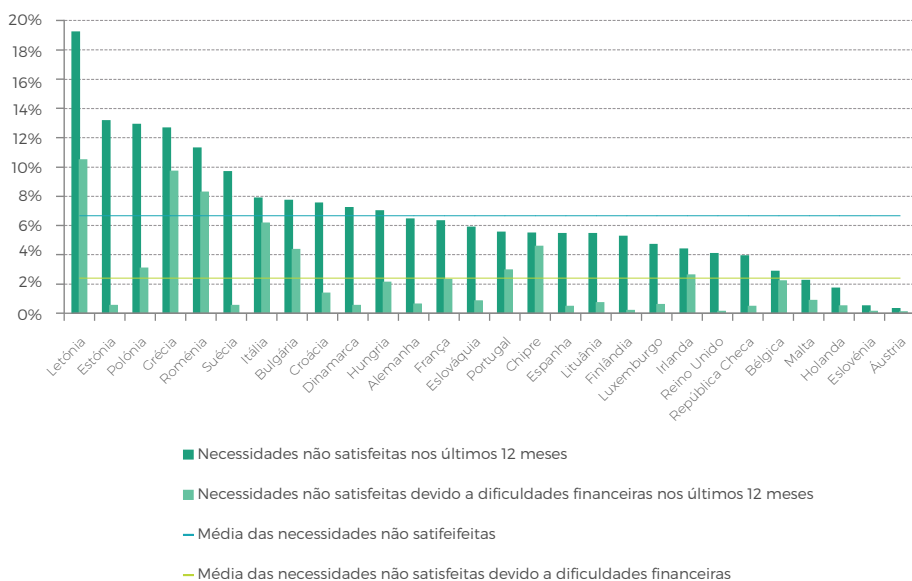
amostra representativa de cada país, através de um questionário centrado principalmente nas condições de vida, mas com algumas questões sobre saúde.

Utilizámos os dados de 2014, cuja amostra foi de 483.349 observações. Avaliámos as respostas às duas questões seguintes: as necessidades de cuidados de saúde não

satisfeitas e, dentro destas necessidades não satisfeitas, aquelas que tinham sido causadas por razões financeiras. A Figura 3 indica que a não satisfação das necessidades, em Portugal, foi de 5,5%, um valor abaixo da média europeia, sendo

que 2,9% se deveram à impossibilidade de pagar. Este valor, apesar de parecer pequeno, indica no entanto que mais da metade das necessidades não satisfeitas foram causadas por razões financeiras.

Figura 3. Necessidades não satisfeitas e necessidades não satisfeitas por razões financeiras.



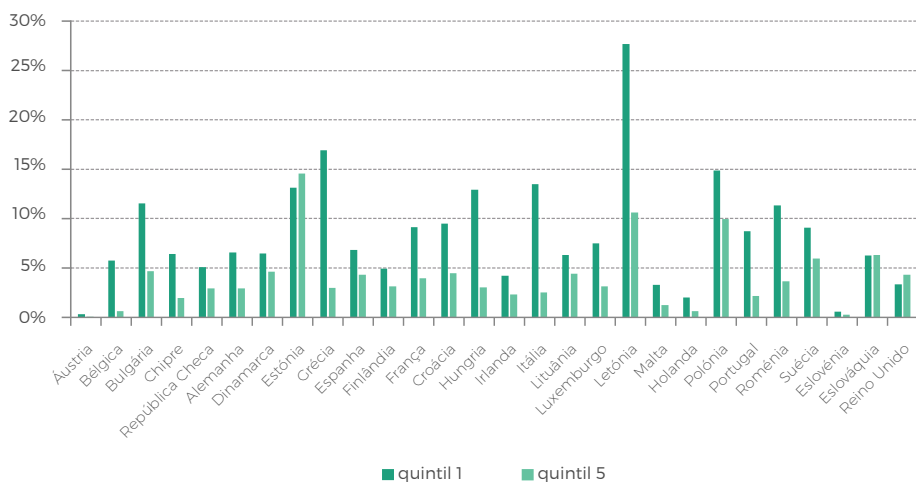
Fonte: Survey on Income and Living Conditions, União Europeia, 2014. Análise própria.

4. EQUIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE

Medimos de seguida a equidade no acesso, através da estimação da probabilidade de ter necessidades não satisfeitas, por quintil de rendimento, ajustando pelas necessidades tal como na análise anterior (idade, sexo, presença de doença crónica e má saúde auto-reportada). Como esperado, as necessidades não satisfeitas são muito superiores,

em todos os países, no quintil de rendimento mais baixo, comparado com o mais elevado (Figura 4). Em Portugal, a taxa ajustada é de 8,7% no quintil mais pobre, e 2,2% no quintil mais elevado. Esta diferença de 6,5 pontos percentuais é superior à média europeia, que é de 4,3. Quando comparamos os quintis, em termos de necessidades não

Figura 4. Necessidades não satisfeitas, ajustadas, por quintil de rendimento.



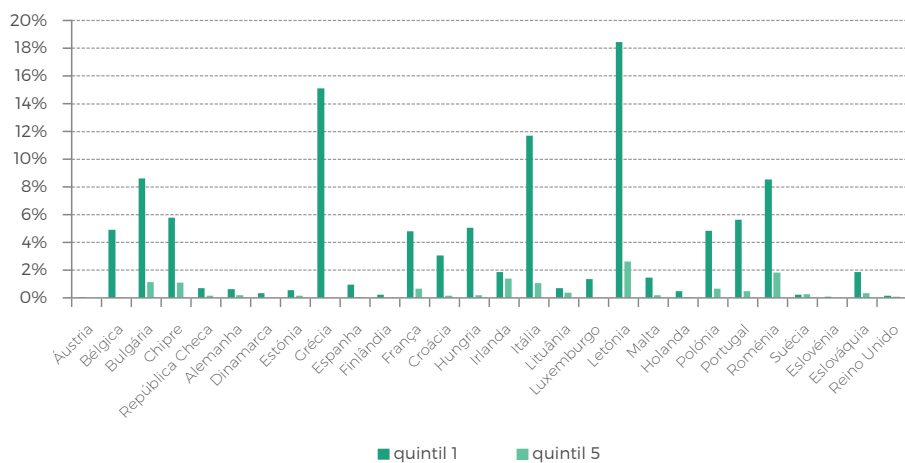
Fonte: Survey on Income and Living Conditions, União Europeia, 2014. Análise própria.

satisfeitas por razões financeiras, as diferenças são ainda maiores (Figura 5). Em Portugal, a diferença entre os quintis extremos é de 5,2 pontos percentuais, superior à média europeia (3,2 pontos percentuais).

De notar que a taxa de necessidades não satisfeitas é medida para toda a amostra, enquanto para o In-

quérito Nacional de Saúde era medida no sub-grupo de pessoas que declarava ter sentido a necessidade de consultas. Esta diferença explica as taxas bastante inferiores de necessidades não satisfeitas encontradas com os dados do SILC.

Figura 5. Necessidades não satisfeitas por razões financeiras, ajustadas, por quintil de rendimento.



Fonte: Survey on Income and Living Conditions. União Europeia, 2014. Análise própria.

4. EQUIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE

Equidade na utilização de cuidados: novos resultados

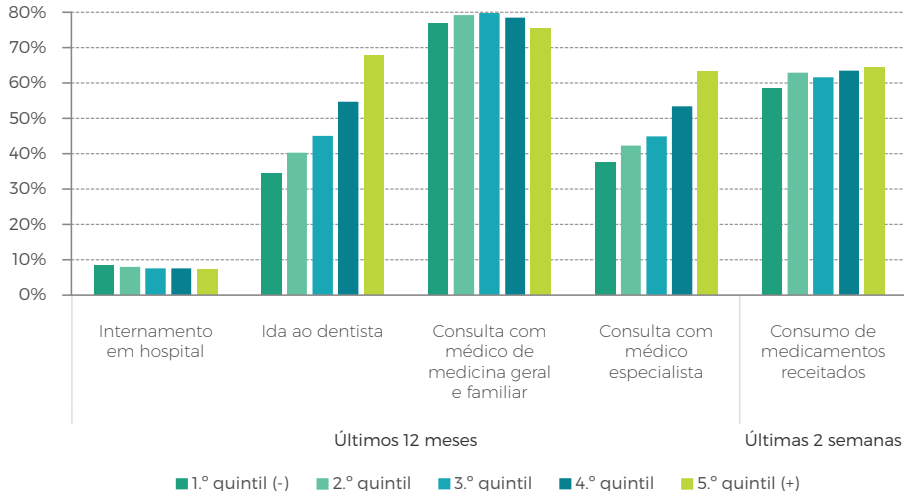
Quando passamos do acesso à utilização, os resultados são muito relevantes do ponto de vista conceptual, por captarem, dentro dos não utilizadores, preferências e percepções dos utentes. De facto, dois argumentos sugerem que este indicador também seja relevante para medir a equidade, e como instrumento de apoio à decisão. Por um lado, não é óbvio que uma pessoa com necessidades em saúde que não utilize cuidados não o faça por uma questão de escolha pessoal. Não procurar cuidados quando se está doente poderá ser uma opção, mas esta opção estará possivelmente marcada pela literacia em saúde, pela cultura, pelo tipo de rede e apoio social. Por outro lado, do ponto de vista pragmático, os principais inquéritos de saúde, em Portugal e na Europa, avaliam em grande escala a utilização de cuidados e não o acesso, oferecendo muito mais informação para medir a equidade.

Assim, para esta avaliação da equidade nos cuidados de saúde, focamos os dados do Inquérito Nacio-

nal de Saúde de 2014. Avaliámos, em primeiro lugar, a probabilidade de utilizar diferentes tipos de cuidados. Mais uma vez, avaliamos esta probabilidade por quintil de rendimento para igual necessidade (sendo a necessidade medida através da idade, sexo, presença de doença crónica e má saúde auto-reportada). A Figura 6 mostra que as diferenças são muito pequenas e não estatisticamente significativas entre quintis de rendimento na utilização de cuidados de saúde primários e de idas ao hospital; pelo contrário, a probabilidade de utilização está fortemente relacionada com o rendimento para as consultas de dentista (variação entre 34% e 67% entre os quintis extremos), e de cuidados de especialidade (variação entre 67% e 63%).

Este resultado não implica, no entanto, a ausência de equidade, porque apenas avaliamos a probabilidade de utilização, e não a sua intensidade. É possível que os mais favorecidos tenham igual probabilidade de utilização mas, caso utilizem, seja de forma mais intensiva, através de um maior número de consultas.

Figura 6. Probabilidade de consulta, por tipo de serviço e quintil de rendimento.



Fonte: Inquérito Nacional de saúde, INSA, 2014. Análise própria.

Equidade no financiamento da saúde: devemos ficar preocupados?

Um último tipo de estudo merece ser salientado, embora falem dados recentes para alimentar o tema. A equidade no financiamento significa que as despesas em saúde são distribuídas de acordo com a capacidade financeira, ou seja, as pessoas com maior rendimento suportam uma carga superior à das pessoas mais pobres. Portanto, reflete a justiça social na forma como a saúde é financiada.

O estudo de referência nesta área é de 1999, e tinha demonstrado que o sistema de saúde português estava marcado pela iniquidade no financiamento, com os pobres a gastar uma maior proporção do seu rendimento em saúde do que os ricos⁽⁶⁾. Este resultado explicava-se essencialmente pelo peso elevado das despesas privadas no financiamento da saúde, que são tipicamente regressivas.

4. EQUIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE

Mais recentemente, o estudo de Kronenberg and Barros⁽⁹⁾ permitiu avaliar o peso das despesas em saúde no orçamento das famílias, em função do seu rendimento, embora não permita avaliar a equidade no financiamento. Este menciona que os pagamentos diretos nos cuidados de saúde (taxas moderadoras, preços das consultas e dos medicamentos, etc.) são considerados como necessários para evitar o risco moral, ou seja, a utilização excessiva que normalmente se encontra associada à ausência de responsabilização financeira dos utentes. Ora, indicam os autores que, apesar da isenção de uma parte substancial da população portuguesa, as elevadas despesas em saúde podem aumentar os constrangimentos financeiros das famílias mais pobres.

Neste último estudo, foram utilizados os dados do Inquérito às Despesas das Famílias de 2000 e 2005, e foram medidas as chamadas “despesas catastróficas em saúde”, definidas como aquelas que ultrapassam 40% do orçamento da família. Foi demonstrado que as despesas catastróficas tinham afetado 7,8% das famílias em 2000, e 5,0% em

2005. No entanto, no primeiro quintil de rendimento (o mais baixo), estas taxas passam para 22,3% e 13,5% em 2000 e 2005, respetivamente. O estudo aponta outros resultados interessantes, como o maior risco de despesas catastróficas com o aumento da idade, ou nos agregados familiares onde o chefe de família é mulher. Destaca-se também o risco elevado de despesas catastróficas para categorias da população isentas, tais como os desempregados (63,4%), os idosos com pensões baixas (53,9%), e os reformados por incapacidade (71,7%). A principal explicação para este resultado, aparentemente paradoxal, é a de que as principais despesas em saúde estão relacionadas com medicamentos (65%), para os quais a isenção não se aplica.

Quintal and Lopes⁽¹⁰⁾ realizaram um outro estudo que atualiza os dados prévios, com o Inquérito ao Orçamento das Famílias 2010-2011. Encontram uma taxa de despesas catastróficas em saúde de 2,1%, inferior aos valores anteriores mas no entanto inaceitável, de acordo os autores, em comparação com os valores de outros países (em Espanha por exemplo a taxa era

de 0,48%, e no Reino-Unido de 0,04%). Mais uma vez, foram os medicamentos o principal motor das despesas em saúde. Finalmente, além da relação com o rendimento, os autores mostram que o risco de despesas catastróficas é 4 vezes superior nos agregados familiares com pelo menos um idoso.

Conclusão

1. Principais resultados

Este capítulo mostra que as barreiras no acesso aos cuidados de saúde permanecem relevantes em Portugal, e sobretudo marcadas do ponto de vista socioeconómico. Foi observado um gradiente social, ligado ao rendimento, para os tratamentos médicos em geral, mas sobretudo um grau elevado de necessidades não satisfeitas, com um gradiente socioeconómico muito marcado, na saúde oral, na saúde mental e nos medicamentos. Em comparação com o resto da Europa, Portugal não sofre de maiores barreiras de acesso, mas estas barreiras estão mais marcadas do ponto de vista socioeconómico, em particular no que diz respeito às restrições financeiras.

Quando focamos a utilização de cuidados, os resultados mais positivos dizem respeito aos cuidados de saúde primários e internamentos hospitalares, que se distribuem de forma praticamente igual entre grupos de rendimento. Pelo contrário, as consultas de especialidade e de dentista são significativamente mais utilizadas pelos grupos de rendimento mais altos. Ou seja, e à imagem dos estudos realizados nos anos 90⁽¹¹⁾, os mais pobres têm menor utilização de consultas de especialidade, face a necessidades iguais.

Finalmente, a equidade no financiamento – ou seja, um contributo maior para o financiamento da saúde por quem tem mais dinheiro – parece ter melhorado ao longo do tempo. Nomeadamente, a proporção de agregados familiares com despesas catastróficas em saúde (mais de 40% do orçamento do agregado) tem diminuído entre 1990 e 2010, de 7,8% para 2,1%, contudo, este valor permanece muito elevado em comparação com o que é observado nos países vizinhos. Embora não existam dados que permitam uma comparação, por um lado, a diminuição do peso

4. EQUIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE

da despesa privada no financiamento da saúde, entre 1990 e 2010, poderá ter diminuído a iniquidade no financiamento. Por outro lado, durante a crise económica, o peso da despesa privada aumentou de 26% para 28% entre 2010 e 2014⁽¹²⁾, pelo que não se pode retirar nenhuma conclusão *a priori* sobre o que terá acontecido.

4. Algumas interpretações

Neste quadro, devem ser salientadas três situações notáveis, e esperadas: a iniquidade na utilização e no acesso à saúde oral, à saúde mental, e aos medicamentos. Nestes três campos, não existem apenas limitações fortes no acesso, como também estas limitações afetam de forma desproporcional os mais pobres. No caso da saúde oral e da saúde mental, esta iniquidade explica-se pela falta de oferta destes serviços no Serviço Nacional de Saúde, estando a necessidade a ser em grande parte satisfeita através do setor privado, ou seja, apenas acessível para quem tem seguro ou capacidade de pagar. No caso da saúde oral, houve tentativas para atenuar esta situação através dos cheques-dentista, pa-

ra poder recorrer ao setor privado, mas possivelmente esta iniciativa não conseguiu reduzir a iniquidade. Quanto à medicação, esta representa a principal fonte de despesas em saúde das famílias, sendo que, na ausência de isenções, é natural que os mais carenciados encontrem dificuldades de acesso.

É nos medicamentos que também encontramos a causa da taxa ainda elevada de despesas catastróficas em saúde, que afetavam, em 2010, 2,1% das famílias portuguesas. Dados futuros poderão confirmar se o aumento das taxas moderadoras em 2011, seguido da sua descida em 2016, afetou este quadro. Não temos evidência para justificar este facto, mas é pouco provável que seja o caso, tendo em conta que a despesa privada em saúde é principalmente explicada pelas despesas com medicamentos e pelas despesas com cuidados privados, que afetam também em grande dimensão as pessoas isentas, para os serviços não oferecidos pelo SNS.

Assim, não se conseguirá melhorar o acesso a determinados cuidados, nem reduzir as despesas catastróficas em saúde sem uma ação

determinada no SNS no campo da saúde oral e da saúde mental, e na melhoria do acesso aos medicamentos para os cidadãos mais carenciados.

Referências

1. McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs*. 2002;21(2):78-93.
2. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. Sen A. Why health equity? *Health Econ*. 2002;11(8):659-66.
4. Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE. Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Social Science & Medicine*. 2011;72(6):840-54.
5. Wagstaff A, Van Doorslaer E. *Equity in health care finance and delivery*. In: Culyer A, Newhouse JP, editors. *Handbook of Health Economics*. 1. New-York: Elsevier; 2000. p. 1803-62.
6. Pita Barros P. (Coordenador). *Políticas públicas em saúde: 2011-2014, avaliação do impacto*. Lisboa: Nova Healthcare Initiative/Universidade Nova de Lisboa; 2015.
7. Allin S, Grignon M, Le Grand J. Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? *Social science & medicine*. 2010;70(3):465-72.
8. Wagstaff A, Van Doorslaer E, Van der Burg H, Calonge S, Christiansen T, Citoni G, et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *J Health Econ*. 1999;18(3):263-90.
9. Kronenberg C, Barros PP. Catastrophic healthcare expenditure-drivers and protection: the Portuguese case. *Health Policy*. 2014;115(1):44-51.

4. EQUIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE

10. Quintal C, Lopes J. Equity in health care financing in Portugal: findings from the Household Budget Survey 2010/2011. *Health Economics, Policy and Law*. 2016;11(03):233-52.

11. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van der Burg H, Christiansen T, De Graeve D, Duchesne I, et al. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *J Health Econ*. 2000;19(5):553-83.

12. OECD/EU. *Health at a glance: Europe 2016 - State of health in the EU cycle*. Paris: OECD; 2016.

5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE

Rogério Gaspar
José Aranda da Silva
Marta Vargas Gomes
Cristina Furtado
Carla Torre
Filipa Alves da Costa
Inês Teixeira
Sérgio Vilão
Fátima Falcão
Carla Teixeira Barros
Filipa Duarte Ramos

5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE

O programa do governo no que se refere à política do medicamento propõe: *“Promoção de uma política sustentável na área do medicamento de modo a conciliar o rigor orçamental com o acesso à inovação terapêutica”* através da revisão dos mecanismos de dispensa e de participação, promoção dos medicamentos genéricos e estímulo à investigação, inovação e produção nacional.

É também assumido o compromisso de *“Valorizar o papel das farmácias comunitárias enquanto agentes de prestação de cuidados”* de saúde e propõe-se *“ensaiar a delegação parcial da administração de terapêutica oral em oncologia e doenças transmissíveis”*.

Como medida relevante regista-se a aprovação pelo Conselho de Ministros da *“Estratégia Nacional do*

Medicamento e Produtos de saúde 2016-2020”(Resolução do Conselho de Ministros nº 56/2016 de 13 OUT 2016). Também é relevante o anúncio pelo Ministro da Saúde de que em 2016 foram comparticipados mais medicamentos inovadores. O INFARMED publicou um Comunicado de Imprensa, em 12 de Janeiro 2017, com lista completa de medicamentos comparticipados, que pode ser consultada online.

Na presente edição do Relatório de Primavera 2017 do OPSS, o capítulo do medicamento aborda alguns temas relacionados com as propostas do programa de governo. Esses temas (“*case-study*”) resultam do enquadramento diferenciado que decidimos desenvolver este ano e integra a visão de observadores que participam actualmente no Núcleo do Medicamento, numa visão integrada para a melhoria do Sistema de Saúde, recolhendo evidência e antecipando tendências, perspectivas inerentes à “função observatório”.

No seguimento do já estudado no Relatório de Primavera de 2002 (e ainda em 2009 e 2010) alertava-se para o elevado consumo em

Portugal de ciclosporinas e quinolonas, apresenta-se um estudo sobre o impacto da utilização de antibióticos no nosso país nos últimos anos. O estudo, aqui apresentado em sinopse de estudo académico realizado pelas autoras, enquadra-se no âmbito de estratégia mais vasta de posicionamento do medicamento como tecnologia no contexto de uma política geral de Saúde e designadamente aborda questões relativas à associação às resistências bacterianas em Portugal no período de 2004 a 2014.

A inovação coloca obviamente desafios à prática clínica e à sustentabilidade do SNS em que devem estar presentes as necessidades dos doentes, o aumento da adesão e persistência terapêutica, bem como a melhoria da qualidade de vida entre outros critérios. Torna-se por isso relevante, tendo em conta a importância terapêutica dos novos anticoagulantes orais e o seu peso na despesa global com medicamentos, que seja aqui também apresentado um estudo de análise sobre a evolução da utilização e despesa dos medicamentos anticoagulantes.

5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE

Finalmente, para além dos dois “*case-study*” anteriores olhámos para perspectivas de evolução, otimizando a rede de Saúde nas suas diferentes valências mais diretamente relacionadas com a utilização do medicamento. Assim, também se apresenta uma análise sobre questões de enquadramento com impacto, caso os medicamentos oncológicos venham a ser dispensados em farmácias comunitárias, questão pertinente no âmbito das decisões anteriormente tomadas sobre medicamentos antirretrovirais e antecipáveis decisões de política nesta área, como decorre da análise programática da ação governativa.

5.1. PADRÃO DE CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS E ASSOCIAÇÃO ÀS RESISTÊNCIAS BACTERIANAS EM PORTUGAL, 2004 E 2014^a

Marta Vargas Gomes
Cristina Furtado
Carla Torre

a A análise apresentada é parte integrante de uma dissertação de Mestrado em Epidemiologia, Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.

5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE

5.1. PADRÃO DE CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS

O consumo de antibióticos apresenta uma crescente importância a nível mundial. A *European Surveillance of Antimicrobial Consumption Network* (ESAC-Net), criada com o objetivo de monitorizar os consumos de antibióticos, conta, atualmente, com a notificação de 31 países⁽¹⁾. A ESAC-Net formulou diversos indi-

cadores de qualidade para avaliar o padrão de consumo, nomeadamente o rácio de antibióticos de espectro largo e estreito (Figura 1), sendo que um rácio elevado sugere um potencial impacto determinante de emergência de resistências aos antimicrobianos⁽²⁾.

Figura 1. Fórmula do rácio de consumo de antibióticos de espectro largo e estreito⁽²⁾.

$$\text{Rácio de consumo de antibióticos de largo e estreito espectro} = \frac{C_{J01CR} + C_{J01DC} + C_{J01DD} + (C_{J01F} - C_{J01FA01})}{C_{J01CE} + C_{J01DB} + C_{J01FA01}}$$

Legenda: C_x : consumo; **J01CR**: combinações de penicilinas com inibidores das β -lactamases; **J01DC**: cefalosporinas de 2.ª geração; **J01DD**: cefalosporinas de 3.ª geração; **J01F**: macrólidos, lincosamidas e streptograminas; **J01FA01**: eritromicina; **J01CE**: penicilinas sensíveis às β -lactamases; **J01DB**: cefalosporinas de 1.ª geração.

Em Portugal tem havido uma crescente sensibilização da população para as resistências bacterianas. O Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA) criado para monitorizar as resistências e, simultaneamente, incentivar a melhoria do consumo de antibióticos, constitui um dos atuais programas de saúde prioritários⁽³⁾. Entre as diversas campanhas de sensibilização dirigidas à população, destaca-se a mais recente, que aconselhou explicitamente à evicção do consumo de antibióticos quando desnecessários⁽⁴⁾.

A vigilância do consumo de antibióticos é crescente uma vez que a relação entre o consumo e o aparecimento de resistências bacteri-

anas é uma realidade, estando o risco quantificado em 2,3 (OR=2,3; IC95%: 2,2 – 2,5)^(5, 6).

No entanto, não foi identificada até agora qualquer publicação que avaliasse a resistência associada a um indicador de qualidade de consumo.

Com este trabalho pretendeu-se caracterizar o consumo de antibióticos entre 2004 e 2014 em Portugal e nas NUTS II e regiões autónomas; pretendeu-se ainda correlacionar, a nível ecológico, o rácio de consumo de antibióticos de largo e estreito espectro com o aparecimento de resistências bacterianas.

5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE

5.1. PADRÃO DE CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS

Os dados de consumo de antibióticos foram cedidos pelo Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR), da Associação Nacional das Farmácias (ANF) e representam os dados de dispensa de um painel de 81,3% das farmácias comunitárias portuguesas (n=2916), extrapolados para o total nacional. O consumo de antibióticos foi cedido de acordo com a classificação Anatómica-Terapêutica-Química (ATC) e quantificado de acordo com a métrica de Doses Diárias Definidas (DDD) por mil habitantes por dia (DHD)⁽⁷⁾.

Os dados de resistência aos antimicrobianos foram cedidos pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) e incluem-se nas estirpes bacterianas resistentes monitorizadas anualmente pela Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica de Resistências aos Antimicrobianos, a qual em 2013 contou ativamente com dados provenientes de 66 dos 120 laboratórios. Estes dados foram cedidos para o período de 2004 a 2015, sendo que para algumas resistências apenas está disponível a série entre 2006 e 2015⁽⁸⁾.

Em Portugal, o consumo absoluto de antibióticos, ajustado à população residente, decresceu de 24,8 para 21,9 DHD entre 2004 e 2014 (Tabela 1). Nos anos analisados observou-se que a região de Lisboa e Vale do Tejo apresentou um consumo absoluto de antibióticos, ajustado à população, superior em relação às restantes regiões do país (Tabela 1)⁽⁹⁾.

Entre os anos avaliados, a utilização de quinolonas (J01M) reduziu de 3,1 para 2,2 DHD, sendo este decréscimo mais acentuado na região Centro (-31,5%). O consumo de cefalosporinas (J01D) decresceu também 51,1% para o mesmo período (Tabela 1)⁽⁹⁾.

As regiões autónomas da Madeira e dos Açores obtiveram o maior número de indicadores de qualidade de consumo abaixo da média nacional, em ambos os anos, sugerindo um melhor padrão de consumo de antibióticos (Tabela 1)⁽⁹⁾.

Em 2014, a análise do indicador “rácio de qualidade de consumo de antibióticos de espectro largo e estreito” mostrou uma elevada amplitude dos valores, com 65,5 na Madeira e 17,2 nos Açores (Tabela 1)⁽⁹⁾.

Tabela 1. Indicadores de qualidade de consumo de antibióticos
(adaptado de Gomes *et al.* 2015¹⁰)

Ano	Portugal		Norte		Centro		Lisboa e Vale do Tejo		Alentejo		Algarve		Madeira		Açores	
	2004	2014	2004	2014	2004	2014	2004	2014	2004	2014	2004	2014	2004	2014	2004	2014
Rácio do consumo de antibióticos de espectro largo e estreito	13,4	37,1	14,7	47,0	12,2	32,1	14,6	43,9	11,6	26,9	12,3	19,0	10,9	65,5	8,0	17,2
Consumo absoluto de antibióticos*	24,8	21,9	22,5	20,8	26,4	21,6	28,3	23,7	22,5	22,0	25,2	22,8	18,3	19,9	19,2	21,4
Consumo absoluto de penicilinas*	12,0	12,8	10,9	12,7	12,3	11,9	14,4	13,9	10,3	12,5	12,0	12,5	9,1	11,6	8,2	11,0
Consumo absoluto de cefalosporinas*	3,1	1,5	2,6	1,0	3,9	1,9	3,1	1,6	3,1	1,6	3,3	2,0	3,3	1,7	2,7	1,8
Consumo absoluto de macrólidos, lincosamidas e streptograminas*	3,3	2,4	3,3	2,3	3,4	2,3	3,7	2,6	2,8	2,4	3,2	2,4	2,0	2,6	1,7	2,3
Consumo absoluto de quinolonas*	3,1	2,2	2,9	2,0	3,3	2,2	3,2	2,3	3,1	2,5	3,0	2,5	2,2	2,0	3,5	2,4
Consumo relativo de penicilinas sensíveis às β -lactamases (%)**	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2
Consumo relativo de associações de penicilinas com β -lactamases (%)**	31,2	44,9	33,0	47,3	29,9	42,3	29,9	44,5	32,4	46,4	30,9	41,9	30,8	46,6	32,0	40,4
Consumo relativo de cefalosporinas de 3.ª e 4.ª geração (%)**	2,0	0,8	2,3	1,3	2,0	0,8	1,5	0,5	2,0	0,6	1,9	0,5	1,4	0,7	4,2	0,6
Consumo relativo de Fluoroquinolonas (%)**	12,4	10,1	12,7	9,7	12,4	10,3	11,4	9,7	14,0	11,3	12,1	11,1	12,1	10,3	18,5	11,4

■ valores abaixo da média nacional;
■ valores acima da média nacional;

Legenda: *em DHD; **% do total de consumo de antibióticos em DDD.

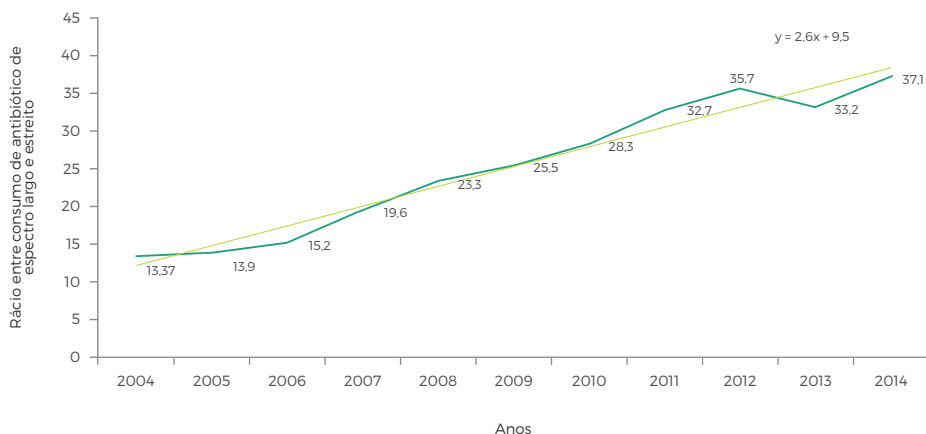
Ainda em relação ao “rácio de qualidade de consumo de antibióticos de espectro largo e estreito” observou-se uma tendência crescente en-

tre 2004 e 2014 ainda que houvesse reversão pontual deste fenómeno em 2013 (Figura 2)⁽¹⁰⁾.

5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE

5.1. PADRÃO DE CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS

Figura 2. Evolução do rácio entre consumo de antibióticos de espectro largo e estreito (adaptado de Gomes *et al.* 2016⁽¹⁰⁾).

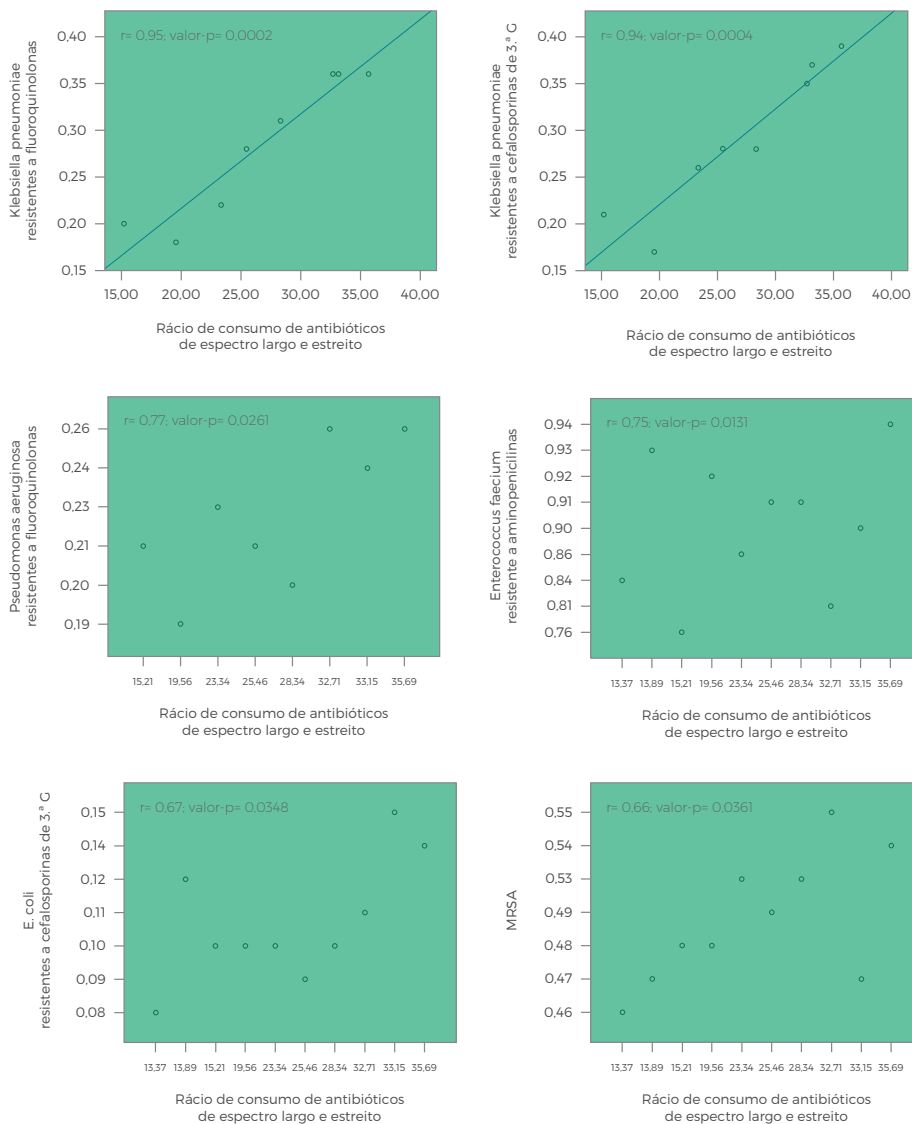


Na Figura 3 pode observar-se, entre 2004 e 2013, a relação entre rácio de qualidade de espectro largo e estreito e a proporção de cinco tipos de bactérias resistentes: *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus faecalis* e *Escherichia coli*. As resistências destas bactérias foram observadas para os seguintes antibióticos: fluoroquinolonas, cefalosporinas de terceira geração, aminopenicilinas e metilina.

Na análise bivariada realizada observou-se que entre as correlações do rácio de qualidade de espectro largo

e estreito destacaram-se a *Klebsiella pneumoniae* resistente à fluoroquinolona ($r=0,95$; valor- $p=0,0002$) e às cefalosporinas de terceira geração ($r=0,94$; valor- $p=0,0004$). Também a relação da proporção de *Staphylococcus aureus* resistentes à metilina (MRSA) com o rácio de qualidade foi significativa ($r=0,66$; valor- $p=0,0361$) (Figura 3). Contudo, estas correlações devem e irão ser analisadas para outros fatores passíveis de confundimento, nomeadamente o consumo total de antibióticos.

Figura 3. Correlações entre o rácio de consumo de antibióticos de espectro largo e estreito e as resistências bacterianas entre 2004 e 2014 (adaptado de Gomes *et al.* 2016⁽¹⁰⁾).



5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE

5.1. PADRÃO DE CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS

Globalmente verificaram-se algumas assimetrias no consumo de antibióticos nas diversas regiões. De acordo com a literatura, esta constatação enaltece a importância do estudo da relação médico/doente relativamente ao início da antibioterapia⁽¹⁾.

Por outro lado, observou-se uma tendência de crescimento do “rácio do consumo de antibióticos de espectro largo e estreito”, sugerindo um agravamento do padrão de consumo, ao longo dos últimos anos.

Os resultados apresentados, ainda que a nível ecológico, sugerem que as resistências aos antibióticos podem ser influenciadas não apenas pelo consumo absoluto de antibióticos, mas também pelo consumo elevado de antibióticos de largo espectro, comparativamente aos de espectro estreito.

Pode concluir-se que deverá ser incentivada a implementação de estratégias conducentes à melhoria do padrão de consumo de antibióticos. Entre estas, incluem-se a promoção de campanhas à população, alertando para os perigos do consumo de antibióticos, bem como a aplicação de estratégias

de restrição do consumo de antibióticos de largo espectro ou ainda a utilização disseminada de testes rápidos para avaliar o perfil de susceptibilidade das bactérias, promovendo a utilização de antibioterapia dirigida. Estas estratégias poderão levar à diminuição do rácio de consumo de antibióticos de largo e estreito espectro, e assim, promover a utilização racional de antibióticos em Portugal, tal como preconizado pelo PPCIRA.

Referências

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of antimicrobial consumption in Europe 2012. 2014.
2. Adriaenssens N, Coenen S, Versporten A, Muller A, Vankerckhoven V, Goossens H. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): quality appraisal of antibiotic use in Europe. *The Journal of antimicrobial chemotherapy*. 2011;66 Suppl 6:vi71-7.
3. Orientações Programáticas do PPCIRA Direção-Geral da Saúde 12/06/2013 Available from: www.dgs.pt.

4. Direção-Geral da Saúde (DGS), Infarmed - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. Campanha: "Neste Inverno proteja-se" 21/01/2016 Available from: http://www.arslvt.min-saude.pt/frontoffice/pages/2?news_id=635.
5. Bell BG, Schellevis F, Stobberingh E, Goossens H, Pringle M. A systematic review and meta-analysis of the effects of antibiotic consumption on antibiotic resistance. *BMC Infect Dis.* 2014;14:13.
6. Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet.* 2005;365(9459):579-87.
7. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2015. Oslo; 2015.
8. Direcção-Geral da S. Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em números - 2014. 2014.
9. Gomes M, Torre C, Guerreiro J, Nogueira P, Furtado C. 191. 11-year of Outpatient Antibiotic Utilization in Portugal - Utilization pattern and regional comparison between 2004-2014. 31st Conference on Pharmacoeconomics & Therapeutic Risk Management; 2015; Boston, MA, USA.
10. Gomes M, Torre C, Guerreiro J, Nogueira P, Furtado C. Association between broad-narrow antibiotic consumption quality indicator and antimicrobial resistance. *Symposium 2016 Pharmaceutical Care Network Europe*; 19-20 February 2016. ; Hillerød, Denmark.
11. Deschepper R, Grigoryan L, Lundborg CS, Hofstede G, Cohen J, Kelen GV, et al. Are cultural dimensions relevant for explaining cross-national differences in antibiotic use in Europe? *BMC Health Serv Res.* 2008;8:123.

5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE

5.2. ESTUDO DE CASO: ANTICOAGULANTES

Filipa Alves da Costa

Inês Teixeira

Sérgio Vilão

5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE

5.2. ESTUDO DE CASO: ANTICOAGULANTES

Enquadramento

A anticoagulação, indicada em diferentes situações clínicas, pode assegurar-se recorrendo a heparinas, a antivitamínicos K (AVK) ou, mais recentemente, aos novos anticoagulantes orais (NACOs).

Segundo o último relatório referente à monitorização do consumo de medicamentos em ambulatório, a despesa do Serviço Nacional de Saúde (SNS) no período de Janeiro a Novembro de 2016 cresceu 0,8% relativamente ao período homólogo⁽¹⁾.

Os anticoagulantes constituem o 3.º grupo farmacoterapêutico (GFT) com maior peso na despesa do SNS com medicamentos (7,7%), representando cerca de 84 milhões de euros nesse período, com um crescimento de 27,7% face ao homólogo.

O GFT dos anticoagulantes apresenta, completamente destacado dos demais, o maior contributo para o crescimento da despesa do SNS (com peso de 213,3%), em parte porque, desde as primeiras autorizações de introdução no mercado (AIM) dos NACOs em 2010, surgiram novas moléculas e novas indicações terapêuticas, as últimas das quais participadas em meados de 2014 e 2015. Todos os novos anticoagulantes comercializados à data (rivaroxabano, dabigatran e apixabano) situam-se, aliás, no Top 10 das marcas de medicamentos que mais contribuíram para a despesa SNS em ambulatório em 2016, ocupando a terceira, quinta e oitava posições desse *ranking* em valor⁽¹⁾.

A adequada utilização de medicamentos anticoagulantes é de fulcral importância, quer em termos de saúde pública e individual, quer em termos de afetação da despesa sobre o sistema de saúde.

Objetivos

O presente estudo de caso constitui uma abordagem inicial para analisar padrões de utilização a nível nacional e distrital dos medicamentos anticoagulantes em Portugal, no mercado de ambulatório do SNS, e avaliar a evolução da despesa (SNS e Utentes), e do custo do tratamento por dia, considerando as novas participações e Normas de Orientação Clínica entretanto implementadas com potencial impacto sobre o padrão de prescrição e de utilização.

Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo sobre os medicamentos anticoagulantes prescritos e dispensados nas farmácias comunitárias, aos utentes do SNS, nos últimos 10 anos (2006 a 2015), com base na informação disponibilizada pelo INFARMED, anualizada e desagregada pelos 18 distritos de Portugal Continental. Foi utilizada a Classificação Anatómica-Terapêutica-Química (ATC)⁽²⁾ e respectivas Doses Diárias Definidas (DDD). Recorreu-se a diferentes níveis de classificação ATC de acordo com o propósito. Ao comparar a evolução temporal considerou-se

5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE

5.2. ESTUDO DE CASO: ANTICOAGULANTES

ATC 3 para as heparinas (agregando todas as DCI) e ATC 5 (DCI) para os restantes fármacos utilizados em ambulatório, para que seja mais claro o efeito a ilustrar. As DDDs por 1000 habitantes por dia (DHD) foram calculadas considerando a população média anual residente de Portugal Continental para o ano em análise⁽⁴⁾.

Foram analisados diversos indicadores de utilização, expressos em DDD, DHD, e em rácio de NACOs sobre o total de anticoagulantes (incluindo heparinas, para possibilitar a comparação com os dados internacionais disponíveis) em volume a nível nacional e internacional. Foram igualmente analisados indicadores de despesa, expressos em encargos totais, encargos públicos SNS, encargos privados dos utentes e Custo Tratamento Dia (CTD) da terapêutica, sendo este calculado em função das DDDs dispensadas por valor total (despesa pública SNS e privada do utente).

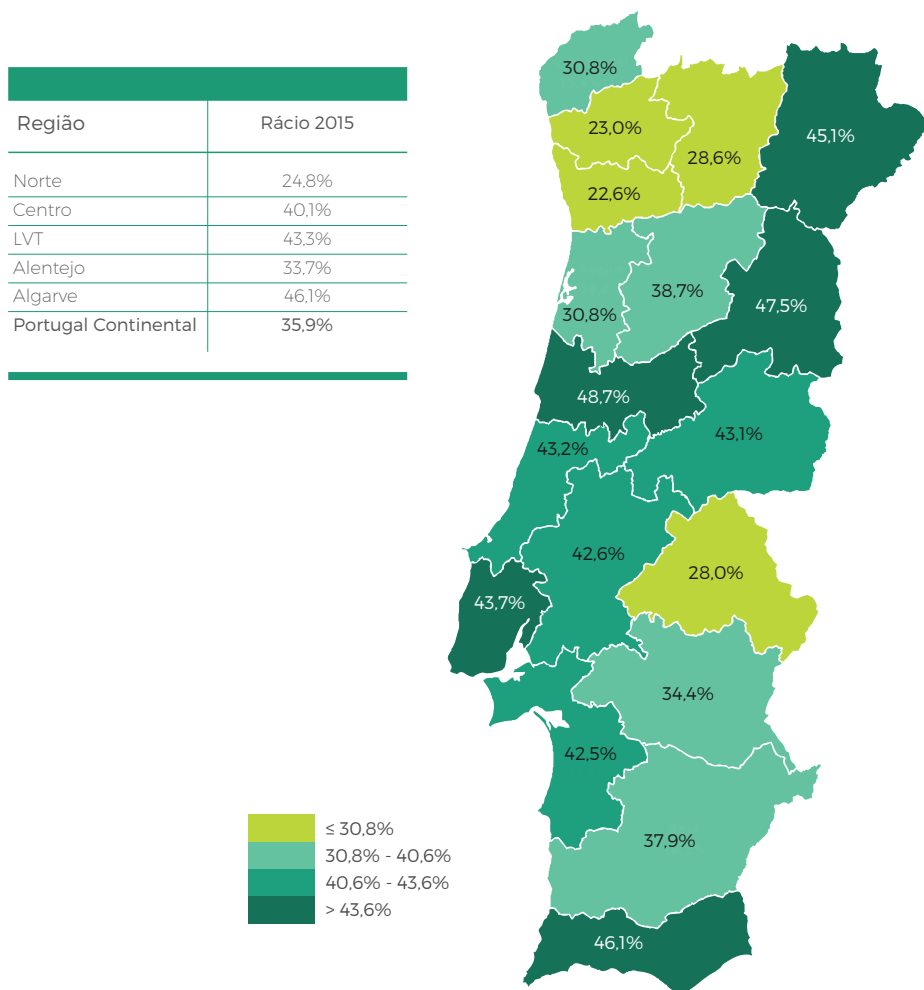
Resultados

Verificou-se que Portugal é o sétimo país da Europa com um maior rácio percentual de NACOs face ao mercado total dos anticoagulantes (em volume), com um valor de 32%, acima da média da UE22 que se situa nos 21,8%^{(5)(a)}.

Observou-se uma enorme disparidade nos rácios obtidos por região, também evidenciada a nível distrital (figura 1). O Algarve “lidera” com um rácio de NACOs de 46,1%, seguido da região de Lisboa e Vale do Tejo com 43,3%, em contraste com a região Norte que apresenta apenas 24,8%. De notar que na região Norte, o padrão é idêntico em todos os distritos, à exceção de Bragança.

a Note-se que este rácio é calculado para os dados Julho 2014 a Junho 2015, sendo a análise nacional referente ao período de Janeiro a Dezembro 2015.

Figura 1. Rácio % dos NACOs no mercado total de anticoagulantes em Portugal Continental (SNS) por Distrito e Região, em embalagens (2015).



Fonte: Elaboração própria. dados INFARMED.

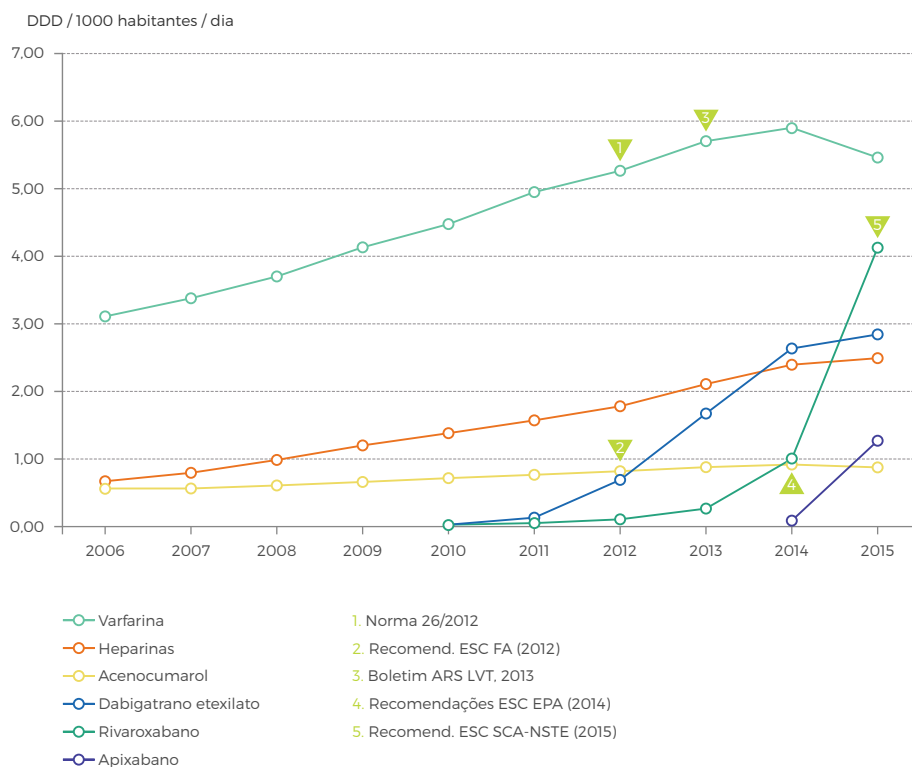
5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE

5.2. ESTUDO DE CASO: ANTICOAGULANTES

Verificou-se que o consumo *per capita* de anticoagulantes (mercado total) quase quadruplicou em 10 anos, passando de 4,28 DHD em 2006 para 17,03 em 2015, tendo este acréscimo resultado, pelo menos em parte, da introdução dos NACOs (figura 2). Verificou-se um aumento do consumo de todos os

anticoagulantes, correspondendo a uma variação de 298% entre 2006 e 2015. A maior variação verificou-se na região Centro (422%) e a menor na região Norte (215%). Saliente-se que apenas em 2014 se observou um decréscimo na utilização de varfarina.

Figura 2. DHD dos anticoagulantes no mercado SNS (2006-2015).

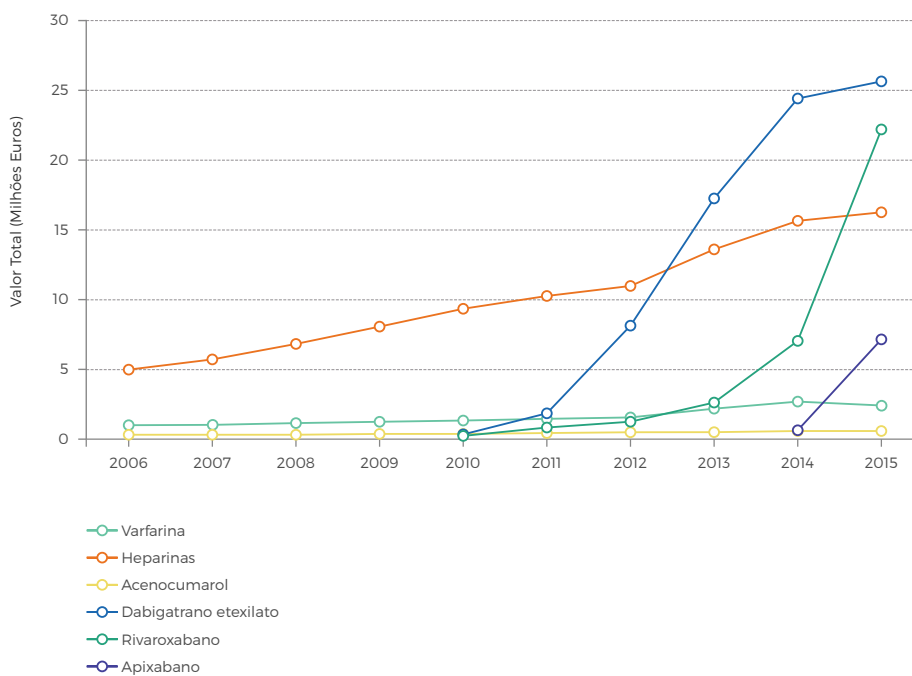


Fonte: Elaboração própria, dados INFARMED.

Em termos de valor total de mercado dos anticoagulantes (nas dispensas comparticipadas pelo SNS) constatou-se um aumento de 6,3

para 74,2 milhões de euros entre 2006 e 2015, sobretudo devido aos NACOs que em 2015 representavam já 55 milhões de euros (Figura 3).

Figura 3. Valor total (a PVP) dos anticoagulantes no mercado SNS (2006-2015).



Fonte: Elaboração própria, dados INFARMED.

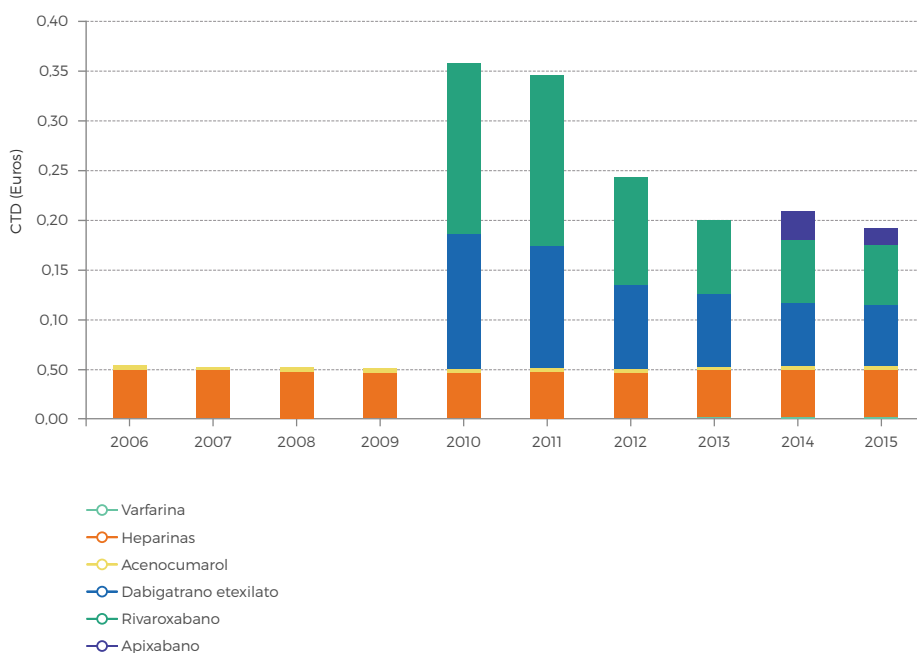
5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE

5.2. ESTUDO DE CASO: ANTICOAGULANTES

Os encargos do SNS aumentam proporcionalmente ao valor do mercado, com uma taxa média de comparticipação de 75,1%, atingindo os 55,7 milhões de euros em 2015 (41,4M€ nos NACOs e 2,2M€ nos AVK).

O CTD é bastante superior nos NACOs, apesar do decréscimo observado no preço destes medicamentos (figura 4). O INFARMED refere que esta redução é decorrente das revisões anuais de preço, sendo notória no dabigatrano e rivaroxabano⁽¹⁸⁾.

Figura 4. Custo Tratamento Dia total (SNS e Utente) dos anticoagulantes no mercado SNS (2006-2015).



Fonte: Elaboração própria, dados INFARMED.

Discussão

Um estudo conduzido pela ARS LVT por seguimento de prescrições individuais de doentes a fazer dabigatrano, sugere que o aumento de prescrição observado resultou, acima de tudo, de doentes *naïves*, podendo supor-se que este fenómeno seja geral para os NACOs e mesmo para os ACOs como um todo⁽⁵⁾. Este aumento do consumo pode ser visto como um bom indicador, visto encontrar-se descrito que anteriormente apenas entre 34 a 41% dos doentes com fibrilhação auricular (apenas uma das indicações dos ACOs) se encontravam tratados⁽⁶⁻⁸⁾. Atualmente, dada a ausência de um registo nacional de doentes com AVC ou

com fibrilhação auricular, ou da área cérebro e cardiovascular em geral, não é possível conhecer o risco destes doentes, sendo as estimativas baseadas em estudos pontuais sobre amostras limitadas.

Ainda que alguns fenómenos de marketing possam estar associados ao aumento do consumo de NACOs e às desigualdades regionais observadas, refere-se a forma como a evidência científica e as normas de orientação clínica poderão ter também contribuído para este aumento total, e para eventuais transferências de prescrição dentro da classe dos ACOs, com influência distinta em determinadas regiões do país (figura 2 e tabela 1).

Tabela 1. Normas de orientação clínica, recomendações e boletins que poderão ter influência no padrão de prescrição observado (listagem não exaustiva)

Data ^[referência]	Recomendação
12/2012 ^[9]	DGS recomenda para profilaxia do TEV nas artroplastias da anca e do joelho a HBPM, fondaarinux, dabigatrano e rivaroxabano.
08/2012 ^[10]	ESC recomenda uso AVK ou NACOs na fibrilhação auricular.
11/2013 ^[5]	ARS LVT recomenda como 1.ª linha AVK para a prevenção do tromboembolismo na FA.
08/2014 ^[11]	ESC refere uso AVK ou NACOs na Embolia Pulmonar aguda.
08/2015 ^[12]	ESC recomenda rivaroxabano em baixa dose após descontinuação da terapêutica parentérica para doentes sem elevação do segmento ST com elevado risco isquémico e baixo risco hemorrágico submetidos a terapêutica dupla antiplaquetária.
08/2016 ^[13]	ESC passa a considerar os NACOs como 1.ª escolha na FA.
11/2016 ^[14]	ACSS incentiva o favorecimento de AVK em cuidados primários (independentemente da indicação).

5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE

5.2. ESTUDO DE CASO: ANTICOAGULANTES

De uma forma geral, a informação da tabela 1 sugere que, superada a resistência inicial, a evolução mais recente tem sido no sentido de privilegiar os NACOs face aos AVK, também a par com o aparecimento de estudos observacionais que complementam dados anteriores^(16,17), bem como a introdução no mercado do idarucizumab, primeiro agente de reversão específico para dabigatrano. Outro aspeto que fará o mercado continuar a subir é a recente obtenção de comparticipação do edoxabano (Dez 2016), com AIM desde 2015.

Será interessante monitorizar futuramente o impacto da mais recente norma da ESC, que coloca os NACOs como 1ª escolha na fibrilhação auricular, ainda que aplicável apenas a um subgrupo populacional. É também importante notar que os indicadores propostos pela ACSS⁽¹⁴⁾ caminham no sentido contrário, ao identificar a utilização de AVK como indicador de práticas de prescrição racional, independentemente da indicação, parecendo adotar uma ótica de minimização de custos em detrimento do custo-efetividade, que a evidência disponível vem garantindo.

Referências

1. INFARMED, Direção de Informação e Planeamento Estratégico. Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS. Janeiro-Novembro 2016
2. World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index with Defined Daily Doses (DDDs). Available at http://www.whocc.no/atc_ddd_index/
3. IMS. NOACs usage as a % of total AC market, MAT June 2015 (based on days on therapy)
4. INE, 2016. População média anual residente (N.º) por Local de residência (Distrito/Região) : Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente. Available at: <http://www.ine.pt> (acedido a 9/Agosto/2016)
5. Comissão de Farmácia e Terapêutica da ARSLVT. Boletim Terapêutico. Anticoagulantes orais: recomendações para a prevenção de tromboembolismo na fibrilhação auricular. Boletim N° 5, Novembro de 2013.

6. Bonhorst D, et al. Prevalence of atrial fibrillation in the Portuguese population aged 40 and over: the FAMA study. *Rev Port Cardiol* 2010; 29:331-350.
7. Jorge E, et al. Terapeutica anti trombotica no idoso com fibrilhacao auricular. Das Guidelines a pratica clinica. *Acta Med Port* 2011; 24(S2):293-300.
8. Pereira da Silva T, et al. Impedimentos a Prescriçao de Anticoagulacao na Fibrilhacao Auricular e Atitude Face aos Novos Anticoagulantes Orais. *Acta Med Port* 2013; 26:127-132.
9. DGS. Norma nº 26/2012. Pofixia do Trombo Embolismo Venoso em Ortopedia
10. Recomendações de bolso da ESC. Recomendações para o tratamento da fibrilação auricular. Versão portuguesa, 2012.
11. Recomendações de bolso da ESC. Recomendações para o diagnóstico e tratamento da embolia pulmonar aguda. Versão portuguesa, 2014.
12. Roffi, M., Patrono, C., Collet, J. P., Mueller, C., Valgimigli, M., Andreotti, F., ... & Gencer, B. (2015). 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European heart journal*, ehv320.
13. Kirchhof, Paulus et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J*; 37 (38): 2893-2962. doi: 10.1093/eurheartj/ehw210
14. ACSS. Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2017. Novembro de 2016
15. Caldeira, C., Almeida, J., Pinto, F.J., Ferreira, J.J. Recommendations and levels of evidence underlying the guidelines of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal* (2016) 37 (Abstract Supplement), 824
16. Larsen T. B., Skjoth F., Nielsen P.B., Kjaeldgaard J.N., Lip, G.Y.H. Comparative effectiveness and safety of non-vitamin K antagonist oral anti-coagulants and warfarin in patients with atrial fibrillation: propensity weighted nationwide cohort study. *BMJ* 2016;353:i3189.

5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE

5.2. ESTUDO DE CASO: ANTICOAGULANTES

17. Yao X, Abraham NS, Sangaralingham LR, Bellolio MF, McBane RD, Shah ND, Noseworthy PA. Effectiveness and safety of dabigatran, rivaroxaban, and apixaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *Journal of the American Heart Association*. 2016 Jun 1;5(6):e003725.
18. INFARMED, Gabinete de Informação e Planeamento Estratégico, Estudo anticoagulantes 2000-2013.
19. Ruff, Christian T et al. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials. *The Lancet* 2014; 383 (9921): 955 – 962
20. Holster IL, Valkhoff VE, Kuipers EJ, et al. New oral anticoagulants increase risk for gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*. 2013;145(1):105-112.e15. (Review)
21. Martinez, Carlos, et al. Therapy persistence in newly diagnosed non-valvular atrial fibrillation treated with warfarin or NOAC. *Thromb Haemost* 2015; 114: 1-9.
22. Lip GY, Laroche C, Dan GA, Santini M, Kalarus Z, Rasmussen LH, et al. A prospective survey in European Society of Cardiology member countries of atrial fibrillation management: baseline results of EURObservational Research Programme Atrial Fibrillation (EORP-AF) Pilot General Registry. *Europace*. 2014 Mar 1;16(3):308-19.
23. Chiang CE, Naditch-Brûlé L, Brette S, Silva-Cardoso J, Gamra H, Murin J, Zharinov OJ, Steg PG. Atrial fibrillation management strategies in routine clinical practice: insights from the International RealiseAF survey. *PLoS one*. 2016 Jan 22;11(1):e0147536.
24. Martins, J; Rodrigues, J; Antunes, M; Ferrador, F; Ramos, I; Ramos, R; Santos, C; Caldeira, S; Castro, J; Arriegas, M; Dias Almeida, P; Mota-Filipe, H; Castro Alves, E (INFARMED, I.P.). Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde para Portugal (SiNATS) – Criar o futuro. Edição: Duarte, D (INFARMED, I.P.). Julho de 2014

5.3. TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA ORAL: CIRCUITO DE DISPENSA

Fátima Falcão
Carla Teixeira Barros
Filipa Duarte Ramos

5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE

5.3. TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA ORAL

O cancro é uma das doenças que, para além de uma perspectiva clínica multidisciplinar, reclama uma abordagem política e social concertada que se estende para além das estruturas da saúde.

Em 2010 foram diagnosticados 46 724 novos casos de cancro em Portugal, a que correspondeu uma taxa bruta de incidência de 445,50/100 000, com uma razão de incidência por sexos de 1,33.

Relativamente a 2009, verificou-se um aumento de 4% no número de casos registados e, de acordo com a DGS, a previsão é de manutenção deste crescimento⁽¹⁾. Cerca de 55% dos cancros foram diagnosticados em idades superiores a 65 anos. O valor mais elevado de incidência de cancro encontrou-se nos indivíduos entre os 75 e os 79 anos (1459,7/100 000)^(1, 2).

Os cancros mais frequentes foram o colorretal, próstata, mama e pulmão que, em conjunto, representaram cerca de metade da patologia oncológica em Portugal (51,2% do total dos casos). Comparando as diferentes áreas geográficas do país, verificou-se uma maior incidência de cancro na zona litoral de Portugal continental e na Região Autónoma dos Açores, para ambos os sexos⁽²⁾.

O relatório de monitorização mensal do consumo de medicamentos em meio hospitalar, publicado pelo INFARMED I.P., referente ao período compreendido entre Janeiro e Novembro de 2016, permite verificar que a despesa com medicamentos dos Hospitais do SNS ascendeu a 1.023M€, com um acréscimo

de 8,5%, em relação ao período homólogo⁽³⁾. Os imunomoduladores, antivíricos e citotóxicos foram os subgrupos farmacoterapêuticos com maior peso, representando 61% da despesa total, distribuídos do seguinte modo:

- Imunomoduladores (283 M€; 27,7% do mercado; $\Delta\%$ + 11,4%)
- Antivíricos (230 M€; 22,5% do mercado; $\Delta\%$ + 9,9%)
- Citotóxicos (111 M€; 10,8% do mercado; $\Delta\%$ + 6,1%)

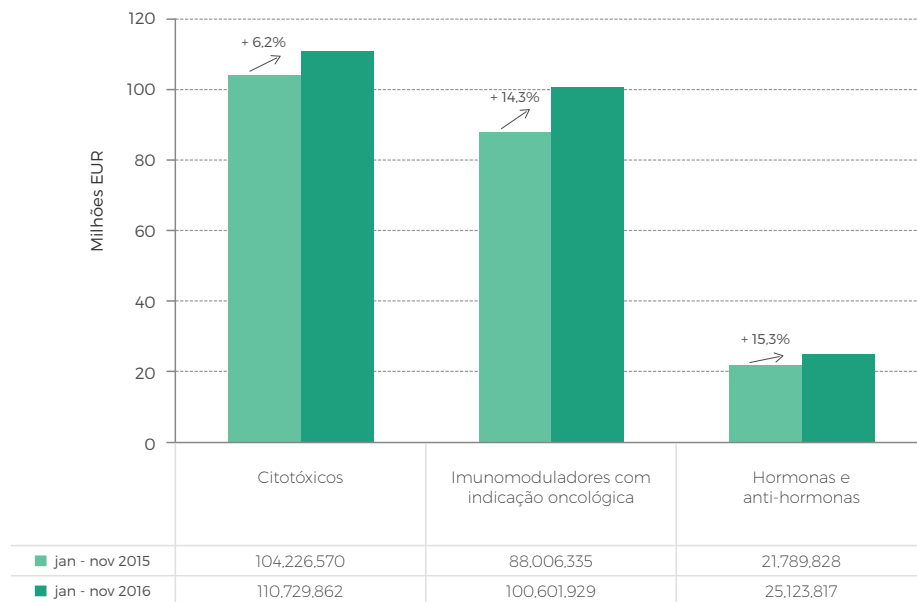
Analisando os antineoplásicos no seu conjunto, verificamos que a despesa relacionada com o seu consumo correspondeu a 236 M€, com uma variação relativa ao período homólogo de +10,5%⁽³⁾, superando a verba correspondente aos antivíricos, o que realça a importância e o impacto que medidas nesta área podem representar.

De entre os antineoplásicos, assumem principal destaque os citotóxicos e os imunomoduladores com indicação oncológica que, no período considerado, representaram 89,4% do valor deste grupo (Figura 1).

5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE

5.3. TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA ORAL

Figura 1. Consumo de antineoplásicos (Jan a Nov 2015/2016).



Fonte: Elaboração própria, dados INFARMED.

As DCI que mais contribuíram para o consumo de citotóxicos foram as apresentadas na Figura 2, das quais, o imatinib e o erlotinib correspondem a formas farmacêuticas orais, enquanto as restantes DCI correspondem a injectáveis.

Os medicamentos antineoplásicos englobam agentes com ação citotóxica directa, imunomoduladores com indicação oncológica e os derivados hormonais, podendo ser usados isoladamente ou em

combinação. Nos últimos anos, as formulações destinadas a administração oral – antineoplásicos orais (AO) – têm vindo assumir-se cada vez mais como opção terapêutica em doentes elegíveis com capacidade para gerir esquemas terapêuticos complexos e monitorizar potenciais complicações^(4, 5, 6) e prevê-se uma tendência de utilização crescente dos mesmos no futuro^(7, 8). Contudo, isto coloca um conjunto de desafios – ao doente, cuidadores, profissionais de saúde

Figura 2. TOP DCI de citotóxicos, em valor (€) (Jan a Nov 2016) e variação percentual (período homólogo).



Fonte: Elaboração própria, dados INFARMED.

e sistema de saúde – que interessa considerar e que estão atualmente a ser amplamente discutidos, nos fóruns competentes^(5, 9, 10).

Tradicionalmente, os medicamentos antineoplásicos eram administrados sob a forma injetável, em contexto hospitalar, por profissionais de saúde treinados para o efeito – médicos, farmacêuticos e enfermeiros – com níveis diferentes de controlo e responsabilidade.

Em Portugal, também os AOs são atualmente dispensados através dos serviços farmacêuticos das várias unidades hospitalares com valência oncológica.

Contudo, no contexto europeu e norte-americano, existem distintos modelos de dispensa destes medicamentos, designadamente, através modelos descentralizados que incluem o hospital, a farmácia comunitária e as chamadas

5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE

5.3. TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA ORAL

“farmácias especializadas”, como acontece no Canadá⁽¹¹⁾ ou através das farmácias comunitárias, como na Alemanha e França⁽¹²⁾. No Reino Unido, foi proposto um modelo com três níveis distintos de serviços de dispensa de AOs, nos quais as farmácias comunitárias têm um envolvimento diferente^(13, 14).

No Consenso Estratégico sobre o Valor da Imuno-Oncologia em Portugal⁽¹⁵⁾, de 2016, é defendido que a prestação de cuidados de proximidade na gestão do doente oncológico é fundamental, chamando a atenção para a necessidade de introdução de diferentes alterações no sistema de saúde.

As farmácias comunitárias, em Portugal, constituem uma rede de equipamentos de saúde com uma excelente cobertura geográfica e com equipas diferenciadas, que poderão ser consideradas na dispensa da medicação antineoplásica oral, mas não sem antes se fazer uma reflexão aprofundada sobre as vantagens e desvantagens, barreiras e desafios inerentes ao mesmo.

O circuito de dispensa dos antineoplásicos orais tem sido amplamente debatido nos últimos anos, havendo quatro áreas fulcrais de reflexão, ilustradas na Figura 3:

Figura 3. Principais áreas de reflexão quanto à dispensa dos antineoplásicos orais.

Doente	Terapêutica	Transição de cuidados	Formação/Necessidades
<ul style="list-style-type: none">• Apoio e gestão dos efeitos adversos da medicação• Reforço da informação• Rede de assistência, programada e urgente• Reingressos hospitalares frequentes• Incapacidade progressiva, nalguns casos, com elevada mortalidade	<ul style="list-style-type: none">• Margem terapêutica estreita• Elevada toxicidade• Reações adversas graves• Elevada variabilidade de protocolos terapêuticos• Abordagem adjuvante ou paliativa• Interações fármaco:fármaco e fármaco:alimento• Promoção e monitorização da adesão à terapêutica	<ul style="list-style-type: none">• Segurança na transição do doente entre os diferentes cuidados de saúde• Mecanismos para minimização dos erros de medicação• Avaliação dos esquemas de financiamento, tendo em conta o elevado contributo destas terapêuticas na despesa da saúde	<ul style="list-style-type: none">• Resposta às lacunas de formação pré e pós graduada <p>Acesso à história clínica por parte dos diferentes profissionais de saúde</p> <p>Interligação efetiva entre as equipas multidisciplinares</p>

Fonte: Elaboração própria.

Os AOs são auto-administrados, mas podem envolver esquemas terapêuticos complexos, associados a uma maior probabilidade de erros de medicação^(7, 13, 16, 17) e requerem que, tanto o doente como o cuidador, tenham um nível de informação adequado^(5, 8, 18) e adiram rigorosamente às instruções de manuseamento seguro^(19, 20, 21). Apesar de terem um perfil de toxicidade semelhante aos dos antineoplásicos injetáveis, as normas para administração e manuseamento dos AO ainda não estão tão bem estabelecidas, como para os primeiros^(10, 11, 22, 23).

Muitos doentes preferem esta via de administração, pela sua conveniência, já que diminui a necessidade de deslocação à unidade de saúde e porque lhes proporciona uma sensação de controlo da sua terapêutica, com uma sensação de maior normalidade face à doença^(5, 9, 24, 25).

Um dos aspectos críticos na terapêutica com AOs relaciona-se com a adesão e a persistência à terapêutica^(18, 22, 26-35), área na qual o farmacêutico comunitário pode ter um papel decisivo. Se, por um lado,

a efectividade e a segurança do tratamento dependem largamente da dose administrada, no caso do tratamento com AOs, o doente tem ainda total decisão sobre tomar ou não a medicação, fazendo-o em casa, sem supervisão do médico nem da equipa de enfermagem.

As vantagens para o sistema de saúde também são evidentes, havendo um menor consumo de recursos⁽⁵⁾. De fato, os doentes tratados com AOs têm menos contacto com a equipa médica mas, por essa razão, é fundamental assegurar uma monitorização apertada dos mesmos, para não haver compromisso dos resultados terapêuticos, melhorar a adesão à terapêutica e a segurança, reduzir efeitos adversos e reduzir custos^(19, 20, 21, 36). O farmacêutico comunitário tem um posicionamento privilegiado para fazer a ponte entre estes doentes e as equipas hospitalares^(37, 38).

No que se refere à dispensa de AO, é consensual a oportunidade para reforçar o papel dos farmacêuticos, apesar de ser reconhecida a necessidade de estudos que clarifiquem este papel, principalmente no ambulatório^(7, 39, 40). Neste

5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE

5.3. TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA ORAL

contexto, parece-nos importante rentabilizar o conhecimento, experiência e capacidade já instalados, existente nos hospitais, complementando-os com a integração do farmacêutico comunitário, nomeadamente no que respeita à educação do doente oncológico, à prevenção e, na área do medicamento: controlo da dor, controlo da emese, gestão da terapêutica e dispensa de hormonas e anti-hormonas^(5,31,32, 41-44).

Contudo, parece-nos haver um caminho a percorrer para que a terapêutica antineoplásica oral possa ser dispensada em Portugal através das farmácias comunitárias de forma eficiente, segura e sustentável. Este último aspecto é muito relevante, já que não pode ser ignorado o elevado custo associado a estas terapêuticas.

Neste caminho, para além dos aspectos relacionados com a formação dos farmacêuticos^(15, 45), será necessário assegurar a existência de mecanismos que permitam a articulação efetiva dos diferentes profissionais de saúde⁽⁴⁶⁾, a transversalidade da informação clínica e outra relevante, bem como me-

didadas que assegurem a transição segura do doente entre os diferentes níveis de cuidados^(10, 26, 36, 47, 48).

Da análise efectuada, consideramos que uma eventual alteração do modelo dispensa dos antineoplásicos orais que venha a integrar as farmácias comunitárias, pode trazer benefícios em termos de acessibilidade, mas deve ser feita de uma forma faseada – sequencialmente identificando, corrigindo e consolidando lacunas – com base na implementação de projectos piloto, devidamente avaliados e com indicadores objectivos, que permitam medir resultados.

No nosso entender, futuras alterações assentam na premissa da integração de níveis de cuidados de saúde no seguimento do doente oncológico, reduzindo francamente o número de deslocações do doente ao hospital e aumentando o papel do médico de família, do farmacêutico comunitário e do enfermeiro gestor de doente, neste processo.

Atendendo ao perfil de segurança e demais especificidades dos diferentes AOs, as hormonas e anti-hormonas parecem-nos ser aqueles mais adequados para testar, numa primeira fase, a alteração do modelo de dispensa, à semelhança do que ocorre em outros países europeus.

Relativamente aos citotóxicos e imunomoduladores, subsistem algumas dúvidas quanto ao impacto para o doente decorrente da alteração da dispensa, que merecem estudos aprofundados.

Como é conhecido, está em fase de concretização o projecto-piloto de delegação parcial da dispensa de medicamentos antirretrovíricos, ainda sem resultados conhecidos. A divulgação dos mesmos será certamente uma mais-valia para as decisões futuras, também nesta área.

Referências

1. Miranda N, Portugal C. Doenças Oncológicas em Números 2015 - Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. 2016.

2. Registo Oncológico Regional do Norte (Roreno) - 2011. Porto; 2017.

3. Gabinete de Informação e Planeamento Estratégico. Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS. Infarmed. 2016;

4. Weingart SN, Brown E, Bach PB, Eng K, Johnson SA, Kuzel TM, et al. NCCN Task Force Report: Oral chemotherapy. *JNCCN J Natl Compr Cancer Netw*. 2008;6(SUPPL. 3).

5. Krzyzanowska BMK, Powis M. Extending the Quality and Safety Agenda From Parenteral to Oral Chemotherapy. *J Oncol Pract*. 2017;11(2):198-201.

6. Thanki K, Gangwal RP, Sangamwar AT, Jain S. Oral delivery of anticancer drugs: Challenges and opportunities. *J Control Release. Elsevier B.V.*; 2013;170(1):15-40.

7. Griffin MC, Gilbert RE, Broadfield LH, Easty AE, Trbovich PL, Griffin MC, et al. ReCAP: Comparison of Independent Error Checks for Oral Versus Intravenous Chemotherapy. *J Oncol Pract*. 2016 Feb;12(2):168-9.

5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE

5.3. TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA ORAL

8. Tadic D., Spasojevic IB., Tomasevic ZI., Dejanovic SD. Oral administration of antineoplastic agents: The challenges for healthcare professionals. *J BUON*. 2015;20(3):690–8.
9. Saeed MS, Dhaya AlSayed A. *Towards safety of oral anti-cancer agents, the need to educate our pharmacists*. Saudi Pharm J. King Saud University; 2017;25(1):136–40.
10. Enright K, MacMillan M, Lymburner P, Sodoski C, Golle S, Carvalho M, et al. Improving Documentation of Oral Chemotherapy at a Community Cancer Center. In: Oncology AS of C, editor. Special Series : Quality Care Symposium Quality in Action. 2017.
11. Oral Cancer Drug Therapy Safe Use and Safe Handling Guidelines. 2015.
12. Dartsch D. A German initiative towards more patient safety in oral anticancer therapy. *Eur J Oncol Pharm*. 2015;9:1–3.
13. Butt F, Ream E. Implementing oral chemotherapy services in community pharmacies: A qualitative study of chemotherapy nurses' and pharmacists' views. *Int J Pharm Pract*. 2016;24(3):149–59.
14. Williamson S. A Report on the Dispensing and Supply of Oral Chemotherapy and Systemic Anticancer Medicines in Primary Care. 2011.
15. Católica U, editor. *Consenso estratégico sobre o valor da imuno-oncologia em portugal*. 2016.
16. Weingart SN, Toro J, Spencer J, Duncombe D, Gross A, Bartel S, et al. Medication errors involving oral chemotherapy. *Cancer*. 2010;116(10):2455–64.
17. Rudnitzki T, McMahon D. Oral Agents for Cancer: Safety Challenges and Recommendations. *Clin J Oncol Nurs*. 2015;19(3):41–46 6p.
18. Kahn JM, Athale UH, Clavell LA, Cole PD, Leclerc J-M, Laverdiere C, et al. How Variable Is Our Delivery of Information? Approaches to Patient Education About Oral Chemotherapy in the Pediatric Oncology Clinic. *J Pediatr Healthc*. Elsevier Inc; 2017;31(1):e1–6.

19. Siden R, Kem R, Ostrenga A, Nicksy D, Bernhardt B, Bartholomew J. Templates of patient brochures for the preparation, administration and safe-handling of oral chemotherapy. *J Oncol Pharm Pract.* 2014;20(3):217-24.
20. Neuss MN, Polovich M, McNiff K, Esper P, Gilmore TR, LeFebvre KB, et al. 2013 updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society chemotherapy administration safety standards including standards for the safe administration and management of oral chemotherapy. *Oncol Nurs Forum.* 2013;40(3):225-33.
21. Goodin S, Griffith N, Chen B, Chuk K, Daouphars M, Doreau C, et al. Safe handling of oral chemotherapeutic agents in clinical practice: recommendations from an international pharmacy panel. *J Oncol Pract.* 2011;7(1):7-12.
22. Conde-Estévez D, Salas E, Albanell J. Survey of oral chemotherapy safety and adherence practices of hospitals in Spain. *Int J Clin Pharm.* 2013;35(6):1236-44.
23. Meyer K, Griffith N, Goodin S. Which role shall the pharmacists play in oncology? *Eur J Oncol.* 2011;5(2):3-7.
24. Banna GL, Collovà E, Gebbia V, Lipari H, Giuffrida P, Cavallaro S, et al. Anticancer oral therapy: Emerging related issues. *Cancer Treat Rev.* Elsevier Ltd; 2010;36(8):595-605.
25. Eek D, Krohe M, Horsfield A, Pompilus F, Friebe R, Shields AL. Patient-reported preferences for oral versus intravenous administration for the treatment of cancer : a review of the literature. 2016;1609-21.
26. Hammond L, Marsden E, O'Hanlon N, King F, Henman MC, Keane C. Identification of risks associated with the prescribing and dispensing of oral anticancer medicines in Ireland. *Int J Clin Pharm.* 2012;34(6):893-901.
27. Mathes T, Antoine SL, Pieper D, Eikermann M. Adherence enhancing interventions for oral anticancer agents: A systematic review. *Cancer Treat Rev.* Elsevier Ltd; 2014;40(1):102-8.

5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE

5.3. TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA ORAL

28. Gellad WF. Targeted cancer therapy: from bench to bedside to patient. *J Clin Oncol*. 2014;32(4):268–70.
29. Greer JA, Amoyal N, Nisotel L, Fishbein JN, MacDonald J, Stagl J, et al. A Systematic Review of Adherence to Oral Antineoplastic Therapies. *Oncologist*. 2016;21(3):354–76.
30. Kavookjian J, Wittayanukorn S. Interventions for adherence with oral chemotherapy in hematological malignancies: A systematic review. *Res Soc Adm Pharm*. Elsevier Inc; 2015;11(3):303–14.
31. Bourmaud A, Henin E, Tinquaut F, Regnier V, Hamant C, Colombaro O, et al. Adherence to oral anticancer chemotherapy: What influences patients' over or non-adherence? Analysis of the OCTO study through quantitative-qualitative methods. *BMC Res Notes*. *BioMed Central*; 2015;8(1):291.
32. Lam MS, Cheung N. Impact of oncology pharmacist-managed oral anticancer therapy in patients with chronic myelogenous leukemia. *J Oncol Pharm Pract*. 2015;
33. Burhenn PS, Smudde J. Using tools and technology to promote education and adherence to oral agents for cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2015;19(3):53–9.
34. Felton MA, van Londen C, Marcum ZA. Medication adherence to oral cancer therapy: The promising role of the pharmacist. *J Oncol Pharm Pract*. 2014;
35. Puts MTE, Tu HA, Tourangeau A, Howell D, Fitch M, Springall E, et al. Factors influencing adherence to cancer treatment in older adults with cancer: A systematic review. *Ann Oncol*. 2014;25(3):564–77.
36. Battis B, Clifford L, Huq M, Pejoro E, Mambourg S. The impacts of a pharmacist-managed outpatient clinic and chemotherapy-directed electronic order sets for monitoring oral chemotherapy. *J Oncol Pharm Pract*. 2016;(119):1078155216672314.
37. Ribed A, Romero-Jiménez RM, Escudero-Vilaplana V, Iglesias-Peinado I, Herranz-Alonso A, Codina C, et al. Pharmaceutical care program for onco-hematologic outpatients: safety, efficiency and patient satisfaction. *Int J Clin Pharm*. 2016;38(2):280–8.

38. Mancini R, Kaster LM, Vu B, Modlin J, Wilson DB. Implementation of a Pharmacist-Managed Interdisciplinary Oral Chemotherapy Program in a Community Cancer Center. *J Hematol Oncol Pharm.* 2011;1(2):23-30.
39. Lewis J. The Oncology Care Pharmacist in Health-System Pharmacy. *Pharmacy Times.* 2017 Jan 15;
40. Thoma J, Zelkó R, Hankó B. The need for community pharmacists in oncology outpatient care: a systematic review. *Int J Clin Pharm.* 2016;38(4):855-62.
41. Santana Martínez S, Antonio J, Rodríguez M, Carreño ER. Administración de citostáticos vía oral: interacciones fármaco- alimento. *Farm Hosp.* 2015;39(4):203-9.
42. Milic M, Foster A, Rihawi K, Anthoney A, Twelves C. "Tablet burden" in patients with metastatic breast cancer. *Eur J Cancer.* Elsevier Ltd; 2016;55:1-6.
43. Leveque D, Delpuech A, Gourieux B. New anticancer agents: Role of clinical pharmacy services. *Anticancer Res.* 2014;34(4):1573-8.
44. Ma C. Role of pharmacists in optimizing the use of anticancer drugs in the clinical setting. *Integr Pharm Res Pract.* 2014;3:11-24.
45. Charpentier MM, Orr KK, Taveira TH. Improving pharmacist knowledge of oral chemotherapy in the community. *Ann Pharmacother.* 2012;46(9):1205-11.
46. Bexci MS, Subramani R. Ict communication between oncologists and oncology pharmacists in india : a pilot study. *World J Pharm Pharm Sci.* 2016;5(1):884-9.
47. Greer JA, Lennes IT, Gallagher ER, Temel JS, Pirl WF. Documentation of oral versus intravenous chemotherapy plans in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *J Oncol Pract.* 2014;10(2):e103-6.
48. Takizawa O, Urushihara H, Tanaka S, Kawakami K. Utilization trend and management of oral anticancer medicines using nationwide pharmacy database and questionnaire survey at pharmacies in Japan. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2014;23(3):125-6.

5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O levantamento realizado quanto ao perfil de consumo e resistência na utilização de antibióticos evidencia um quadro importante de questões que necessitam de resposta por parte do sistema de saúde português.

Globalmente verificaram-se algumas assimetrias no consumo de antibióticos nas diversas regiões. De acordo com a literatura, uma das possíveis explicações poderá residir em diferenças culturais, enaltecendo a importância da relação médico/doente relativamente ao início da antibioterapia⁽¹⁾.

Por outro lado, observou-se uma tendência de crescimento do “rácio do consumo de antibióticos de largo e estreito espectro”, sugerindo um agravamento do padrão de consumo, ao longo dos últimos anos.

Os resultados apresentados, ainda que a nível ecológico, sugerem que as resistências aos antibióticos podem ser influenciadas não apenas pelo consumo absoluto de antibióticos, mas também pelo consumo elevado de antibióticos de largo espectro, comparativamente aos de espectro estreito.

No quadro de propostas desde logo entendemos que deverá ser incentivada a implementação de estratégias conducentes à melhoria do padrão de consumo de antibióticos. Entre estas, incluem-se a promoção de campanhas à população, alertando para os perigos do consumo de antibióticos, bem como a aplicação de estratégias que minimizem o consumo de antibióticos de largo espectro, o que poderá levar à diminuição do rácio de consumo de antibióticos de largo e estreito espectro, e assim, promover a utilização racional de antibióticos em Portugal, tal como preconizado pelo PPCIRA.

A análise do real impacto da inovação terapêutica e as condições no seu acesso devem constituir preocupação permanente. Neste âmbito a análise realizada focalizou-se na problemática em redor dos anticoagulantes e anticoagulantes orais (NACOs) em particular.

Ainda que alguns fenómenos de marketing possam estar associados ao aumento do consumo de NACOs e às desigualdades regionais observadas, refere-se a forma como a evidência científica e as normas de orientação clínica poderão ter também contribuído para este aumento total, e para eventuais transferências de prescrição dentro da classe dos ACOs, com influência distinta em determinadas regiões do país.

De uma forma geral, sugere-se que, superada a resistência inicial, a evolução mais recente tem sido no sentido de privilegiar os NACOs face aos AVK, também a par com o aparecimento de estudos observacionais que complementam dados anteriores, bem como a introdução no mercado do idarucizumab, primeiro agente de reversão específico para dabigatran. Outro aspeto que fará o mercado

5. POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM ANÁLISE

CONSIDERAÇÕES FINAIS

continuar a subir é a recente obtenção de comparticipação do edoxabano (Dez 2016), com AIM desde 2015.

Será interessante monitorizar futuramente o impacto da mais recente norma da ESC, que coloca os NACOs como 1.^a escolha na fibrilhação auricular, ainda que aplicável apenas a um subgrupo populacional. É também importante notar que os indicadores propostos pela ACSS caminham no sentido contrário, ao identificar a utilização de AVK como indicador de práticas de prescrição racional, independentemente da indicação, parecendo adotar uma ótica de minimização de custos em detrimento do custo-efetividade, que a evidência disponível vem garantindo.

Tendo como determinante essencial a melhoria do Sistema de Saúde português a análise da evolução recente quanto a melhoria no acesso aos cuidados de saúde na área oncológica, motivaram uma análise estruturada dos principais fatores envolvidos. A análise realizada permite desde já identificar um número substancial de fatores a considerar e a necessidade de uma

abordagem envolvendo múltiplos atores, centrada na melhoria do acesso com a essencial preservação das condições de segurança na utilização desta área terapêutica. Esta primeira abordagem constitui desde logo um primeiro contributo para o estabelecimento de um painel de indicadores a constituir. Tais indicadores devem permitir uma monitorização contínua e em tempo real, capaz de permitir ganhos de saúde respondendo a problemas reais neste contexto de saúde pública.

Em cada um destes casos tivemos como preocupação central as condições que permitam aos doentes ter acesso com segurança e adesão terapêutica, abrindo um quadro de debate sobre alterações a realizar no futuro visando a melhoria destes fatores no quadro do sistema de saúde português.

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL CONTINENTAL

CONTEXTUALIZAÇÃO
E CARATERIZAÇÃO

Manuel Luís Capelas
Sandra Martins Pereira
Catarina Simões
Patricia Coelho

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

Em 2013 e mais tarde em 2015, foram publicadas duas análises independentes sobre o estado dos Cuidados Paliativos (CP) em Portugal⁽¹⁻²⁾ tendo, na altura, ambas realizado um conjunto de críticas e recomendações para uma evolução

mais favorável. Quatro anos depois, e já com quase 1 ano de criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos⁽³⁾ e da sua Comissão Nacional⁽⁴⁾ importa realizar uma análise da evolução efetuada, tendo em conta as recomendações efetuadas.

A análise agora efetuada, apenas relativa a Portugal Continental e com data de fecho a 31/12/2016, está baseada em dados disponibilizados pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), pelo Observatório Português dos Cuidados Paliativos (OPCP), pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP). Esta última fonte, sendo importante e real, não deixa de apresentar limitações, pois alguns dos dados apresentados foram disponibilizados após serem pré-processados, ou seja, não dispomos dos dados originais, mas já depois de uma análise e apresentação estatística por parte do MS, o que impede uma análise crítica e independente da realidade. Estamos, nomeadamente, a referir-nos, por um lado, aos dados relativos aos elementos integradores das equipas e sua carga horária de alocação à equipa e, por outro lado, à não existência de registos estandardizados e centralizados de todos os doentes assistidos pelos recursos de CP o que impede a sua identificação e caracterização adequada.

A presente contextualização e caracterização assentam, pois, numa análise efetuada com base na triangulação dos dados disponibilizados pelas fontes supracitadas, tendo em conta esta última salvaguarda.

Recursos de cuidados paliativos

As tipologias de recursos de CP no nosso país assumem três dimensões essenciais: Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Unidade de Cuidados Paliativos (UCP).

A *European Association for Palliative Care* (EAPC) recomenda, para uma cobertura adequada, 1 ECSCP/10⁽⁵⁾ habitantes, 1 EIHSCP/Hospital ou no mínimo por cada hospital com pelo menos 250 camas, e 80-100 camas/10⁽⁶⁾ habitantes⁽⁵⁾ considerando-se que apenas 30% destas devem estar alocadas em instituições de tipologia de agudos⁽⁶⁻⁷⁻⁸⁾. Deste modo, com base em dados do Instituto Nacional de Estatística (população estimada para Portugal Continental em 2015: 9 839 140 habitantes) seriam necessárias 98 ECSCP, 787 a 983 camas (236-295

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

em instituições de agudos^(a) e 98 EIHSCP^(b).

Quanto às ECSCP a taxa de cobertura nacional era de 21%, o que representa um aumento de 133% em relação a 2013. No entanto as assimetrias, tanto em termos de Administrações Regionais de Saúde

(ARS) como de Distritos, são significativas. Estes dados parecem revelar um planeamento estratégico não operacionalizado por estruturas supra ARS, que permita uma visão nacional desta área do cuidar, assim como objetivos diferentes entre as ARS (Quadros 1 e 2).

Quadro 1. ECSCP por ARS
(31/12/2016)

ARS	2013	2016			Evolução 2013-2016(%)
	Existentes	Estimadas	Existentes	% Cobertura	
Norte (N)	4	32	9	25	125
Centro (C)	0	23	1	4	
Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	2	35	5	14	15
Alentejo (ALT)	2	4	4	100	100
Algarve (ALG)	1	4	2	50	100
Portugal Continental	9	98	21	21	133

Fonte: Portal da Saúde, APCP, MS, CNCP, OPCP, INE.

a Em hospitais vocacionados para abordagem e doentes complexos, sendo estas UCP apenas doentes de elevada complexidade.

b Este número está calculado por excesso, pois com o agrupamento em Unidades Locais de Saúde e Centros Hospitalares, pode não ser necessária a existência de 1 EIHSCP/hospital se a dimensão, em termos de recursos humanos, da equipa se considerar adequada para o número total de camas da instituição. Por ausência de dados sem pré-processamento, tal análise não pôde ser efetuada.

Quadro 2. ECSCP por Distrito
(31/12/2016)

Distrito	2013	2016		Evolução 2013-2016(%)
	Existentes	Estimadas	Existentes	
Aveiro		7		0
Beja	2	1	3	300
Braga		8		0
Bragança	1	1	3	300
Castelo Branco		2		0
Coimbra		4	1	25
Évora		2	1	50
Faro	1	4	2	50
Guarda		2		0
Leiria		5		0
Lisboa	2	22	3	14
Portalegre		1		0
Porto	3	18	4	22
Santarém		4		0
Setúbal		9	2	22
Viana do Castelo		2	2	100
Vila Real		2		0
Viseu		4		0

Fonte: Portal da Saúde, APCP, MS, CNCP, OPCP, INE.

De acordo com os dados disponíveis, não existe uniformização do horário de funcionamento, existindo equipas que funcionam os 7 dias da semana, com horários que variam de 4 a 12 horas/dia, como outras que só funcionam durante os dias úteis, com horário que varia entre 4 a 9 horas/dia, com aconselhamento telefónico ao fim-de-semana. Esta realidade dificulta a continuidade dos cuidados, urgindo o desenvolvimento urgente de respostas que permitam essa continuidade, por forma a garantir um apoio a estes doentes 24h/dia, 7 dias/semana.

Relativamente às EIHS CP, existiu entre 2013 e 2016 um aumento de 21 para 34 equipas (+62%). Não obstante, devido à ausência de dados fidedignos, não pode avaliar-se a taxa de cobertura nacional. Como resultado da reorganização dos cuidados hospitalares em centros hospitalares, pode, atualmente, existir uma equipa para vários hospitais, desde que a sua dimensão em recursos humanos seja adequada. Na ausência desta informação, tal avaliação não será realizada. No entanto, importa referir que existe assimetria na disponibilidade destes

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

recursos, com os distritos de Leiria, Guarda e Évora sem nenhuma EIHS CP, o que pode dever-se a razões já apresentadas acima para as ECSCP.

Similarmente ao verificado nas ECSCP, também não existe uniformização do horário de funcionamento das EIHS CP, com variação de horário de 8 a 12 horas/dia, de 2^a-6^a feira, existindo 2 que funcionam ao sábado entre as 9-13h.

Também em relação às UCP se verifica evolução assimétrica entre as ARS e os Distritos, existindo um total de 26 equipas, 5 de tipologias de agudos (2 das quais apenas para doentes oncológicos seguidos nos respetivos Institutos de Oncologia-

Coimbra e Porto) e as restantes de não-agudos. De entre a evolução, salienta-se a redução de 1 UCP no distrito do Porto, pois existiam 2 de tipologias diferentes (agudos e não-agudos, esta pertencente à RNCCI) ficando agora exclusivamente de agudos, para doentes oncológicos e seguidos no IPO-Porto. Esta assimetria em termos de números, tem por um lado, como causa uma natureza demográfica, que é compreensível, mas como todas as ARS estão com cobertura abaixo do mínimo, conforme se poderá ver aquando da análise do número de camas disponíveis, também se deverá a questões de índole de planeamento e investimento estratégicos (Quadros 3 e 4).

Quadro 3. UCP por ARS
(31/12/2016)

ARS	Existentes		Evolução 2013-2016(%)
	2013	2016	
Norte (N)	5	5	0
Centro (C)	5	5	0
Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	8	12	50
Alentejo (ALT)	3	3	0
Algarve (ALG)	1	1	0
Portugal Continental	22	26	23

Fonte: Portal da Saúde, APCP, MS, CNCP, OPCS, INE.

Quadro 4. UCP por Distrito
(31/12/2016)

Distrito	Existentes		Evolução 2013-2016(%)
	2013	2016	
Aveiro	0	0	0
Beja	1	1	0
Braga	1	1	0
Bragança	1	1	0
Castelo Branco	1	1	0
Coimbra	2	2	0
Évora	1	1	0
Faro	1	1	0
Guarda	1	1	0
Leiria	0	0	0
Lisboa	5	7	40
Portalegre	1	1	0
Porto	3	2	-33
Santarém	0	1	0
Setúbal	3	4	33
Viana do Castelo	0	0	0
Vila Real	0	1	0
Viseu	1	1	0

Fonte: Portal da Saúde, ACP, MS, CNCP, OCP, INE.

A mesma tendência de evolução e de cobertura assimétricas regista-se relativamente às camas das UCP, sejam de agudos ou não agudos. Salienta-se que nos distritos de Aveiro, Leiria e Viana do Castelo não existe nenhuma UCP. Em relação às primeiras a cobertura nacional é de 35% e em relação às segundas de 42%, com uma taxa global de cobertura de 40%^(c) (Quadros 5-10).

Importa referir que a descida acentuada verificada no distrito do Porto, tem como explicação a saída de 20 camas que pertenciam à RNCCI para tipologia de agudos, a que acrescentaram contratualmente mais 8 camas numa outra UCP pertencente à RNCCI.

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

Quadro 5. Camas de CP (geral) por ARS
(31/12/2016)

ARS	2013	2016			Evolução 2013-2016(%)
	Existentes	Estimadas	Existentes	% Cobertura	
Norte (N)	66	286	95	33	44
Centro (C)	75	205	79	39	5
Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	83	318	147	46	77
Alentejo (ALT)	17	37	23	62	35
Algarve (ALG)	10	40	10	25	0
Portugal Continental	251	886	354	40	41

Fonte: Portal da Saúde, APCS, MS, CNCP, OPCP, INE.

Quadro 6. Camas de CP (geral) por Distrito
(31/12/2016)

Distrito	2013	2016			Evolução 2013-2016(%)
	Existentes	Estimadas	Existentes	% Cobertura	
Aveiro	0	63	0	0	0
Beja	6	13	6	46	0
Braga	10	75	10	13	0
Bragança	8	12	17	142	113
Castelo Branco	10	17	10	59	0
Coimbra	34	37	38	103	12
Évora	6	14	8	57	33
Faro	10	40	10	25	0
Guarda	11	14	11	79	0
Leiria	0	42	0	0	0
Lisboa	52	201	80	40	54
Portalegre	5	10	9	90	80
Porto	48	160	56	35	17
Santarém	0	39	15	38	
Setúbal	31	77	52	68	68
Viana do Castelo	0	21	0	0	0
Vila Real	0	18	12	67	
Viseu	20	33	20	61	0

Fonte: Portal da Saúde, APCS, MS, CNCP, OPCP, INE.

Quadro 7. Camas de CP (agudos) por ARS
(31/12/2016)

ARS	2013	2016		Evolução 2013-2016(%)	
	Existentes	Estimadas	Existentes		% Cobertura
Norte (N)	20	86	52	60	160
Centro (C)	30	61	30	49	0
Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	6	95	8	8	33
Alentejo (ALT)	0	11	4	36	
Algarve (ALG)	0	12	0	0	0
Portugal Continental	56	265	94	35	68

Fonte: Portal da Saúde, APCS, MS, CNCP, OPCS, INE.

Quadro 8. Camas de CP (agudos) por Distrito
(31/12/2016)

Distrito	2013	2016		Evolução 2013-2016(%)	
	Existentes	Estimadas	Existentes		% Cobertura
Aveiro	0	19	0	0	0
Beja	0	4	0	0	0
Braga	0	23	0	0	0
Bragança	0	3	0	0	0
Castelo Branco	10	5	10	200	0
Coimbra	20	11	20	182	0
Évora	0	4	0	0	0
Faro	0	12	0	0	0
Guarda	0	4	0	0	0
Leiria	0	12	0	0	0
Lisboa	0	60	0	0	0
Portalegre	0	3	4	133	
Porto	20	48	40	83	100
Santarém	0	12	0	0	0
Setúbal	6	23	8	35	33
Viana do Castelo	0	6	0	0	0
Vila Real	0	5	12	240	
Viseu	0	10	0	0	0

Fonte: Portal da Saúde, APCS, MS, CNCP, OPCS, INE.

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

Quadro 9. Camas de CP (não-agudos) por ARS
(31/12/2016)

ARS	2013	2016			Evolução 2013-2016(%)
	Existentes	Estimadas	Existentes	% Cobertura	
Norte (N)	66	200	46	23	-30
Centro (C)	25	143	49	34	96
Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	77	222	139	63	81
Alentejo (ALT)	17	26	19	73	12
Algarve (ALG)	10	28	10	36	0
Portugal Continental	195	619	263	42	35

Fonte: Portal da Saúde, APCS, MS, CNCP, OPCP, INE.

Quadro 10. Camas de CP (não-agudos) por Distrito
(31/12/2016)

Distrito	2013	2016			Evolução 2013-2016(%)
	Existentes	Estimadas	Existentes	% Cobertura	
Aveiro	0	44	0	0	0
Beja	6	9	6	67	0
Braga	10	53	10	19	0
Bragança	8	8	17	213	113
Castelo Branco	0	12	0	0	0
Coimbra	14	26	18	69	29
Évora	6	10	8	80	33
Faro	10	28	10	36	0
Guarda	11	9	11	122	0
Leiria	0	29	0	0	0
Lisboa	52	141	80	57	54
Portalegre	5	7	5	71	0
Porto	28	112	16	14	-43
Santarém	0	28	15	54	
Setúbal	25	54	44	81	76
Viana do Castelo	0	15	0	0	0
Vila Real	0	12	0	0	0
Viseu	20	23	20	87	0

Fonte: Portal da Saúde, APCS, MS, CNCP, OPCP, INE.

Referenciação e admissão de doentes

Durante o ano de 2016, existe um registo de 1638 episódios de referenciação a que corresponde um número total de 1567 doentes. Destes 1567 doentes, 1208 conseguiram a admissão, o que corresponde a 74% dos episódios e 77% dos doentes referenciados. Seguindo o modelo de Murtagh et al.⁽⁹⁾, tendo em conta a estimativa de 71183-84594 doentes com necessidade de cuidados paliativos neste ano, constata-se que apenas 1.9-2.2% dos doentes foram referenciados, e que apenas foram admitidos 1.4-1.7% dos que necessitavam efetivamente de cuidados paliativos. Tendo em consideração os dados reportados em 2013⁽¹⁰⁾ observa-se, ao nível da referenciação, uma redução de 336 episódios (-17%) e de 321 doentes admitidos (-23%), o que se constitui como preocupante tendo em conta o aumento da capacidade de resposta neste período, conforme registado acima. Os dados acima, implicam uma reflexão profunda

por parte dos decisores por forma a garantir que mais doentes que necessitem de CP a eles possam aceder em tempo útil.

O tempo que mediou entre a referenciação e a admissão variou entre 0 e 359 dias^(d), com mediana de 21 dias (média: 32 dias, DP: 38.4), quartil 1 e quartil 3 respetivamente de 9 e 39.5 dias. Este tempo apresentou variações estatisticamente significativas consoante a ARS ($p < 0.05$) (Quadro 11).

d Não existe informação que possa ajudar a explicar esta amplitude: poderá corresponder a diferentes "estádios" de aceitação dos CP para os diferentes referenciadores.

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

Quadro 11. Tempo entre Referência e Admissão por ARS
2016

Medida	ARS					Portugal
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	Alentejo	Algarve	
Mínimo	2.00	0.00	1.00	1.00	6.00	0.00
Máximo	323.00	331.00	232.00	232.00	190.00	359.00
Média	35.92	15.76	47.97	39.41	40.50	31.96
Média aparada 5%	26.25	13.47	43.09	33.92	34.11	26.61
Mediana	20.00	10.50	38.00	24.50	25.00	21.00
Desvio padrão	55.31	26.63	38.79	44.75	50.12	38.40
Q1	10.00	6.00	28.00	13.00	17.50	9.00
Q3	34.00	19.00	57.00	39.00	35.50	39.50

Fonte: Portal da Saúde, MS, Gestcare CCI.

Um outro indicador importante é o tempo compreendido entre a referência e a morte do doente. Este variou entre 2 e 329 dias^(e), com mediana de 40 dias (média: 51 dias, DP: 42.1), quartil 1 e quartil 3 respetivamente de 22 e 70 dias.

Este tempo apresentou variações estatisticamente significativas consoante a ARS ($p < 0.05$). Uma amplitude tão elevada gera a necessidade de uma discussão profunda sobre os critérios e “timing” das referências (Quadro 12 e Figura 1).

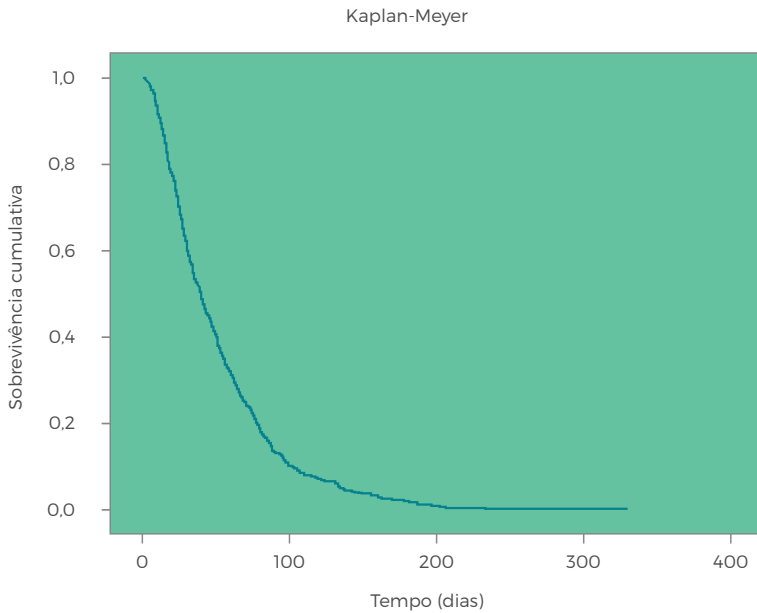
Quadro 12. Tempo entre Referência e Morte por ARS
2016

Medida	ARS					Portugal
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	Alentejo	Algarve	
Mínimo	11.00	2.00	11.00	6.00	18.00	2.00
Máximo	87.00	198.00	329.00	204.00	59.00	329.00
Média	37.00	37.08	73.66	49.45	36.71	51.30
Média aparada 5%	35.67	33.63	69.33	43.85	36.52	46.83
Mediana	34.00	27.00	61.00	37.00	27.00	40.00
Desvio padrão	21.87	32.10	46.86	40.57	16.36	42.10
Q1	23.00	16.00	42.00	25.00	25.50	22.00
Q3	46.00	49.00	94.00	65.00	51.00	70.00

Fonte: MS, Gestcare CCI.

e Não existe informação que possa ajudar a explicar esta amplitude; poderá corresponder a diferentes “estádios” de aceitação dos CP para os diferentes referenciadores.

Figura 1. Curva de Kaplan-Meyer do tempo entre referenciação e morte, 2016.



Fonte: MS-Gestcare CCI.

A maioria (69,5%) dos episódios de referenciação teve origem em instituições hospitalares e os restantes (30,5%) nos cuidados de saúde primários. A quase totalidade (95,5%) destes episódios tinham como indicação o internamento em UCP (não-agudos) e os restantes (4,55%) o apoio pelas ECSCP.

O motivo de referenciação mais prevalente (90,7%) foi o “Utente em situação fragilidade”, que embora se compreenda devido ao envelhecimento da população, ne-

cessita de maior clarificação relativamente ao tipo de fragilidade que o doente vivencia: física? cognitiva? etc. ... Com menor prevalência (1,5%) encontra-se o “Descanso do cuidador”. De ressaltar que, sendo a referenciação para serviços de cuidados paliativos, o motivo “cuidados paliativos” só se encontra em 82,5% dos casos. Este dado implica uma adequada reflexão se pretendemos fazer um planeamento que vá ao encontro das necessidades dos doentes (Quadro 13).

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

Quadro 13. Motivos de Referência
2016 (n=1638)

Motivos de referênciação	N.º	%
Utente em situação fragilidade	1 486	90.7
Necessidade continuidade de cuidados	1 456	88.9
Cuidados paliativos	1 351	82.5
Necessidade ensino doente/cuidadores	1 301	79.4
Doenças crónicas com episódio de agudização	1 144	69.8
Necessidade vigilância e tratamentos complexos	1 086	66.3
Outra causa de solicitação	191	11.7
Descanso do cuidador	24	1.5

Fonte: MS, Gestcare CCI.

Doentes sob apoio de equipas de CP ou internados em UCP

No ano de 2016, estiveram sob apoio de equipas de cuidados paliativos ou internados em UCP 4691 doentes^(f), o que corresponde a 5.5-6.6% do número total estimado de doentes com necessidades paliativas^(g). Tal correspondeu a 5748 episódios de admissão, pelo que se pode assumir que existiram doentes com mais que 1 episódio de admissão.

Para as UCP existiram 2094 episódios de admissão (36%) e para as EIHSCP 3654 (64%), não existindo, nos dados reportados pelo MS, nenhum registado para ECSCP. A indicação da tipologia divergiu entre as ARS ($p < 0.05$) (Quadro 14).

f Embora não registados em conformidade, segundo informações do MS, terão sido admitidos nas equipas/unidades de CP 13228 doentes, o que poderá corresponder a 16-19% de cobertura. Estes valores não entraram na análise neste capítulo realizada, por não existirem outros dados complementares. Tal implica a necessidade premente de melhores e mais adequados registos da atividade das equipas/unidades.

Quadro 14. Tipologias dos serviços dos episódios de admissão por ARS
(n=5748)

ARS	UCP		EIHSCP		Total
	N.º	%	N.º	%	
Norte (N)	398	19	1736	81	2134
Centro (C)	544	100	0	0	544
Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	799	36	1447	64	2246
Alentejo (ALT)	186	47	211	53	397
Algarve (ALG)	167	39	260	61	427
Portugal Continental	2094	36	3654	64	5748

Fonte: MS, Gestcare CCI.

O tempo que mediou entre a reserva da admissão e admissão real variou entre 0 e 8 dias, com mediana de 0 dias (média: 0.5 dias, DP: 1.1), quartil 1 e quartil 3 respetivamente

de 0 dias. Este tempo apresentou variações estatisticamente significativas consoante a ARS ($p < 0.05$) (Quadro 15).

Quadro 15. Tempo entre Reserva e Admissão por ARS
2016

Medida	ARS					Portugal
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	Alentejo	Algarve	
Mínimo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Máximo	5.00	8.00	8.00	6.00	0.00	8.00
Média	0.13	1.21	0.73	0.65	0.00	0.50
Média aparada 5%	0.04	1.07	0.53	0.48	0.00	0.31
Mediana	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Desvio padrão	0.51	1.41	1.39	1.25	0.00	1.14
Q1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Q3	0.00	2.00	1.00	1.00	0.00	0.00

Fonte: MS, Gestcare CCI.

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

O tempo de apoio/internamento variou entre 1 e 392 dias, com mediana de 13 dias (média: 30 dias, DP: 45.9), quartil 1 e quartil 3 respetivamente de 6 e 32 dias. Este tempo apresentou variações estatisticamente significativas consoante a ARS ($p < 0.05$). Tendo em conta que estes dados se reportam sobretudo a UCP, podem significar a falência,

ou pelo menos a insuficiência de um adequado sistema de suporte (saúde e social) que permita que os doentes possam continuar a ser cuidados fora das UCP, ou seja no seu domicílio ou em outro tipo de instituições com maior proximidade dos seus ambientes de origem (Quadro 16).

Quadro 16. Tempo de Apoio / Internamento por ARS
2016

Medida	ARS					Portugal
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	Alentejo	Algarve	
Mínimo	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Máximo	335.00	369.00	392.00	390.00	391.00	392.00
Média	15.12	35.76	40.35	42.54	24.20	29.50
Média aparada 5%	11.50	28.59	32.35	32.31	17.08	22.15
Mediana	8.00	21.00	22.00	19.00	9.00	13.00
Desvio padrão	23.67	48.76	53.66	63.74	43.18	45.94
Q1	4.00	8.00	9.00	6.00	4.00	6.00
Q3	17.00	45.00	46.00	49.00	23.00	32.00

Fonte: MS, Gestcare CCI.

No que respeita ao *status* do doente a 31/12/2016, de acordo com os registos, 65% dos doentes teve alta, 29% faleceram, mantendo-se inter-

nados 6%. Estas proporções apresentam diferenças estatisticamente significativas por ARS. ($p < 0.05$) (Quadro 17).

Quadro 17. Status dos doentes por ARS

31/12/2016

ARS	Alta		Óbito		Internado		Total
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
Norte (N)	1393	84	258	15	17	1	1668
Centro (C)	124	24	373	71	27	5	524
Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	1032	55	658	35	187	10	1877
Alentejo (ALT)	274	81	39	12	25	7	338
Algarve (ALG)	239	84	29	10	16	6	284
Portugal Continental	3062	65	1357	29	272	6	4691

Fonte: MS, Gestcare CCI.

Um outro indicador importante é o tempo que medeia a admissão e o óbito do doente. Este variou entre 1 e 301 dias, com mediana de 14 dias (média: 25 dias, DP: 30.8), quartil 1 e quartil 3 respetivamente de 7 e 28 dias. Este tempo apresentou variações estatisticamente significativas consoante a ARS ($p < 0.05$) (Quadro 18).

O tempo que mediu a admissão e a alta constituiu-se como um indicador de referência. Este variou entre 1 e 343 dias, com mediana de 17 dias (média: 30 dias, DP: 39), quartil 1 e quartil 3 respetivamente de 7 e 36 dias. Este tempo apresentou variações estatisticamente significativas consoante a ARS ($p < 0.05$) (Quadro 19).

Quadro 18. Tempo entre Admissão e Óbito por ARS

2016

Medida	ARS					Portugal
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	Alentejo	Algarve	
Mínimo	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Máximo	140.00	195.00	301.00	128.00	111.00	301.00
Média	15.09	24.60	28.31	30.21	20.72	24.67
Média aparada 5%	12.93	20.84	23.05	26.91	17.82	20.20
Mediana	11.00	14.00	17.00	18.00	17.00	14.00
Desvio padrão	15.90	28.65	35.43	33.77	22.83	30.81
Q1	6.00	6.00	8.00	6.00	5.00	7.00
Q3	18.00	30.00	31.00	44.00	28.00	28.00

Fonte: MS, Gestcare CCI.

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

Quadro 19. Tempo entre Admissão e Alta por ARS
2016

Medida	ARS					Portugal
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	Alentejo	Algarve	
Mínimo	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Máximo	335.00	340.00	343.00	269.00	236.00	343.00
Média	21.31	51.33	40.70	28.25	18.86	29.86
Média aparada 5%	16.72	42.69	34.87	23.48	14.87	24.32
Mediana	12.00	31.50	28.00	15.00	8.00	17.00
Desvio padrão	29.89	60.53	43.98	38.86	28.24	38.98
Q1	5.00	18.00	14.00	6.00	4.00	7.00
Q3	24.00	65.00	49.00	34.00	19.00	36.00

Fonte: MS, Gestcare CCI.

Recursos humanos

A primeira estimativa do número de profissionais de cuidados paliativos foi realizada por Capelas, em 2009⁽⁷⁾. Com base nos dados por ele apurados, seriam necessários, no mínimo, embora nem todos a tempo integral (nomeadamente os psicólogos, assistentes sociais e espirituais, conforme a tipologia dos recursos), 583 médicos, 1343 enfermeiros, 261 psicólogos, 261 assistentes sociais e 261 assistentes espirituais. Segundo os mesmos princípios e estimativa, seria importante que cada recurso de

CP pudesse incluir, na sua estrutura humana, um fisioterapeuta. Deste modo seriam necessários também 261 fisioterapeutas.

Segundo dados do MS, exercem funções em serviços de cuidados paliativos do SNS⁽⁸⁾, 1041 profissionais de saúde (incluindo assistentes operacionais, assistentes técnicos, dietistas, nutricionistas, etc.) distribuídos por um total de 53 equipas. Destes, 749 são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, assistentes espirituais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais (Quadro 20).

g Não foram tidas em conta as unidades/equipas contratualizadas com entidades externas ao SNS, ou outro tipo de atividade pública, mas não inseridas no SNS, o que se acontecesse perfaria UM TOTAL DE 69 equipas.

Quadro 20. Profissionais em serviços de cuidados paliativos do SNS
2016

Grupo profissional	N.º	N.º de equipas em que existem	Profissionais por equipa		% Cobertura das necessidades	Horas semanais por grupo profissional*	
			Média	Min - Max		Média	Min - Max
Médicos	158	53	3	1 - 7	27	46,8	4,5 - 202
Enfermeiros	411	53	7,8	1 - 53	31	236,9	10 - 1905
Assistentes sociais	61	49	1,2	0 - 4	23	17,8	0 - 87
Psicólogos	62	51	1,2	0 - 4	24	15,2	0 - 105
Assistentes espirituais	24	24	0,5	0 - 2	9	4	0 - 15
Fisioterapeutas	27	19	0,5	0 - 1	10	16,5	0 - 40
Terapeutas ocupacionais	6	6	0,1	0 - 1	2	15	0 - 20

Fonte: MS

* Com base apenas no n.º de equipas em que existem estes profissionais.

Pela análise dos dados sobre recursos humanos, constata-se uma taxa de cobertura das necessidades muito abaixo do necessário, sendo que no máximo se atinge os 31% (enfermeiros) e abaixo dos 10% os assistentes espirituais, o que pode comprometer a abordagem holística e cuidado integral destes doentes. Estes dados parecem refletir um inadequado financiamento e investimento nesta área do cuidar. Acresce ainda que existem equipas que não possuem, nos seus quadros, psicólogos, assistentes sociais, assistentes espirituais ou mesmo terapeutas. Outro prisma de análise tem a ver com o exercício a tempo integral nestas equipas. Pelos dados disponibilizados constata-se que o tempo de dedi-

cação integral a cuidados paliativos é uma pequena minoria; destes, o grupo profissional com maior peso é o da área da enfermagem. Esta é, indubitavelmente, uma situação a colmatar com prioridade máxima, pois, como cuidados especializados que são, os cuidados paliativos não poderão deixar de funcionar com um núcleo de profissionais a tempo integral. Acresce ainda que, para se atingirem graus de acessibilidade aceitáveis, será preciso um forte investimento na formação e capacitação de profissionais para o exercício nesta área.

No que respeita à formação dos profissionais das equipas de cuidados paliativos, observam-se melhorias, embora esta formação ainda

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

não corresponda ao desejado e preconizado internacionalmente, nomeadamente, pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽¹¹⁾.

Esta área carece, pois, de uma atenção especial, pois é preconizado que todos os profissionais que exerçam funções nesta área tenham formação especializada. Também importa referir que apenas 43% dos mé-

dicos coordenadores têm a Competência em Medicina Paliativa pela Ordem dos Médicos. No que respeita à área da Enfermagem, não existindo ainda a especialização na área (que se torna prioritário), segundo os dados disponibilizados pelo MS, 70% dos enfermeiros responsáveis das equipas têm formação avançada em cuidados paliativos.

Quadro 21. Formação dos profissionais em serviços de cuidados paliativos do SNS 2016

Grupo profissional	Formação avançada N.º (%)	Formação intermédia N.º (%)	Formação Básica N.º (%)	Sem Formação N.º (%)	Estágio N.º (%)
Médicos coordenadores	42 (79%)	8 (15%)	2 (4%)	1 (2%)	40 (75%)
Outros Médicos	47 (45%)	9 (9%)	32 (30%)	5 (5%)	48 (46%)
Enfermeiros responsáveis	37 (70%)	9 (17%)	8 (15%)	1 (2%)	35 (66%)
Outros enfermeiros	92 (26%)	48 (13%)	169 (47%)	50 (14%)	82 (23%)
Assistentes sociais	11 (18%)	10 (16%)	26 (43%)	14 (23%)	15 (25%)
Psicólogos	17 (30%)	11 (20%)	26 (46%)	2 (4%)	10 (18%)
Assistentes espirituais	3 (19%)	1 (6%)	6 (38%)	6 (38%)	2 (13%)
Fisioterapeutas	3 (12%)	3 (12%)	13 (52%)	6 (24%)	1 (4%)
Terapeutas ocupacionais	0 (0%)	0 (0%)	5 (71%)	2 (29%)	0 (0%)

Fonte: MS.

Conclusões e recomendações

Analisando os dados apresentados importa retirar algumas ilações, conclusões e mensagens a reter, nas quais estão intrínsecas as respetivas recomendações.

Assim, constata-se:

- Taxas de cobertura muito assimétricas, seja por região, por distrito ou tipologia de recurso;
- Número demasiado baixo de ECSCP, aposta que tem sido, sucessivamente, relegada para planos inferiores;
- Baixa taxa de cobertura nacional e regional de UCP de agudos, com total inexistência nos hospitais universitários e quase total nos hospitais de capital de distrito. Embora nos hospitais especializados (oncologia) a cobertura seja de 2/3, não pode deixar de salientar-se que um deles, o de Lisboa, não dispõe desta tipologia de serviço;
- Os horários de funcionamento das equipas de CP, em especial, os das ECSCP não garantem a continuidade dos cuidados, com algumas a funcionarem apenas 4h/dia, o que implica reorganização urgente;
- A manutenção de um número demasiado baixo de doentes referenciados e consequentemente com acessibilidade aos CP, o que pode ter origem em questões de sensibilidade, formação e organização/gestão do Sistema Nacional de Saúde;
- Cerca de 20% dos doentes referenciados não é admitido nos serviços, pressupondo-se que falece antes de a eles acederem;
- Ausência de qualquer referência de admissão de doentes em ECSCP, que merece uma reflexão profunda;
- Tempo de sobrevivência pós-admissão baixo, revelando que o doente é admitido muito próximo ou já em fase de morte iminente, o que impede a abordagem integral das suas necessidades;

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

- Baixo número de profissionais relativamente ao necessário, em todos os grupos profissionais, mas com especial ênfase nos assistentes espirituais e terapeutas. O máximo de cobertura alcançado é nos enfermeiros (31%); associa-se, também, o aparente baixo número de profissionais alocados em tempo integral, o que segundo alguns peritos, se deve ao facto de o “*core business*” dos hospitais não ser os cuidados paliativos. Tal contaria uma adequada integração a todos os níveis do Sistema de Saúde;
- Evolução favorável ao nível da formação avançada dos profissionais, embora ainda haja muita necessidade de melhoria a este nível já que os números atuais estão longe dos preconizados pela OMS e outras entidades internacionais;
- Registos muito deficientes, em qualidade e em número, não permitindo aos decisores e *stakeholders* uma análise objetiva e proporcionadora da melhoria da acessibilidade, qualidade dos cuidados e respetivo planeamento estratégico;

Referências

1. ERS | Entidade Reguladora da Saúde. (2015). Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos. Lisboa: ERS | Entidade Reguladora da Saúde. Retrieved from <https://www.ers.pt/>
2. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). (2013). Relatório da Primavera 2013 - Duas Faces da Saúde. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
3. Ministério da Saúde-Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2016). Portaria n.o 165/2016 (14 de junho).
4. Ministério da Saúde-Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2016). Despacho n.o 7824/2016 (15 de junho).
5. Radbruch, L., Payne, S., Bercovitch, M., Caraceni, A., Vlieger, T. De, Firth, P., ... Conno, F. De. (2010). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *European Journal of Palliative Care*, 17(1), 22-33.

6. Capelas, M. L. (2008). Organização de serviços: estimativa de necessidades para Portugal. *Dor*, 16, 40-44.

7. Capelas, M. L. (2009). Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal. *Cadernos de Saúde*, 2(1), 51-7.

8. Gómez-Batiste, X. (2005). Principios de la terapéutica y la organización de los cuidados paliativos. In X. Gómez-Batiste, J. Porta, A. Tuca, & J. Stjernsward (Eds.), *Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos* (pp. 21-54). Madrid: Áran Ediciones.

9. Murtagh, F. E. M., Bausewein, C., Verne, J., Groeneveld, E. I., Kaloki, Y. E., & Higginson, I. J. (2014). How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliative Medicine*, 28(1), 49-58. <https://doi.org/10.1177/0269216313489367>

10. ERS | Entidade Reguladora da Saúde. (2013). Retrieved from <https://www.ers.pt/>

11. The World Health Organization. (2014). Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care. (January), 1-6.

CONCLUSÃO

Pedro Lopes Ferreira

José Aranda da Silva

Julian Perelman

Rogério Gaspar

Felismina Mendes

CONCLUSÃO

No RP 2017 a sustentabilidade do SNS e as desigualdades em saúde assumem lugar de destaque na análise anual que o OPSS realiza e de que este Relatório é o corolário. Apesar das mudanças na política governativa, estes são temas que continuam a marcar a agenda da saúde em Portugal e assumir a centralidade nas preocupações do OPSS.

Como sempre tem sido salientado, embora o OPSS não tome posição sobre as agendas políticas de cada ciclo de governação, isso não impede que analise e se pronuncie sobre as medidas e os rumos adoptados para a saúde em Portugal. Neste ano, fez-se uma análise das **iniciativas políticas do atual governo** e dela ressalta que,

à semelhança de governos anteriores, a produção legislativa do primeiro ano de governação, na área da saúde, foi grande. No entanto, a esse volume de produção legislativa não parecem corresponder medidas estruturais de igual envergadura. A produção legislativa e a mudança em contextos e práticas não caminham a par. Legislar, na saúde, ou talvez em todos os domínios, fica sempre muito longe de intervir, mudar e reformar.

Perante a análise realizada recomenda-se ao governo um forte investimento em medidas estruturais, com impacto a médio e longo prazo, em diferentes áreas de atuação:

- Avance para uma política de orçamentos e compromissos plurianuais para a área da Saúde que permitam uma visão de médio prazo e que garantam uma melhor continuidade nas políticas de saúde;
- Repense o modelo de financiamento dos hospitais, não se centrando exclusivamente em indicadores de produção mas dando maior relevância a indicadores de qualidade e de medição e avaliação dos resultados obtidos;

- Desenvolva uma visão e pensamento global de melhoria dos cuidados de saúde que implique obrigatoriamente uma articulação com o tecido económico regional, com as autarquias e com as escolas apostando na formação das novas gerações de crianças e jovens com o objectivo aumentar a literacia em saúde e promover hábitos de vida saudáveis;

- Dê prioridade a um forte investimento no desenvolvimento de competências, prestação de contas e profissionalização da gestão de topo e intermédia;

- Promova a participação dos cidadãos na governação nomeadamente através operacionalização das estruturas já existentes e que não têm funcionado ou explorando novas formas de participação;

- Incentive efetivamente a investigação em saúde para desenvolver projetos de aplicação prática, com vista à melhoria dos cuidados e dinamização do potencial económico residente no conhecimento gerado;

CONCLUSÃO

- Incorpore e promova medidas de proteção ao ambiente e combate às alterações climáticas, devendo a este nível os hospitais, em particular, ter uma responsabilidade acrescida de combate ao desperdício e redução de resíduos.

No RP 2017 foi igualmente realizada uma análise dos **indicadores de saúde da população portuguesa** a partir do último relatório da OCDE, publicado em finais de 2016. Foram examinados os principais resultados que permitem contextualizar a saúde no país, mediante indicadores como o estado de saúde da população portuguesa, os determinantes da saúde, a despesa em saúde, a efetividade e qualidade de cuidados e o acesso aos cuidados de saúde. Esta análise não só possibilitou uma visão mais próxima da evolução socioeconómica e de saúde do país como revela os contextos a necessitar de maior atenção/intervenção. Os indicadores analisados permitiram verificar que apesar das melhorias substanciais no estado de saúde da sua população, as desigualdades em saúde relacionadas com as dimensões de género, geográficas/territoriais e socioeconómicas mantêm-se, confirmando através

de uma comparação europeia o que que tínhamos evidenciado de forma sistemática no RP2016. Nas despesas com a saúde os indicadores atestam a diminuição do financiamento público da saúde e o aumento das despesas financiadas através de *out of pocket* (pagamentos diretos) por parte dos portugueses. Para se manterem saudáveis os portugueses gastam muito mais do seu próprio bolso que a maioria dos europeus. Em termos de efetividade da qualidade dos cuidados, Portugal apresenta resultados positivos em muitos dos indicadores analisados com exceção da infeção hospitalar onde continua a ser um dos países com taxas mais elevadas. Porém, apesar das melhorias ocorridas ao longo dos anos, Portugal continua a apresentar cuidados necessidades não satisfeitas, relacionadas em particular com os tempos de espera para cirurgia eletiva, com descidas importantes dos tempos de espera de até 2010 e subidas a partir desta data.

Embora em Portugal sejam escassos os estudos sobre a **sustentabilidade do SNS**, pela complexidade de dados que requerem e exigem, este ano um grupo de observadores

aceitou este desafio e a análise realizada permitiu mapear a sustentabilidade financeira e oferecer uma perspetiva atual da eficiência do sistema de saúde português mediante comparação com os países da União Europeia e das suas tendências futuras.

Desta análise, é possível inferir que o sistema português é relativamente eficiente. Os valores dos indicadores de saúde são, na sua maioria, melhores que a média da UE15 e a despesa *per capita* é mais baixa. No entanto, o financiamento público é muito menor, cabendo uma responsabilidade acrescida à despesa privada, em especial aos pagamentos diretos. Desta situação resulta uma elevada dívida do SNS e o adiamento do consumo por parte de uma parcela significativa dos doentes, levando ao aumento da despesa a prazo, com efeitos nefastos sobre a equidade. De facto, o peso dos gastos privados é o principal fator de agravamento da desigualdade que, por sua vez, afeta negativamente a saúde. O ciclo da pobreza e da doença espelha cabalmente esta realidade – quanto mais doente mais pobre, e quanto mais pobre mais doente.

Perante os dados analisados recomenda-se ao governo que:

- A garantia da sustentabilidade a longo prazo esteja na primeira linha das preocupações do governo (da *governance*) do sistema;
- A implementação do planeamento que não se limite a propor linhas de orientação estratégica, mas as traduza também, na prática, considerando a dimensão económica (eficiência e o financiamento do sistema), ambiental e social (sempre a nível macro e micro) da sustentabilidade.

No quarto capítulo, foi analisada a **equidade nos cuidados de saúde**, como um dos principais determinantes das desigualdades em saúde. Essa análise foi realizada a partir da informação constante em bases de dados portuguesas e europeias. A avaliação da evolução destas desigualdades no acesso e na utilização de cuidados de saúde em Portugal revelou que as barreiras no acesso aos cuidados de saúde permanecem relevantes em Portugal e marcadas do ponto de vista socioeconómico. Foi observado um gradiente social, ligado ao rendimento, para os tratamentos

CONCLUSÃO

médicos em geral e um grau elevado de necessidades não satisfeitas, com um gradiente socioeconómico muito marcado, na saúde oral, na saúde mental e nos medicamentos. Verificou-se ainda que em Portugal os mais pobres continuam a ter menor utilização de consultas de especialidade, à necessidade igual, nomeadamente em termos de saúde oral, saúde mental e medicamentos.

No caso da saúde oral e da saúde mental, esta iniquidade explica-se pela falta de oferta destes serviços no Serviço Nacional de Saúde, estando a necessidade a ser em parte satisfeita através do setor privado e/ou mediante seguro de saúde. Quanto à medicação, esta representa a principal fonte de despesas em saúde das famílias e, na ausência de isenções, os mais carenciados encontram maiores dificuldades de acesso.

Perante os dados analisados o OPSS recomenda, nesta matéria:

- Uma ação determinada do SNS no campo da saúde oral, da saúde mental e na melhoria do acesso aos medicamentos para os cidadãos mais carenciados, que consiga

melhorar o acesso a estes cuidados e reduzir as despesas catastróficas em saúde.

As tendências recentes na política do **medicamento** enquanto dimensão estrutural dos cuidados de saúde foram o tema de análise do quinto capítulo. Tendo como pano de fundo as conceções do atual governo sobre a política do medicamento, de que se destacam a promoção da política sustentável na área do medicamento, a valorização do papel das farmácias comunitárias enquanto agentes de prestação de cuidados e a delegação parcial da administração de terapêutica oral em oncologia e doenças transmissíveis, foram realizados três estudos de caso que apresentaram as evoluções recentes na área do consumo de antibióticos e aparecimento de resistências bacterianas; na evolução do consumo e dos custos dos novos anticoagulantes orais; na melhoria do acesso à medicação, com descentralização da dispensa de terapêuticas antineoplásicas orais para as farmácias comunitárias.

O levantamento realizado quanto ao perfil de consumo e resistência na utilização de antibióticos evidencia um quadro importante de questões que necessitam de resposta por parte do sistema de saúde português. Globalmente verificaram-se algumas assimetrias no consumo de antibióticos nas diversas regiões. De acordo com a literatura, uma das possíveis explicações poderá residir em diferenças culturais, enaltecendo a importância da relação médico/doente relativamente ao início da antibio-terapia. Por outro lado, observou-se uma tendência de crescimento do “rácio do consumo de antibióticos”, sugerindo um agravamento do padrão de consumo, ao longo dos últimos anos. Os resultados apresentados, ainda que a nível ecológico, sugerem que as resistências aos antibióticos podem ser influenciadas não apenas pelo consumo absoluto de antibióticos, mas também pelo consumo elevado de antibióticos de largo espectro, comparativamente aos de espectro estreito.

A análise do real impacto da inovação terapêutica e as condições no seu acesso devem constituir preocupação permanente. A aná-

lise realizada focalizou-se também na problemática dos anticoagulantes e anticoagulantes orais (NACOs) em particular. Ainda que alguns fenómenos de marketing possam estar associados ao aumento do consumo de NACOs e às desigualdades regionais observadas, refere-se a forma como a evidência científica e as normas de orientação clínica poderão ter também contribuído para este aumento total, e para eventuais transferências de prescrição dentro da classe dos ACOs, com influência distinta em determinadas regiões do país. Verificou-se que, superada a resistência inicial, a evolução mais recente tem sido no sentido de privilegiar os NACOs face aos AVK, também a par com o aparecimento de estudos observacionais que complementam dados anteriores, bem como a introdução no mercado do idarucizumab, primeiro agente de reversão específico para dabigatran. Outro aspeto que fará o mercado continuar a subir é a recente obtenção de participação do edoxabano (Dez 2016), com AIM desde 2015.

CONCLUSÃO

Tendo como determinante essencial a melhoria do Sistema de Saúde português e em concreto a melhoria no acesso aos cuidados de saúde na área oncológica, a análise realizada permite identificar um número substancial de fatores a considerar e a necessidade de uma abordagem envolvendo múltiplos atores, centrada não apenas na melhoria do acesso mas com a essencial preservação das condições de segurança, a partir do estabelecimento de um painel de indicadores que permitam uma monitorização contínua e em tempo real, capaz de obter ganhos de saúde e que respondam a problemas reais neste contexto de saúde pública. A preocupação central é que sejam criadas as condições que permitam aos doentes ter acesso com segurança e adesão terapêutica, abrindo um quadro de debate sobre alterações a realizar no futuro visando a melhoria destes fatores no quadro do sistema de saúde português.

Perante os estudos apresentados na área do medicamento recomenda-se que:

- Seja incentivada a implementação de estratégias conducentes à melhoria do padrão de consumo de antibióticos. Entre estas, incluem-se a promoção de campanhas à população, alertando para os perigos do consumo de antibióticos, bem como a aplicação de estratégias que minimizem o consumo de antibióticos de largo espectro, o que poderá levar à diminuição do rácio de consumo de antibióticos de largo e estreito espectro, e assim, promover a utilização racional de antibióticos em Portugal, tal como preconizado pelo PPCIRA.

- No futuro se monitorize o impacto da mais recente norma da ESC, que coloca os NACOs como 1ª escolha na fibrilhação auricular, ainda que aplicável apenas a um subgrupo populacional. É também importante notar que os indicadores propostos pela ACSS caminham no sentido contrário, ao identificar a utilização de AVK como indicador de práticas de prescrição racional, independentemente da indicação, parecendo adotar uma ótica de minimização de custos em detrimento do custo-efetividade, que a evidência disponível vem garantindo.

A criação da Rede Nacional de **Cuidados Paliativos** e da sua Comissão Nacional em 2016, determinaram uma, para muitos inesperada, autonomização destes cuidados relativamente à RNCCI, que integravam desde 2006. Estas medidas governativas constituíram o mote para uma análise detalhada das medidas e do sucesso alcançado nesta tipologia de cuidados. Os dados trabalhados revelam uma realidade que exige maior esforço e intervenção da tutela de forma a ultrapassar as crónicas dificuldades que enfrentam os CP, de que se salienta a persistência de taxas de cobertura muito assimétricas por região ou tipologia; número igualmente demasiado baixo de ECSCP; baixa taxa de cobertura nacional e regional de UCP de agudos; horários de funcionamento das equipas de CP, em especial os das ECSCP que não garantem a continuidade dos cuidados, com algumas a funcionarem apenas 4h/dia; baixa referência de doentes para os CP; baixa taxa de doentes referenciados admitidos em CP; tempo de sobrevivência pós-admissão baixo - o doente é admitido muito próximo ou já em fase de morte

iminente; baixo número de profissionais, em todos os grupos profissionais; registos muito deficientes, inibidores de intervenção e planeamento estratégico por parte de decisores e *stakeholders*.

- Face à análise realizada e aos resultados obtidos, recomenda-se ao Governo:

- A premente de inclusão de uma unidade curricular especificamente dedicada aos cuidados paliativos nos planos de estudo conducentes ao exercício de profissões na área da saúde;

- O desenvolvimento de um sistema de informação capaz de disponibilizar dados fiáveis e compreensíveis relativos às várias dimensões dos CP, incluindo disponibilidade e acessibilidade aos serviços;

- O desenvolvimento de sistemas integrados de E-Health que possam colmatar lacunas existentes na continuidade e acessibilidade a CP;

- A realização de estudos económicos relativos aos custos e custo-efetividade dos CP, dentro e fora do Serviço Nacional de Saúde.

ANEXOS

ANEXO 1 - O OPSS E A REDE OBSERVACIONAL

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) foi fundado em 2000, resultando de uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa, o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e o Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE). Posteriormente esta parceria foi alterada, tendo a Universidade de Évora substituído o ISCTE. Em 2013-2014 esta parceria foi alargada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.

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

reúne evidência que suporta esses processos, ações e seus resultados. Deste modo, pretende melhorar de forma contínua a base de conhecimentos sobre gestão em saúde e estimular a análise dos sistemas de saúde e a investigação sobre serviços de saúde.

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

por *referees* e/ou à realização de painéis de peritos, auditorias externas, culminando este processo na publicação de um relatório anual, denominado “relatório de primavera” que sintetiza as matérias estudadas nesse ano.

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

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

Figura 1. Rede observacional OPSS



ANEXOS

Esses núcleos observacionais sempre alicerçados em equipas de investigação académicas ou equipa de profissionais competentes (peritos) com prestígio inter pares, a trabalhar em rede, responsabilizaram-se por ceder ao OPSS evidência obtida a partir dos estudos desenvolvidos em áreas contratualizadas em cada ano. Deste modo, as temáticas abordadas no RP 2017 estão todas alicerçadas em grupos de investigação ligados às parcerias existentes e ainda a outras que se nos juntaram em 2013 e 2014, como a Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa. Os núcleos locais podem ser constituídos por todos aqueles que no terreno queiram trabalhar para criar postos observacionais que enriqueçam o conhecimento, desde que cumpram os critérios do OPSS, quanto à credibilidade e à independência. Neste sentido, existe uma abertura plena para a aceitação de contribuições tecnicamente idóneas, desde que aceitem ser sujeitos a auditoria metodológica externa, bem como à realização de contraditórios com as entidades que proporcionam dados ao OPSS e, seja apresentada uma declaração de eventual conflito de interesses.

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

ANEXO 2 - EXPRESSÃO USADA NA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

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

ANEXO 3 - ABORDAGEM METODOLÓGICA

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

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

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

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

O OPSS tem vindo a apostar, também, no desenvolvimento da avaliação externa (auditoria), na medida em que considera que este processo contribui para a transparência e para a imparcialidade das suas análises, beneficia a qualidade do produto final e reforça a credibilidade do projeto, na ótica dos diferentes atores sociais. Este ano, as metodologias e técnicas utilizadas pelo OPSS compreenderam: pesquisa documental, exploração da literatura pertinente, análise de dados, avaliação e validação externa dos diferentes temas por peritos. Agradece-se publicamente os importantes contributos das entidades que disponibilizaram e/ou facilitaram o acesso a dados e documentação, dos peritos que participaram na validação externa dos conteúdos das diferentes temáticas do RP 2017.

Peritos Revisores de 2017

Alexandre Abrantes
Ana Bernardo
Ana Maria T. Jorge
Artur Paiva
Carlota Quintal
Conceição Pires
João Rodrigues
Luís Campos
Margarida Carmona
Mónica Oliveira
Pablo Hernandez Marrero
Ricardo Paes Mamede
Tiago Correia

ANEXO 4 - RELATÓRIOS DE PRIMAVERA ANTERIORES



RP 2001
Conhecer
os caminhos da saúde



RP 2002
O estado da saúde
e a saúde do Estado



RP 2003
Saúde - que rupturas?



RP 2004
Incertezas...
Gestão da mudança
na saúde



RP 2005
Novo serviço público
de saúde - Novos desafios



RP 2006
Um ano de governação:
Sentidos e Significados



RP 2007
Luzes e sombras.
A governação da saúde



RP 2008
Sistema de Saúde Português:
Riscos e Incertezas



RP 2009
10 / 30 Anos:
Razões para continuar



RP 2010
Desafios em tempos
de crise



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



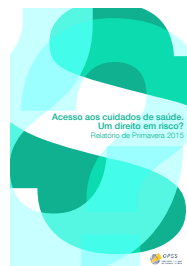
RP 2012
Crise & Saúde
Um país em sofrimento



RP 2013
Duas Faces da Saúde



RP 2014
Saúde.
Síndrome de negação



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



RP 2016
Saúde: Procuram-se
novos caminhos

ANEXO 5 - COLABORADORES E CONFLITO DE INTERESSES

As exigências de transparência na elaboração de estudos, principalmente de natureza qualitativa, impõem que investigadores ou grupos de investigação debatam entre si e declarem publicamente eventuais conflitos de interesse de índole económica, institucional, profissional, política ou pessoal que possam interferir nos resultados desses estudos.

Neste contexto, a rede de investigadores sobre sistemas de saúde do OPSS, no seu conjunto, não identifica interesses específicos, económicos, institucionais, profissionais, políticos ou pessoais que condicionem o trabalho agora apresentado. Não pode, assim mesmo, omitir-se que alguns de entre os membros do OPSS colaboraram ou colaboram, tecnicamente, com alguns dos governos mais recentes, sendo ou tendo sido essa colaboração o resultado do aproveitamento das suas capacidades técnicas.

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

Contribuíram para a realização deste relatório:

Coordenação

Pedro Lopes Ferreira
José Aranda da Silva
Felismina Mendes
Rogério Gaspar
Julian Perelman

Equipa Técnica

Ana Tito Lívio Santos
Eugénia Simões

Design

Coordenação
Professora Célia Figueiredo
Design Gráfico
Paulo Teles

E das seguintes organizações:

Ministério da Saúde

IFARMED

Administração Central do
Sistema de Saúde, I.P.

Associação Nacional das
Farmácias

Autoridade Nacional do
Medicamento e Produtos de
Saúde, I.P.

Departamento de Artes Visuais e
Design da Universidade de Évora

Fundação Calouste Gulbenkian

ANEXO 6 - INVESTIGADORES FUNDADORES DO OPSS

Ana Escoval

Cipriano Justo

Constantino Sakellarides

Jorge Correia Jesuino

Jorge Simões

José Luís Biscaia

Manuel Schiappa

Paulo Ferrinho

Pedro Lopes Ferreira

Suzete Gonçalves

Teodoro Briz

Vasco Reis

Vítor Ramos

ANEXO 7 - Tabela Capítulo 5. Política do Medicamento em análise

Tabela 1. Normas, recomendações e boletins que poderão ter influência no padrão de prescrição observado (lista não exaustiva)			
Data	Documento	Recomendação	Citação de interesse
12/2012	DGS. Norma 26/2012 ^[9]	Recomenda para profilaxia do TEV nas artroplastias da anca e do joelho a HBPM, fondaarinux, dabigatran e rivaroxabano.	<i>A eficácia da vitamina K como agente profilático do tromboembolismo venoso está largamente documentada. Contudo, a sua menor eficácia comparativamente a outros agentes, a necessidade de uma monitorização apertada, a dificuldade em atingir níveis de INR recomendados e uma menor segurança relativa aos eventos hemorrágicos fatais, leva-nos a recomendar o seu uso para os doentes que já o efectuavam por outros motivos, previamente à cirurgia ortopédica.</i>
2012	Recomendações de bolso da ESC para Fibrilhação auricular ^[10]	Recomenda uso AVK ou NACOs	<i>Em doentes com uma pontuação CHA2DS2-VASc ≥ 2, recomenda-se terapêutica ACO com:</i> <ul style="list-style-type: none"> • AVK em dose ajustada (INR 2-3); ou • um inibidor directo da trombina (dabigatran); ou • um inibidor oral do factor Xa (por ex., rivaroxaban, apixabanc) <i>... excepto se contra-indicado. (evidência classe I A)</i>
11/2013	Boletim terapêutico ARS LVT ^[5]	Recomenda como 1.ª linha AVK para a prevenção do tromboembolismo na fibrilhação auricular	<i>A anticoagulação deve ser iniciada em doentes com CHADS2 ≥ 2, ou com CHA2DS2VASc ≥ 2. Os AVK devem continuar a ser a terapêutica anticoagulante de referência; os NACO constituem uma terapêutica de alternativa.</i>
2014	Recomendações de bolso da ESC para Embolia Pulmonar aguda ^[11]	Refere uso AVK ou NACOs	<i>Os resultados dos ensaios que utilizam os NACOs no tratamento do TEV indicam que estes agentes não são inferiores (relativamente à eficácia) e possivelmente mais seguros (em particular no que se refere a hemorragias major) do que o regime padrão com heparina/AVK.</i>
2015	2015 ESC Guidelines for NSTEMI-ACS patients ^[12]	Recomenda rivaroxabano em baixa dose após descontinuação da terapêutica parentérica para doentes sem elevação do segmento ST com elevado risco isquémico e baixo risco hemorrágico submetidos a terapêutica dupla antiplaquetária	<i>In NSTEMI patients with no prior stroke/TIA and at high ischaemic risk as well as low bleeding risk receiving aspirin and clopidogrel, low-dose rivaroxaban (2.5 mg twice daily for approximately 1 year) may be considered after discontinuation of parenteral anticoagulation (evidence class IIb B).</i>
08/2016	2016 ESC Guideline for the management of atrial fibrillation ^[13]	Considera os NACOs como 1.ª escolha na FA	<i>When oral anticoagulation is initiated in a patient with AF who is eligible for a NOAC (apixaban, dabigatran, edoxaban or rivaroxaban), a NOAC is recommended in preference to a vitamin K antagonist (evidence class I A)</i>
11/2016	Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2017 ^[14]	Incentiva o favorecimento de AVK em cuidados primários (independentemente da indicação)	<i>De modo a incentivar a utilização racional do medicamento, designadamente, promover a utilização das terapêuticas de primeira linha em áreas chave do mercado ambulatorio de medicamentos são introduzidos em 2017 os seguintes indicadores da terapêutica para a ... utilização de Anticoagulantes Orais: % Embalagens de antagonistas da vitamina K no total de embalagens de anticoagulantes orais.</i>

