

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DO SISTEMAS DE SAÚDE

E AGORA?

Relatório de **Primavera 2022**



OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DO 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, o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, a Universidade de Évora e a Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.



Obra patrocinada pelo OPSS



Com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian
e da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar



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

Fotografia da capa: Teodoro Briz

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	7
--------------------------	----------

CAPÍTULO 1

O QUE A PANDEMIA NOS FEZ	11
---------------------------------	-----------

A CIÊNCIA	12
-----------	----

OS SERVIÇOS DE SAÚDE	12
----------------------	----

AS POPULAÇÕES MAIS VULNERÁVEIS	14
--------------------------------	----

O QUE A EPIDEMIA NOS FEZ	15
--------------------------	----

CAPÍTULO 2

PANDEMIA COVID-19 IMPACTO NA UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE, NECESSIDADES NÃO SATISFEITAS EM SAÚDE E TELESSAÚDE

INTRODUÇÃO	16
------------	----

IMPACTO NA UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	17
--------------------------------------------	----

Cuidados de Saúde Primários	18
-----------------------------	----

Cuidados de Saúde Hospitalares	21
--------------------------------	----

Consultas Médicas Hospitalares	23
--------------------------------	----

Intervenções Cirúrgicas	24
-------------------------	----

Urgências	25
-----------	----

Internamento	27
--------------	----

Atividade de Telemedicina	27
---------------------------	----

Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	29
---------------------------------------------------	----

NECESSIDADES NÃO SATISFEITAS EM SAÚDE	30
---------------------------------------	----

TENDÊNCIAS DA UTILIZAÇÃO DA TELESSAÚDE	33
----------------------------------------	----

CONCLUSÕES	35
------------	----

CAPÍTULO 3

RECURSOS HUMANOS E CONCORRÊNCIA PÚBLICO/PRIVADO

O AUMENTO DO NÚMERO DE PROFISSIONAIS	37
--------------------------------------	----

A DIMINUIÇÃO DA PRODUTIVIDADE E AS SUAS POSSÍVEIS CAUSAS COMO INTERPRETAR ESTE RESULTADO?	38
-------------------------------------------------------------------------------------------	----

RECURSOS HUMANOS E CONCORRÊNCIA ENTRE SETORES PÚBLICO E PRIVADO	40
-----------------------------------------------------------------	----

A DEDICAÇÃO PLENA É A SOLUÇÃO?	42
--------------------------------	----

ÍNDICE

CAPÍTULO 4

CUIDAR EM CASA

INTRODUÇÃO E DEFINIÇÃO DE CONCEITOS E MODELOS	44
NECESSIDADE DE UM MODELO DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS	45
A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADORES INFORMAIS NO CONTEXTO DOS CUIDADOS EM CASA	46
Definição e enquadramento legal dos cuidadores informais	46
Quantos são e quem são os cuidadores informais?	48
Que cuidados são prestados, dificuldades e necessidades sentidas pelos cuidadores informais?	49
Que sobrecarga é sentida pelos cuidadores informais?	49
CAPACIDADE DE RESPOSTA DOMICILIÁRIA DO SNS E DA SEGURANÇA SOCIAL	50
Cuidados de Saúde Primários	50
Equipas de Cuidados Continuados Integrados	51
Cuidados Hospitalares – hospitalização domiciliária	54
Respostas Sociais	55
Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)	55
CONCLUSÕES POSSÍVEIS	56

CAPÍTULO 5

A SAÚDE DIGITAL EM PORTUGAL

ENQUADRAMENTO	58
GOVERNANÇA DE SAÚDE DIGITAL	58
EQUIDADE E OUTROS DESAFIOS ÉTICOS LEGAIS E SOCIAIS DA SAÚDE DIGITAL	60
LITERACIA EM SAÚDE E DIGITAL PARA CAPACITAÇÃO DE CIDADÃOS, DOENTES E PROFISSIONAIS	62
PRINCIPAIS CONCEITOS	63
A LITERACIA EM SAÚDE E LITERACIA EM SAÚDE DIGITAL	65
A TELESSAÚDE EM PORTUGAL	67
A PANDEMIA DE COVID-19 E A TELEMEDICINA	67
TELEMEDICINA E SAÚDE MENTAL	68
A SAÚDE DIGITAL PARA A INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS: TELEMONITORIZAÇÃO NA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA	70
INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS E SAÚDE DIGITAL	71
A IMPORTÂNCIA DA CERTIFICAÇÃO E REGULAÇÃO	74
A DIMENSÃO ECONÓMICA DA SAÚDE DIGITAL	75
A IMPORTÂNCIA DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS	75

ÍNDICE

SAÚDE DIGITAL E POLÍTICAS DE SAÚDE
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

CAPÍTULO 6

MEDICAMENTOS E COVID _____ 80

ACESSO AO MEDICAMENTO DE REGIME AMBULATORIO HOSPITALAR EM PROXIMIDADE _____ 92

Enquadramento _____ 92

Benchmarking Comparação internacional _____ 93

Iniciativas em Portugal e evidência gerada _____ 94

Discussão _____ 94

Conclusões e Recomendações _____ 100

O ACESSO À VACINAÇÃO E TERAPÊUTICA PARA O TRATAMENTO DA COVID-19 (2020/2021) _____ 101

CAPÍTULO 7

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES _____ 112

LISTA DE REVISORES:

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Evolução das consultas médicas e dos contactos de enfermagem nos CSP 2019-2021

Tabela 2 Evolução da atividade hospitalar 2019-2021

Tabela 3 Evolução dos exames convencionados por área MCDTs (atos aceites) 2019-2021

Tabela 4 Evolução do número total de profissionais do SNS, e das categorias mais numerosas.

Tabela 5 Direitos e deveres do cuidador informal

Tabela 6 Dificuldades e necessidades sentidas e relatadas pelos cuidadores informais

Tabela 7 Lugares de ECCI

Tabela 8 Número de lugares de ECCI (2019) por cada 100 pessoas

Tabela 9 Taxa de ocupação das ECCI

Tabela 10 Capacidade do Serviço de Apoio Domiciliário (ano 2020)

Tabela 11 As diferentes abordagens da telessaúde (alguns exemplos)

Tabela 12 Serviços de telessaúde: alguns conceitos

Tabela 13 Resultados no acesso ao medicamento e comodidade

Tabela 14 Resultados nos encargos com a deslocação e no absentismo laboral

Tabela 15 Resultados na satisfação e adesão à terapêutica

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1** Evolução das consultas médicas nos CSP (excluindo os domicílios) 2019-2021
- Figura 2** Evolução contactos de enfermagem nos CSP 2019-2021
- Figura 3** Evolução das consultas médicas hospitalares 2019-2021
- Figura 4** Evolução das intervenções cirúrgicas 2019-2021
- Figura 5** Evolução dos atendimentos por tipo de urgência 2019-2021 (não inclui a psiquiatria)
- Figura 6** Evolução dos atendimentos nas urgências por cor da Triagem de Manchester 2019-2021
- Figura 7** Evolução dos atendimentos nas urgências com e sem Triagem de Manchester 2019-2021
- Figura 8** Evolução da atividade de internamento hospitalar 2019-2021
- Figura 9** Evolução das consultas de telemedicina 2019-2021
- Figura 10** Necessidade não satisfeitas de cuidados de saúde durante a pandemia por país, UE27 e OCDE 22 (%) [Adaptado de Eurofound (2021) e (OECD, 2021)]
- Figura 11** Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde por tipo de cuidados de saúde, Primavera de 2021, UE27 e situação portuguesa (%) [Adaptado de Eurofound (2021)]
- Figura 12** Evolução da produtividade (serviços por profissional) e do custo médio por serviço, no SNS.
- Figura 13** Produtividade horária do SNS, incluindo ou não as horas extraordinárias.
- Figura 14** Evolução das consultas e cirurgias, por setor (público ou privado).
- Figura 15** Evolução do número de consultas médicas ao domicílio e média.
- Figura 16** Anos de vida saudável aos 65 anos: por género.
- Figura 17** Multimorbilidade auto-reportada pelo grupo populacional com 65 e mais anos de idade.
- Figura 18** Marcação de consultas SNS24: serviço administrativo – com sucesso (2020)
- Figura 19** Atividade Operacional SNS24: Serviço de Aconselhamento Psicológico (2020)
- Figura 20** Consultas de telemedicina e consultas médicas hospitalares na especialidade de psiquiatria no CHPL
- Figura 21** % utentes que usaram um website para agendamento de uma consulta
- Figura 22** Países com dispensa de medicamentos hospitalares em farmácia comunitária
- Figura 23** Distribuição dos utentes dos hospitais pelos regimes previstos de dispensa de proximidade
- Figura 24** Alguns marcos na autorização de medicamentos e vacinas contra a COVID-19

NOTA INTRODUTÓRIA

Ana Escoval^{1,7}, Filipa Duarte-Ramos^{2,3,4}, Henrique de Barros^{3,5}, João Gonçalves⁴, Julian Perelman^{6,7}, Manuel Lopes^{7,8}, Paulo Sousa^{6,7}, Pedro Lopes Ferreira^{9,10}, Vítor Raposo^{9,10}.

¹ Associação Portuguesa de Desenvolvimento Hospitalar;

² Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa;

³ EPIUnit–Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP);

⁴ iMed.Ulisboa, Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa.

⁵ Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

⁶ Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

⁷ Comprehensive Health Research Center.

⁸ Escola de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora.

⁹ Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, Universidade de Coimbra.

¹⁰ Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), cumpre, de novo, o compromisso de apresentar anualmente um documento sobre a governação do sistema de saúde português, o Relatório de Primavera (RP), este ano intitulado “**E agora?**”

Este trabalho é apresentado num momento muito particular da vida do país, da Europa e, do mundo.

Nos piores momentos da pandemia, um amigo do OPSS, médico de saúde pública, sugeriu que se deveria aproveitar este momento para repensar de forma aprofundada como reconstruir o SNS e o sistema de saúde no período pós-covid. Dava como exemplo o Serviço Nacional de Saúde inglês (NHS), imaginado e concebido durante a segunda guerra mundial. Foi de facto sob as bombas, com milhares de soldados a morrer e uma população privada de tudo, que foi sonhado um serviço público de saúde, que oferecesse a todos os cidadãos cobertura universal, gratuita e de qualidade. Consta que é de facto nas piores alturas, quando tudo parece desmoronar-se, que visualizamos melhor o que nos falta, e em que tipo de sociedade gostaríamos de viver.

Ora, de acordo com o que sabemos, este trabalho de refundar o SNS e o sistema de saúde não foi realizado. Não o foi nem pelo Governo, nem pelo Ministério de Saúde, nem pelos atores do SNS, nem por nós, OPSS, que podíamos ter aproveitado esta altura para lançar a nossa proposta (nossa culpa). Talvez a altura fosse de demasiado barulho, de excessiva solicitação, de necessidade de respostas ao mais premente e imediato, sem tempo para pensar. Talvez os alicerces para esta resposta já devessem ter sido criados antes, em altura mais bem tranquilas.

Não significa que alguns não tenham pensado sobre o assunto, nomeadamente no âmbito dos partidos políticos, dando continuidade a propostas antigas. Mas as propostas mais visíveis e divulgadas foram sem dúvida as mais ideológicas ou interesseiras, com pouca adesão à realidade política, económica e social, sejam as propostas de o SNS tomar conta de todos os cuidados de saúde sem espaço para outros parceiros, sejam as propostas de privatização total.

Por isso, findos dois anos de pandemia e restrições, fica a pergunta que já deveria estar resolvida: **e agora?**

OS DESAFIOS

Os grandes desafios não faltam, que já existiam em 2019, mas que a pandemia agudizou e, de certo modo, “destapou” tornando-os visíveis a luz do dia. Citemos os três que nos parecem fundamentais.

O desafio do acesso. As famílias portuguesas pagam em média, por ano, 600 euros diretamente do seu bolso em despesas de saúde. Mais de 26% dos 20% de portugueses mais pobres declaram não ter acesso aos cuidados de saúde por razões financeiras. E não será a medida do fim das taxas moderadoras (em média, 10 euros por ano) que resolverá o problema, por ser pouco efetiva em termos financeiros e de moderação de comportamentos. E se os portugueses gastam tanto apesar de um SNS universal e gratuito, é porque o SNS universal e gratuito ainda não dá a resposta necessária.

O desafio dos recursos humanos. O número de profissionais no SNS aumentou de 120.000 para 148.000 entre 2015 e 2021, mas os relatos de falta de profissionais é permanente – até porque as necessidades aumentaram –, as saídas para o estrangeiro e para o setor privado continuam, e o descontentamento é patente, com consequências no acesso aos cuidados. As saídas massivas para o setor privado desviam os profissionais das necessidades mais prementes da população, e obrigam o SNS a pagar serviços aos privados criando problemas de eficiência e sustentabilidade.

O desafio da saúde pública. Os portugueses têm longevidade, mas, comparando com outros países, vivem muitos anos com má saúde e limitações de atividade. Temos taxas elevadas de multimorbilidade, obesidade e tabagismo, a alimentação tem tido tendência para piorar, e nem falemos da alta prevalência de depressão e ansiedade. Também, a pandemia tem ilustrado de forma dramática a forma como as desigualdades sociais se traduzem em fortes desigualdades em saúde. E falta saber qual a preparação da saúde pública para futuras pandemias.

TENTATIVAS DE RESPOSTA

Embora não se vislumbre uma reestruturação de fundo, foram, no entanto, definidas estratégias específicas, inclusive muitas delas traduzidas em leis e despachos. No entanto, ficamos na expectativa sobre a sua implementação, e da capacidade de resposta destas propostas aos grandes desafios colocados.

O Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) traz-nos um guião de reformas, das quais destacamos três:

A reforma da saúde mental, aguardada há longos anos, é um ponto central. Sabemos que a reforma está em curso, no terreno; espera-se que a implementação possa ser levada a cabo, sem desvios de fundos para outras urgências, com a colaboração de todos os atores (cuidados de saúde primários e hospitalares, cuidados continuados e Segurança Social) e com resultados mensuráveis e demonstráveis.

A digitalização dos dados da saúde, que esperamos ser um instrumento de melhoria da eficiência e mudança de práticas, e não uma mera compra de equipamentos, como já aconteceu há anos. A digitalização implica alterações nas formas de trabalhar, sendo o exemplo mais visível o desenvolvimento da telemedicina, prática que exige acompanhamento e gestão, para uma verdadeira alteração e melhoria nas práticas diárias dos profissionais.

A compra de equipamentos para os centros de saúde é promissora, permitindo uma resposta mais completa ao desafio do acesso de proximidade. Mas não passará de uma boa intenção

sem uma reforma profunda dos cuidados de saúde primários que permita atrair, reter e motivar os profissionais de saúde.

Noutro registo, a nova Lei de Bases da Saúde, grande avanço civilizacional face à anterior, e sobretudo a proposta do novo Estatuto do SNS, traçam algumas linhas para o futuro. Aqui também gostaríamos de destacar três pontos que nos parecem centrais, mas sobre os quais existem sobretudo interrogações.

Em primeiro lugar, foi definida a criação de uma Direção Executiva do SNS. Vemos com bons olhos uma reformulação da governação do SNS, que permita maior colaboração entre as diferentes entidades gestoras ou reguladoras (ARS, INFARMED, DGS, ACSS, SPMS), com capacidade para gerir no dia a dia os problemas correntes que se colocam nas instituições prestadoras de cuidados, e com capacidade de implementar no terreno as estratégias e programas de saúde de forma transversal. Resta saber qual será o mandato desta nova entidade, e qual a sua verdadeira força política e capacidade de atuação, sendo que se espera de uma entidade com estas funções que possa recrutar os melhores gestores e dar-lhes os meios para as suas ações e, sobretudo eliminando sobreposições.

Em segundo lugar, também acolhemos com agrado a criação da dedicação plena, que pode constituir uma resposta adequada à dificuldade em reter e motivar os profissionais do SNS. Mais uma vez, no entanto, questionam-se os meios para implementar esta política e o seu desenho concreto, que implica capacidade de acompanhamento dos profissionais e da sua atividade.

Finalmente, a criação dos Sistemas Locais de Saúde é uma iniciativa notável, pelas colaborações que impulsiona entre diferentes entidades do SNS e fora SNS ao nível local e comunitário. Resultado de uma ideia anterior, parece poder agora germinar, poderá ser uma iniciativa para responder melhor às necessidades locais, pelo maior conhecimento das carências e a articulação entre as diferentes respostas, sendo que a saúde é multifatorial e não depende apenas dos cuidados de saúde. Resta saber, também, qual a capacidade de criação destes Sistemas, quais as garantias do seu bom funcionamento, e como evitar que se criem mais desigualdades regionais além das que já existem. A reticência das autarquias em aceitar competências na saúde, por razões financeiras, envia um sinal negativo quanto à exequibilidade desta iniciativa.

O QUE FALTA SABER?

Faltará ainda saber, regressando à Lei de Bases da Saúde, qual a arquitetura que se pretende no futuro para o sistema de saúde português. Se, de facto, se pretende que os setores privado e social sejam complementares, faltam indicações claras sobre como o SNS responderá às maiores necessidades, evitando que o recurso aos privados, com graves implicações financeiras para as famílias, continue a ser indispensável. E faltam indicações sobre a adequada gestão desta complementaridade, assegurando a qualidade e o valor dos cuidados dos setores sociais e privados, geralmente pouco transparentes e cujo controlo parece escapar completamente ao Estado.

E faltará sempre saber, no que é essencial, qual a estratégia para uma população mais saudável e com maior bem-estar, independentemente do estatuto económico e social.

E AGORA?

E AGORA?

Relatório de Primavera 2022

O Relatório de Primavera 2022 irá debater estes temas, e outros também relevantes que decorrem das questões que acabamos de identificar.

Os três primeiros capítulos foram dedicados aos efeitos da pandemia, e ao que aprendemos durante este período tão complicado, desde março 2020, focando as nossas três prioridades: acesso, recursos humanos e saúde pública.

O **primeiro capítulo** propõe uma reflexão sobre a questão central do planeamento, com as necessidades que a pandemia deixou a descoberto, em particular nos recursos humanos e na saúde pública, e também na ciência que é o instrumento essencial de apoio à decisão.

O **segundo capítulo** aprofunda o tema do acesso, apresentando uma série de informações quantificadas sobre quebras nos cuidados de saúde e no acesso aos mesmos (as “necessidades não satisfeitas”), e sobre a forma como o desenvolvimento da telemedicina permitiu colmatar em parte estas falhas.

O **terceiro capítulo** aprofunda o tema dos recursos humanos, também com várias informações quantificadas, apontando para dificuldades bem anteriores à pandemia, nas quais a concorrência entre setores público e privado tem um papel essencial.

Os três capítulos seguintes, como é hábito nos Relatórios de Primavera nos seus 21 anos de existência, abordam questões mais específicas, embora todas elas relacionadas com os nossos três desafios centrais.

O **quarto capítulo** discute o tema do “cuidar em casa”. Este tema também se tornou central durante a pandemia, como forma de colmatar as dificuldades em assegurar internamentos nos hospitais e nos cuidados continuados, e garantir uma nova forma de cuidados acessível e de qualidade. O capítulo aponta para problemas que existiam no pré-pandemia, como a questão dos cuidadores informais e da integração de cuidados.

O **quinto capítulo** debate em profundidade o tema da saúde digital, cujo desenvolvimento “explodiu” durante a pandemia, mas que apenas poderá ser uma boa aposta se conseguir resolver graves questões relacionadas com equidade, literacia, financiamento e integração.

Finalmente, o **último capítulo** discute a questão do medicamento, em três vertentes: a necessidade de garantir o acesso em proximidade aos fármacos hospitalares, com base em evidência científica; o processo de avaliação dos medicamentos para COVID, mostrando as suas lacunas; e o acesso à inovação terapêutica, tema recorrente pela sua complexidade.

Capítulo 1

O QUE A PANDEMIA NOS FEZ

(Uma leitura impressionante)

Henrique Barros^{1,2}

¹EPIUnit–Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP);

²Faculdade de Medicina, Universidade do Porto

Ao contrário do que ensina Alice (e talvez porque o mundo seja outro, fora do país das maravilhas) será melhor começar, senão pelo fim, pelo menos contra um fim que por aí se quer insinuar antes do seu tempo. E prosseguir então para o começo. Talvez desse modo nos ajudemos a compreender o que vivemos e porque o vivemos assim, sejamos capazes de guardar memórias úteis e sabedoria que nos proteja individualmente, mas sobretudo enquanto comunidade. Olhando para trás percebemos melhor que a pandemia de COVID-19 não acabou e permanece mais global que nunca – ou seja, não chegamos ainda ao fim deste encontro, em certa medida inesperado, com um vírus emergente – o SARS-CoV-2, que se vem transformando numa infeção endémica e talvez até numa doença crónica. Eis uma das consequências da pandemia: obrigou-nos a rever a organização da vida, perspetivar o futuro, tendo em atenção determinantes que desconhecíamos; a pandemia trouxe a contingência e a consciência do jogo das probabilidades para o nosso quotidiano. Provavelmente para ficar, ou pelo menos permanecer enquanto a memória do medo inicial perdurar.

Por tudo isto, de onde virá então esta espécie de alívio que faz desesperadamente parecer desinteressante a vigilância e a preparação para responder ao que vamos ainda vivendo?

E porque não se consegue implementar um plano de ação capaz de antecipar medidas que evitem ou pelo menos mitiguem os efeitos da circulação das variantes atuais ou daquelas que por certo aí virão?

Que barreiras se levantam, vindas das pessoas ou partindo das instituições?

Quais as medidas para as contornar, se não formos capazes de as remover de forma sustentada, como seria ideal?

As respostas a estas perguntas irão por certo evoluir com o conhecimento que se adquira, mas, como sempre em saúde, com as opções feitas pelas estruturas responsáveis por gerir a informação, os mais próximos emissores. E se é verdade que muito se joga (e não jogou como devia...) na definição de uma hierarquia transparente e respeitada, e no reconhecimento de interlocutores bem identificados para fazer compreender as escolhas e propor a partilha das soluções, também é essencial ter a montante um sistema eficiente de recolha, análise e produção de informação, transformável em conhecimento que alimente a comunicação e tranquilize as pessoas, mesmo na superior certeza da incerteza. O que, neste aspecto, a epidemia fez foi deixar a descoberto uma conhecida insuficiência. Não tínhamos tradição de juntar as partes interessadas, conciliar saberes e pontos de vista. Dar voz às pessoas evitando as armadilhas da tecnocracia. A ideia da saúde centrada nas pessoas pouco mais vai sendo que um lema sem ancoragem na realidade ou então uma meta, sincera talvez, que fica longe.

No início foi preciso contrariar a ideia de que a pandemia – por uma vez – não escolhia estratos sociais ou condições de vida, atingia a todos igualmente. Este óbvio equívoco rapidamente desvaneceu, mas foi responsável por medidas sem sentido de precisão, hipoteticamente universais e também por isso geradoras de sofrimento e desigualdades adicionais. Em termos simples: nem todos poderiam confinar “fugindo” ao vírus e por isso alguns viveram a pandemia com especial gravidade. Mas como se percebeu rapidamente que era impossível em muitas circunstâncias evitar a infeção e que necessitávamos desesperadamente de soluções novas,

a pandemia pôs à prova a crença na eficácia das soluções tecnológicas e na resposta dos profissionais de saúde, sobretudo na perspectiva da sua organização e preparação para responder a crises de grande dimensão.

Assim, atentemos na ciência, nos serviços de saúde e nas populações com mais vulnerabilidades. Podemos considerá-los três domínios que a epidemia pareceu tocar particularmente e que também desse modo se tornaram mais relevantes, mais presentes e, portanto, mais exigindo que se visitem, ainda que de forma impressiva e, naturalmente por agora, navegando-lhes a superfície.

A CIÊNCIA

Durante estes anos de pandemia deificou-se a ciência – mas sejamos claros, sobretudo a ciência que outros faziam e que emocionalmente apropriávamos ou, como numa corrente de água, tentávamos dirigir para o nosso lado. Como é bem conhecido na nossa tradição de lentes, havia muitos a ler, mas verdadeiramente poucos a apresentar propostas arrojadas, servindo as decisões que em situações de emergência têm que ser percebidas como o que é na verdade o risco: decidir sem ver para lá da linha do horizonte. Por isso, sempre se esperou muito pelo que se fazia “lá fora” e nos perdemos agora que a última “variante” quase começou por aqui e não há para onde olhar.

Acima de tudo louvou-se a ciência (como todos sabíamos fazer sem que isso na prática se manifestasse em atitudes visíveis) como uma expiação, como um fogo sagrado a que se recorre no medo, e não como uma atividade acarinhada, financiada, continuada, criativa, racional a que nós em Portugal verdadeiramente nos dedicássemos em continuidade e à qual pudéssemos em hora de aperto ir em busca de soluções. Pulularam por isso os mágicos da previsão, no retorno de antiquíssimos leitores de entranhas, especialistas desconhecidos a somarem-se, diga-se em abono da verdade, a um restritíssimo número de pessoas com alguma decência na sua formação, mas sem verdadeira especialização. Aprendemos, espera-se, para lá da necessidade de planear serviços e recursos em saúde – como foram os ventiladores –, que é fundamental ter profissionais preparados e um conjunto de competências previstas em todas as suas fases de formação. Olhamos para a resposta à COVID-19 à nossa maneira: curativa! E se obviamente essa dimensão era em muitos momentos central, como nos é próprio não cuidamos da rede de proteção – a saúde pública. Discutiram-se nos espaços de comunicação social soluções de saúde pública como se se tratasse de um confronto de opiniões todas igualmente respeitáveis. Com isso revelou-se mais vezes ignorância que a convicção do melhor conhecimento e das melhores práticas. Por vezes, simplesmente se traficavam subtis picardias políticas à boleia de pseudo-escolhas técnicas, e com isso se alimentava a infodemia e a ansiedade. No entanto, o mais importante que a epidemia fez (e que se espera que nos deixe ensinamentos duradouros e investimentos inequívocos) foi revelar como é insuficiente a nossa planificação da força de trabalho nesta área, antiquada a sua organização profissional, e evidente a falta de uma carreira que estimule os talentos. E, claro, ficou por demais óbvio como foi ignorante não ter há muito (e continuar assim...) uma licenciatura em saúde pública como base de um “exército” essencial na resposta às rotinas e quando necessário às crises sanitárias.

OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os anos da pandemia mostraram internacionalmente a centralidade da força de trabalho em saúde, a necessidade de uma formação adequada e de uma distribuição equitativa e inteligente dos recursos humanos pelo espaço geográfico. A última Assembleia Mundial da Saúde deu especial ênfase à proteção e ao investimento em profissionais de saúde e cuidados, particularmente atendendo à mobilidade destes profissionais e às desigualdades daí resultantes. A epidemia fez-nos perceber que a interdependência era uma dimensão fundamental da prevenção e que por isso as soluções terão que ser globais também na

equidade de recursos. Se a nível internacional se reconhece a importância dos compromissos políticos, da concertação das partes interessadas e dos recursos financeiros, mais importa no país assegurar essas prioridades e dar-lhes uma ressonância regional que combata as desigualdades.

Quando em Portugal a epidemia foi finalmente identificada, em março de 2020, arrancou uma nova interação entre as pessoas e os serviços de saúde: por um lado era fundamental a ajuda profissional, em muitos aspetos obrigando a pôr hipóteses à prova, experimentando; por outro, surgiu o medo de recorrer aos cuidados de saúde quando os problemas fossem outros, trazendo à luz dos dias a preocupação de os hospitais e outras instituições de saúde poderem ser eles próprios determinantes da doença. Com isso perderam-se momentos essenciais de intervenção, protelaram-se desnecessariamente atitudes preventivas e curativas que poderão ter reflexo na morbilidade futura. Importa perceber em que medida os cuidados não se acomodaram a esse medo, que resultou em falta de procura, no limite disrupção dos cuidados. Terão naturalmente os profissionais que avaliar as atitudes para com elas aprender e rever protocolos de atuação futura perante as epidemias que virão ou simplesmente os agravamentos no número de casos que com a COVID-19 possam ocorrer.

Por certo deixaram de se fazer exames de rastreio ou diagnóstico, atrasaram-se as deteções de casos de infeção (como por vírus da imunodeficiência humana, outras doenças sexuais ou tuberculose) ou doenças não transmissíveis como o cancro, para as quais se observa uma inequívoca recuperação. Mas importa agora perceber que a pandemia direta e indiretamente estará ligada a queixas e quadros clínicos que vão requerer cuidados, pelo menos atenção. Para além da dimensão nosológica particular daquilo a que se tem simplificada chamado “COVID longa”, são evidentes as perturbações de gravidade muito variada que vão das alterações do sono aos quadros complexos de saúde mental. Não quantificar e planear a resposta a esta situação, quanto como fazer finalmente funcionar os centros de epidemiologia hospitalar ou as unidades clínicas dedicadas a doenças emergentes, só pode ser visto como inaceitável falta de visão quanto ao modo como organizar a saúde. E que a organização, a todos os níveis, é a chave do sucesso ficou bem claro com o exemplo das ambulâncias impedindo a normal atividade à entrada de um grande hospital de Lisboa.

E, diga-se também, que não valerá a pena insistir na inaceitável ideia das falsas urgências: se o recado pode ser aceitável para quem desenha os serviços e o acesso a eles – embora também por aí algo injusto, pois não se pode imaginar que é possível uma mudança radical num curto espaço de tempo – o que se exige é não culpar a vítima. Espera-se antes a evidência de um caminho que progressivamente racionalize o acesso aos cuidados e no qual as telecomunicações podem ter um papel essencial.

Infelizmente, ficou evidente com a pandemia que não terá sido muita a vontade de fazer funcionar toda a potencialidade das tecnologias de informação, sobretudo dando aos cidadãos centralidade e papel na gestão do risco: milhões de portugueses propuseram-se usar uma aplicação nos seus telemóveis para informar sobre contactos e desgraçadamente a resposta dos profissionais foi nula. Não vale a pena dizer que havia problemas de eficácia, de proteção de dados, de equidade social – tudo isso era verdade mas não foi o motivo do insucesso. Até porque não se usando nem sequer foi possível saber onde nos poderia ter levado ou como seria se fosse sendo melhorada. Mas fica o exemplo de um caminho novo que certamente com o tempo irá ajudar a tirar a vigilância epidemiológica do quadro mental de há séculos, em que ainda vive.

E na interação entre as pessoas, os serviços de saúde e o contexto das suas profissões, até para evitar as tais “falsas urgências”, vale sobretudo a confiança. As sociedades mais eficazes na gestão dos seus recursos, mais ricas e mais felizes, mas também mais participativas e em que as decisões partilhadas são as mais postas em prática, são aquelas em que o grau de confiança entre os cidadãos e deles com as instituições é mais alta (“trust”). Acreditar, confiar nas pessoas, quebrar definitivamente o ciclo de miséria que nos faz crer que ninguém é confiável, é por certo a melhor solução e retira o desespero de procurar durante horas um

serviço público que ateste aquilo que pode ser uma simples declaração responsável: “estou doente”! E isolando-se ajudar a conter a infeção.

AS POPULAÇÕES MAIS VULNERÁVEIS

Na resposta à infeção houve uma extrema variabilidade entre países quanto à extensão das restrições, tanto no espaço como no tempo. Esta variabilidade precisa de explicações que devem estar presentes no momento da decisão mas também devem ser pensadas mais tarde num olhar retrospectivo sobre as motivações que lhes estavam subjacentes e sobre os resultados. Sabemos que o contrafactual é muito difícil e a possibilidade de realizar alguns ensaios comunitários, embora de enorme utilidade, perdia-se por vezes na urgência das medidas a tomar. No entanto, a duração da pandemia e até essa diversidade internacional de escolhas perante riscos e realidades epidemiológicas semelhantes, que levou a escolhas muito distintas entre as possíveis medidas de resposta disponíveis, deviam ter suscitado também em Portugal o interesse de investigações quase-experimentais numa escala muito mais larga. E a sua relevância será mais evidente se nos lembrarmos que as populações não são homogêneas, que a infeção apresentou uma dinâmica temporal muito variada em regiões próximas e sobretudo se não esquecermos que as barreiras à utilização das soluções preventivas – como a vacinação – são muito distintas quando estamos a tratar, por exemplo, com a população nacional e com a população migrante. Era essencial conhecer como se comportou e comporta a vacinação em grupos distintos para encarar medidas precisas e antecipar ou resolver, e compreender, situações como a que aconteceu com os trabalhadores migrantes de Odemira. Apesar da gravidade do que ocorreu, a resposta implementada – embora ainda mal conhecida no seu processo de planeamento e no pormenor das atitudes – pode e deve ser considerada uma história de sucesso e tudo leva a crer que tenha os contornos de uma boa prática.

A restrição dos movimentos, o que se chamou o confinamento, foi inicialmente uma decisão individual, das pessoas e das famílias, uma fuga protetora e pelos vistos mais que tudo uma opção pelo esconderijo como forma primitiva e ingénuo de crença em ludibriar a ameaça. Que haveria de passar e assim se evitaria. O facto de a infeção ter um curso inicial muito limitado, levou a uma clara dissociação entre muito medo e aparentemente poucos casos, que em contrapartida se viveu revertido dois anos depois com pouco medo e muitíssimos casos. Assim se mostrou como as respostas mais emotivas eram inapropriadas e exigiam um enquadramento racional que deveria vir do conhecimento técnico mas também do esclarecimento político.

Desde muito cedo na infeção, para talvez fornecer uma dimensão de racionalidade e conhecimento, mesmo quando não existisse, procurou-se identificar situações e contextos de maior risco de transmissão para depois atuar sobre eles (fechando-os, por exemplo, como aconteceu com os restaurantes ou os cinemas, ou tornando obrigatórias certas práticas, como o uso de máscaras em transportes públicos). Na generalidade dos casos, as medidas e o apontar de possíveis exposições de maior risco não passaram de formas subtis de promover algum grau de confinamento sem o explicitar. Foram exemplo disso os horários de restaurantes diferenciados com os dias da semana, as limitações na movimentação entre concelhos mas, sobretudo pelas suas especiais repercussões, o fecho das escolas.

Se de facto Portugal foi na União Europeia um dos países com a maior limitação ao trabalho letivo presencial ou que mais tarde retirou as máscaras das escolas, e se isso merecerá no futuro um acompanhamento próximo para reconhecer a presença de eventuais efeitos indesejáveis na aprendizagem, na sociabilização e por essas vias também na saúde em geral (trabalho que ainda não se viu proposto ou discutido, infelizmente), o que importa por agora reconhecer é como este facto da pandemia deixou a descoberto a real ausência de uma estratégia de saúde escolar e planos não avulsos de intervenção nas escolas, abandonando as atividades anedóticas do tipo “hit and run” que vêm caracterizando a presença da saúde nas escolas. E com isso, claro, ajudar a ultrapassar mais uma iniquidade social pois estabelecimentos públicos e privados tendem a oferecer, a este nível, condições muito distintas embora, deve dizer-se, muito limitados e essencialmente curativos na oferta privada.

Finalmente, assinale-se a mortalidade nas residências para pessoas idosas. A pandemia fez uma enorme pressão sobre as estruturas assistenciais e as instituições que acolhem pessoas mais velhas. A pergunta é óbvia: porque não se evitou aquilo que aconteceu? A resposta tende também a recorrer ao que aparenta ser mais compreensível: a falta de preparação dos cuidadores, a fragilidade e a idade extrema de muitos dos utentes, a dificuldade em encontrar equipamentos e estratégias de proteção que minimizassem o sofrimento e a solidão, e finalmente o trânsito de pessoas entre o interior e o exterior das instituições.

Todas estas questões correspondem a hipóteses legítimas. Mas não deixa de ser estranho como não foram nunca verdadeiramente postas à prova para apreciar o seu real contributo. Sem isso, como vamos proceder no futuro imediato? É costume dizer-se, como regra geral, que as mesmas circunstâncias conduzem aos mesmos efeitos. **O que podemos então mudar?** Não é exagero dizer que não sabemos bem e isso porque não quantificamos o contributo das possíveis causas nem a proporção que lhes podíamos atribuir nas consequências. Muito do que mudou no prognóstico das pessoas vivendo em residências para idosos ou, em geral, institucionalizadas, deveu-se à política de vacinação e é essencial estarmos preparados tanto para assegurar em tempo útil o reforço vacinal como sobretudo dispor de ações alternativas perante qualquer eventual diminuição da proteção vacinal.

O QUE A EPIDEMIA NOS FEZ

Ainda não sabemos o que a epidemia nos fez. Não sabemos também o que nos fará. Esperemos que nos tenha feito pensar na fragilidade dos ecossistemas e na facilidade com que se fecha sobre si mesmo o mundo de certezas e mobilidade global que tínhamos como assegurado. Aprendemos os limites da nossa liberdade e também como é frágil o espaço das nossas escolhas. Compreendemos que os serviços de saúde são essenciais nos momentos de crise e que para podermos contar com eles – enquanto expressão da nossa solidariedade social – temos que saber investir em estruturas e recursos altamente treinados que idealmente nem deveriam ser chamados a agir, porque soubemos prevenir essas mesmas crises que devem combater.

Recuperamos a centralidade da resposta vacinal e como importa prosseguir o caminho da ciência fundamental.

Aprendemos que os nossos regulamentos nacionais e internacionais, para gerir crises sanitárias, tinham perdido rapidamente a visão útil e os instrumentos que puderam encaminhar o passado. Deverá haver um novo tratado pandémico (ou o que se lhe quiser chamar) que leve à prática aquilo que a pandemia nos fez compreender: só se controla ou ultrapassa quando todos estivermos de facto protegidos, não havendo soluções encerradas em fronteiras, por mais tranquilizadoras que aparentem ser.

Capítulo 2

PANDEMIA COVID-19 IMPACTO NA UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE, NECESSIDADES NÃO SATISFEITAS EM SAÚDE E TELESSAÚDE

Vítor Raposo^{1,2}

¹Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra,
Universidade de Coimbra

²Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

INTRODUÇÃO

A pandemia COVID-19, para além de ter gerado custos humanos, sociais e económicos bastante elevados (Kaye et al., 2021), revelou também muitas das fragilidades subjacentes aos diversos sistemas de saúde devido à imensa pressão colocada sobre os serviços, muitas vezes já sobrecarregados antes da pandemia (OECD, 2021). A pandemia representou um grande desafio para as sociedades e para os governos que, para além da crise ligada às questões socioeconómicas ou da saúde, tiveram de lidar com a crise de governança, testando a resiliência dos sistemas de governo implementados e das instituições do setor público para se adaptar, funcionar e inovar na prestação de serviços públicos, mas também expondo as vulnerabilidades existentes (Mazzucato et al., 2021).

Tomando como referência as respostas à pandemia de diversos países, alguns autores mencionam que as políticas implementadas em décadas anteriores, focadas na privatização, na terceirização (outsourcing) e na eficiência estática, deixaram muitos governos com opções e capacidades reduzidas diante da crise pandémica (Mazzucato & Kattel, 2020; Mazzucato et al., 2021). Olhando para o passado, Mansfield et al. (2021) mencionam que fica claro que muitos anos de subinvestimento nos sistemas de saúde em alguns países tiveram consequências e lições a aprender. Apesar destas dificuldades, a confiança nos sistemas de saúde permaneceu bem à frente da confiança de outras instituições, como as representativas dos meios de comunicação, o governo nacional e a União Europeia. Ficou claramente destacada a importância fulcral do papel desempenhado pelos sistemas de saúde durante a pandemia (Eurofound, 2020).

Diversos autores salientam que, para ultrapassar as lacunas identificadas, os governos deverão investir em áreas críticas como a capacidade de adaptação e de aprendizagem, de alinhamento dos serviços públicos com as necessidades dos cidadãos, e de governação dos sistemas de produção resilientes; e, ainda, a capacidade de governar dados e plataformas digitais (Mazzucato & Kattel, 2020; Mazzucato et al., 2021).

Os impactos económicos estimados da COVID-19 nas instalações e nos sistemas de saúde (Kaye et al., 2021), na utilização de serviços de saúde (internamentos, urgências, consultas, etc.) e nas necessidades não satisfeitas (Eurofound, 2021; European Commission, 2022; Mansfield et al., 2021; Michalowsky et al., 2021; Miralles et al., 2021; Moynihan et al., 2021), bem como na utilização da telessaúde (Berenson et al., 2020; Eurofound, 2021; European Commission, 2022; Garfan et al., 2021; Kaye et al., 2021; Moynihan et al., 2021; OECD, 2021), são considerados relevantes em diversos estudos, mostrando a importância das despesas em saúde. Assim, a pandemia também mostrou que as despesas efetivas em saúde são um investimento e não um custo a ser contido, uma vez que sistemas de saúde mais fortes e resilientes protegem melhor as populações e as economias (OECD, 2021).

¹Capacidade do sistema de saúde se preparar, gerir e aprender a partir de uma perturbação súbita e extrema (Sagan et al., 2021).

Nos pontos seguintes vamos analisar com mais detalhe os impactos da COVID-19 na utilização dos cuidados de saúde, nas necessidades não satisfeitas em saúde e nas tendências da utilização da telessaúde. Para o efeito, começaremos por olhar para relatórios e artigos científicos que foquem o contexto internacional, e de seguida para a situação portuguesa recorrendo a dados públicos, nomeadamente do Portal da Transparência SNS, relatórios nacionais de diversas instituições (ACSS, DGS, ERS, Tribunal de Contas, etc.), bem como a artigos científicos que foquem exclusivamente a realidade nacional. Terminamos com uma série de questões que devem ser ponderadas pelos decisores políticos na definição das estratégias de saúde a adotar no futuro.

IMPACTO NA UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

De acordo com o último relatório da European Commission (2022), em todos os países europeus, as medidas para aumentar a resposta aos casos de COVID-19 foram acompanhadas por uma desaceleração ou suspensão temporária de cuidados hospitalares não urgentes e não COVID-19, que se estendeu a outras atividades dos hospitais (ambulatório, internamentos, consultas externas, etc.) e dos cuidados de saúde primários. Tavares (2022) explora os dados europeus do SHARE COVID-19 (*Survey of Health and Retirement in Europe*) e aponta a mesma tendência de uma relevante percentagem de pessoas a reportar a experiência de cuidados médicos não satisfeitos.

Em muitos casos, o recurso à telessaúde foi a solução encontrada para mitigar o impacto da redução verificada e proteger de infeções quer os doentes, quer os profissionais de saúde. Esta tendência de interrupção na prestação de serviços públicos, incluindo cuidados essenciais de saúde, triagem preventiva e saúde mental e o conseqüente recurso às variantes da telessaúde, já tinha sido apontada por relatórios anteriores (Eurofound, 2021; OECD, 2021), bem como em diversas publicações científicas (Mansfield et al., 2021; Michalowsky et al., 2021; Moynihan et al., 2021).

Uma revisão sistemática realizada por Moynihan et al. (2021) identificou 81 estudos onde são reportadas 143 estimativas de mudanças na utilização de cuidados de saúde entre o período pandémico e pré-pandémico. Em 136 delas (95,1%) constatou-se uma redução de utilização média de 37,2% nos serviços em geral, compreendendo reduções medianas para visitas (42,3%), admissões (28,4%), diagnósticos (31,4%) e para terapêutica (29,6%). Em 35 estudos foram identificadas 60 estimativas, com 27 (45%) a mencionar maiores reduções na utilização entre pessoas com um espectro mais leve da doença e 33 (55%) a mencionar nenhuma diferença. Os autores concluem que a utilização de serviços de saúde diminuiu cerca de um terço durante a pandemia, com variação considerável e com maiores reduções entre pessoas com doenças menos graves. É ainda sustentado que esta redução global é um argumento convincente para priorizar os esforços que atendem às necessidades não satisfeitas das pessoas com doenças não relacionadas com a COVID-19. Por outro lado, dada a crescente evidência de cuidados desnecessários antes da pandemia, poderá ser mais benéfico para as populações, e para os respetivos sistemas de saúde, que as taxas de utilização de alguns serviços não retornem aos níveis anteriores à pandemia.

Outro estudo de Mansfield et al. (2021), realizado no Reino Unido, menciona o cancelamento de cirurgias não urgentes assim como de outras atividades relativas ao rastreio de cancro e outros serviços como saúde mental, cuidados paliativos e reabilitação. Os autores salientam que os contactos nos cuidados de saúde primários para quase todas as condições também caíram consideravelmente após a introdução de restrições relacionadas com a COVID-19.

Na Alemanha, Michalowsky et al. (2021) analisaram, no período de Janeiro a Maio de 2019 e de 2020, a utilização de consultas médicas, encaminhamentos de especialistas, internamentos hospitalares e o reconhecimento de doenças para a população idosa (75 anos ou mais) durante o confinamento da COVID-19. Os autores identificaram diminuições nas consultas médicas e nos internamentos hospitalares, sendo que os internamentos hospitalares tiveram uma diminuição

mais intensa relativamente às consultas médicas, e menos diagnósticos de doenças realizados por médicos de clínica geral, neurologistas e diabetologistas, sendo a diabetes, a demência, a depressão, o cancro e o acidente vascular cerebral as doenças menos diagnosticadas durante o confinamento. Segundo os autores, os dados sugerem que, no que se refere às práticas e ao funcionamento dos serviços, rapidamente foram adotadas mudanças organizacionais de modo a evitar ou a adiar consultas desnecessárias, especialmente com pacientes idosos que corriam maior risco de contrair COVID-19, aumentando as consultas remotas por telefone e vídeo. Apesar destas mudanças, os autores sugerem estudos posteriores que permitam avaliar os efeitos a longo prazo do confinamento nos resultados de saúde

Por seu turno, o relatório “*State of Health in the EU - Companion Report 2021*” (European Commission, 2022) menciona que o volume de cirurgias eletivas foi reduzido em mais de 20% em 2020 em comparação com 2019, piorando os longos tempos de espera existentes. É realçado que enquanto o número de consultas presenciais caiu acentuadamente durante a primeira onda, o crescente uso de teleconsultas ajudou a amortecer o impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados ao longo de 2020.[]

Em Portugal, os relatórios de diversas instituições mencionam que, à semelhança do que aconteceu noutros países, a necessidade de dar resposta à pandemia COVID-19 levou à adoção de medidas que condicionaram a realização da atividade programada. Os relatórios da Entidade Reguladora da Saúde (2020), do Tribunal de Contas (2020) e da ACSS (2021) focam os desafios que foram colocados às instituições de saúde, quer de organização quer de prestação de cuidados, designadamente pela necessidade de reduzir a circulação e concentração de pessoas nos mesmos espaços. Embora focando períodos de análise diferenciados, são evidenciadas quedas nas consultas presenciais (CSP e hospitalares), urgências, consultas externas, cirurgias e internamentos. A importância das tecnologias de informação e de comunicação (TIC) e da telessaúde, nas suas diversas variantes, são também mencionadas como uma resposta que permitiu mitigar os impactos identificados.

Quando analisamos os dados mais recentes disponíveis para Portugal relativos ao setor público, encontramos um padrão semelhante quando comparamos os períodos pré-pandemia com a pós-pandemia. Para realizar esta análise vamos utilizar os dados do Portal da Transparência SNS, para os períodos 2019, 2020 e 2021, focando os cuidados de saúde primários (CSP), os cuidados de saúde hospitalares e os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDTs). Na análise desenvolvida, procura-se compreender o impacto tendo em conta os períodos pré-pandemia e pós-pandemia e os potenciais sinais de recuperação existentes nos diferentes níveis de cuidados. Fora desta análise ficam os impactos provocados pela redução da resposta da atividade do setor privado (convenções e outros tipos de contratos existentes) que se verificou efetivamente (Barros, 2020; Entidade Reguladora da Saúde, 2020), com quebras sem precedentes (INE, 2021a)², e que afetaram o setor público devido à sua dependência dessa prestação de serviços (por exemplo, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, rastreio do cancro da mama e do cancro colorretal, etc.).

Cuidados de Saúde Primários

Relativamente aos CSP, analisámos as consultas médicas³ e os contactos de enfermagem nos CSP⁴. Apesar de quebras verificadas entre 2019/2020, a atividade dos CSP recuperou e ultrapassou os níveis verificados na pré-pandemia com padrões que sugerem a importância dos contactos não presenciais e da telessaúde.

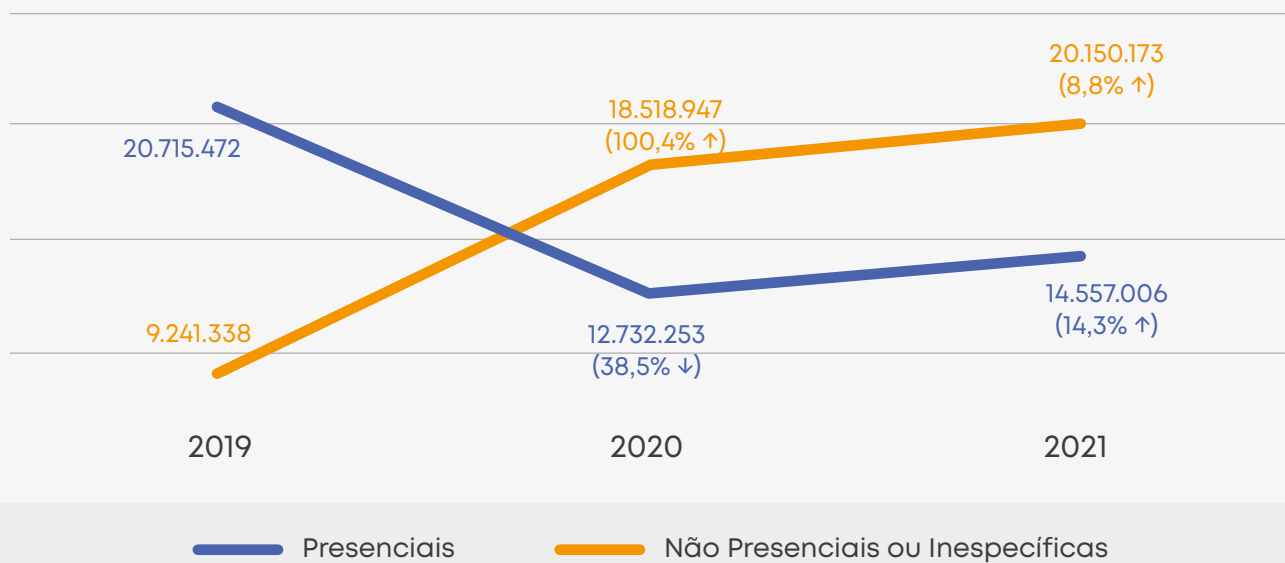
² Na informação à comunicação social, que analisa as quebras verificadas no setor público e no setor privado, o INE menciona que essas quedas são notórias nos internamentos, nas urgências, nas consultas externas e nos atos complementares de diagnóstico e/ou terapêutica. A atividade dos hospitais privados sofreu quebras acentuadas nos atos complementares de diagnóstico e/ou terapêutica (-20,6 %) e nas consultas externas (-18,3 %) sendo mais expressiva do que a verificada no setor público (-9,2 % e -9,3 %, respetivamente).

³ Disponível em <https://is.gd/scmt9y>.

⁴ Disponível em <https://is.gd/B3s2Sr>.

Tabela 1. Evolução das consultas médicas e dos contactos de enfermagem nos CSP 2019-2021

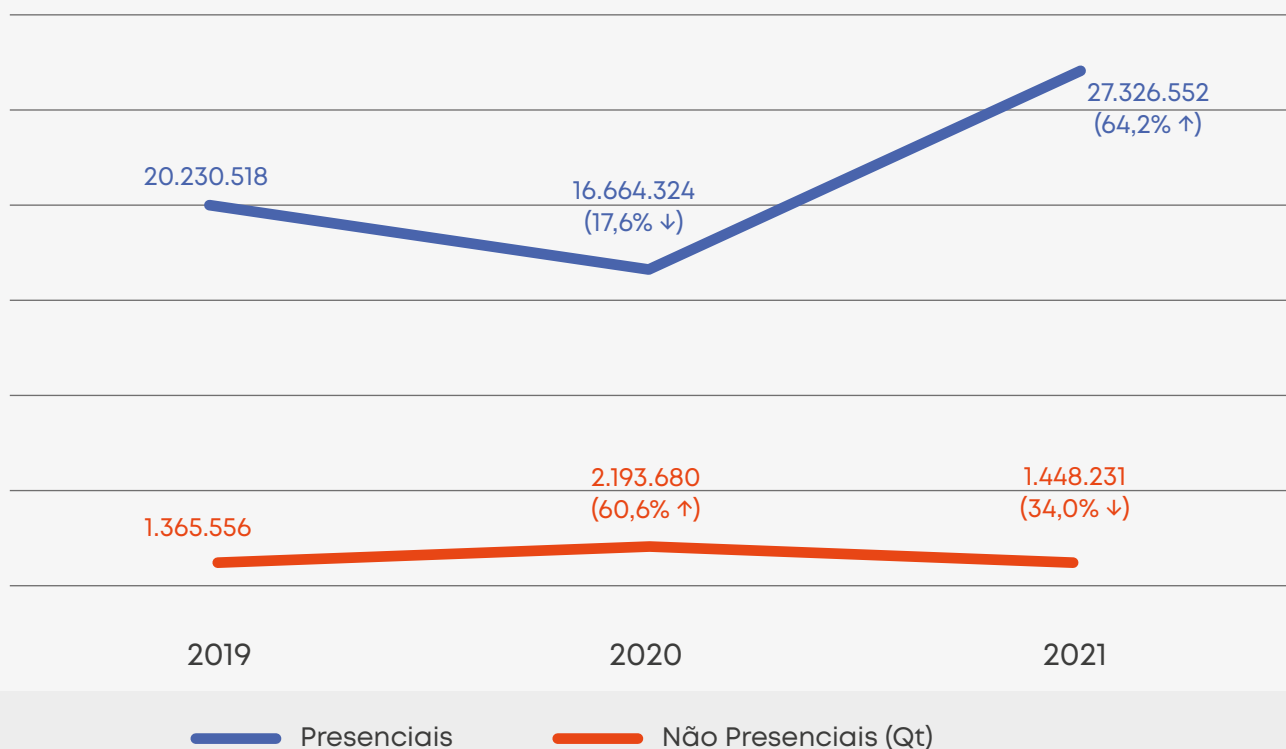
TIPO	2019	2020	2021	Δ 19/20	Δ 20/21	Δ 19/21
Consultas médicas						
Presenciais	20.715.472	12.732.253	14.557.006	-38,5%	14,3%	-29,7%
Não Presenciais ou Inespecíficas	9.241.338	18.518.947	20.150.173	100,4%	8,8%	118%
Domicílio	197.515	130.458	156.914	-34%	20,3%	-20,6%
Total	30.154.325	31.381.658	34.864.093	4,1%	11,1%	15,6%
Contactos de enfermagem						
Presenciais (Qt)	20.230.518	16.664.324	27.362.522	-17,6%	64,2%	35,3%
Não Presenciais (Qt)	1.365.556	2.193.680	1.448.231	60,6%	-34%	6,1%
Total	21.596.074	18.858.004	28.810.753	-12,7%	52,8%	33,4%

Figura 1. Evolução das consultas médicas nos CSP (excluindo os domicílios) 2019-2021

Analisando as consultas médicas apresentadas no **Tabela 1** (consultas médicas) e na **Figura 1**, verificamos uma redução de 38,5% nas consultas presenciais no período 2019/2020 e um aumento de 14,3% no período 2020/2021, ainda assim insuficiente para recuperar a atividade pré-pandemia, uma vez que se regista uma redução de 29,7% entre 2019/2021. Os cuidados ao domicílio seguem a mesma tendência – uma redução de 34% no período 2019/2020, seguida de uma recuperação de 20,3% no período 2020/2021, que apesar de tudo não recuperou a atividade anterior, face à variação negativa de 20,6% entre 2019/2021. Esta tendência é alterada quando analisamos as consultas não presenciais ou inespecíficas com um aumento de 100,4% no período 2019/2020 e um aumento de 8,8% no período 2020/2021.

Conforme se pode verificar na **Figura 1**, que apenas analisa as consultas presenciais e não presenciais, o aumento das consultas não presenciais ou inespecíficas aumentou 118% no período 2019/2020. Embora o tipo de contacto aqui incluído possa ser diverso (apresentação de exames, pedido de receituário, e-mail, teleconsulta, etc.) a leitura destes valores, com os devidos cuidados, parece indicar que os CSP procuraram formas alternativas de dar resposta aos seus utilizadores. Quando analisamos o total de consultas por ano, a tendência, apesar da pandemia, é de crescimento, como seria de esperar uma vez que o acompanhamento médico dos doentes COVID-19 recaiu inteiramente sobre os médicos de família.

Figura 2. Evolução contactos de enfermagem nos CSP 2019-2021



Quanto aos contactos de enfermagem, apresentados no Tabela 1 (contactos de enfermagem) e na **Figura 2**, identificamos igualmente uma redução nos contactos presenciais e um aumento nos contactos não presenciais. Assim, os contactos presenciais diminuem 17,6% no período 2019/2020 e aumentam 64,2% no período 2020/2021, notando-se que a recuperação foi bem superior à quebra anterior verificada (aumento de 35,3% quando olhamos para o período 2019/2020). Por seu turno, os contactos não presenciais aumentaram 60,6% no período 2019/2020 e apresentaram uma diminuição de 34% no período 2020/2021. Apesar desta quebra, quando olhamos para a variação entre 2019/2021 temos um aumento de 6,1%. Tal como nas consultas, os contactos totais de enfermagem, apesar da redução de 12,7% verificada em 2019/2020, tiveram um aumento de 52,8% em 2020/2021 que compensou a quebra verificada no período anterior (uma variação de 33,4% entre 2019/2021).

Em todo este processo é importante salientar que os CSP, apesar de algumas quebras verificadas, evidenciaram um esforço notável na procura de formas alternativas de resposta aos seus utilizadores, a par com o seguimento de doentes com COVID-19 e de todo o trabalho que foi necessário desenvolver no processo de vacinação. De facto, os CSP tiveram um papel preponderante em todo o processo de vacinação tendo Portugal evidenciado uma das mais elevadas taxas de população vacinada do mundo. Os dados do *Our World in Data*⁵ mostravam que em Março de 2022 Portugal ocupava o segundo lugar com 92,57% da população totalmente vacinada e 95,02% dos cidadãos com pelo menos uma dose da vacina.

⁵Disponível em <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

Cuidados de Saúde Hospitalares

Relativamente ao setor hospitalar, foram analisadas as seguintes áreas de atividade: consultas externas (primeiras consultas e consultas subsequentes)⁶, intervenções cirúrgicas nos cuidados de saúde hospitalares⁷, urgências (por tipo de urgência⁸ e episódios⁹), internamentos (doentes saídos)¹⁰, e telemedicina¹¹.

Os principais resultados para estas diferentes linhas de atividade estão resumidos na **Tabela 2**. As células assinaladas a vermelho e texto amarelo identificam diminuição, enquanto as células assinaladas a verde identificam acréscimos na atividade verificada.

Tabela 2. Evolução da atividade hospitalar 2019-2021

TIPO	2019	2020	2021	Δ 19/20	Δ 20/21	Δ 19/21
Consultas externas						
Primeiras	3.574.567	2.997.805	3.516.516	-16,1 %	17,3 %	-1,6 %
Subsequentes	8.845.534	8.132.240	8.896.603	-8,1 %	9,4 %	0,6 %
Total	12.420.101	11.130.045	12.413.119	-10,4 %	11,5 %	-0,1 %
Cirurgias						
Programadas	602.760	488.373	613.535	-19,0 %	25,6 %	1,8 %
Convencionais	204.245	165.987	193.817	-18,7 %	16,8 %	5,1 %
Ambulatório	398.515	322.386	419.718	-19,1 %	30,2 %	5,3 %
Urgentes	101.475	90.614	95.426	-10,7 %	5,3 %	-6,0 %
Total	1.306.995	1.067.360	1.322.496	-18,3 %	23,9 %	1,2 %
Urgências por tipo						
Geral	4.665.806	3.513.885	3.874.779]	-24,7 %	10,3 %	-17,0 %
Pediátricas	1.335.733	706.137	975.585	-47,1 %	38,2 %	-27,0 %
Obstetrícia	417.488	327.198	339.745	-21,6 %	30,2 %	5,3 %
Psiquiátrica	6.533	5.484	6.231	-16,1 %	13,6 %	4,6 %
Total	6.425.560	4.552.704	5.196.340	-29,1 %	14,1 %	-19,1 %

⁶ Disponível em <https://is.gd/JfmabC>.

⁷ Disponível em <https://is.gd/WyPDhZ>.

⁸ Disponível em <https://is.gd/ROon8Z>.

⁹ Disponível em <https://is.gd/4ldYs9>.

¹⁰ Disponível em <https://is.gd/SivSFU>.

¹¹ Disponível em <https://is.gd/GRVpHI>.

TIPO	2019	2020	2021	Δ 19/20	Δ 20/21	Δ 19/21
Urgências por Triagem de Manchester (TM)						
Vermelha	20.285	16.759	17.830	-17,4 %	6,4 %	-12,1 %
Laranja	596.107	460.399	509.631	-22,8 %	10,7 %	-14,5 %
Amarela	2.725.335	1.911.342	2.172.054	-29,9 %	13,6 %	-20,3 %
Verde	2.145.040	1.524.521	1.882.948	-28,9 %	23,5 %	-12,2 %
Azul	88.515	90.198	99.311	1,9 %	10,1 %	12,2 %
Branca	169.472	150.542	147.714	-11,2 %	-1,9 %	-12,8 %
Sem TM	680.806	398.943	366.852	-41,4 %	-8,0 %	-46,1 %
Com TM	5.744.754	4.153.761	4.829.488	-27,7 %	16,3 %	-15,9 %
Total	6.425.560	4.552.704	5.196.340	-29,1 %	14,1 %	-19,1 %
Internamento						
Doentes saídos	756.390	648.433	696.627	-14,3 %	7,4 %	-7,9 %
Internamento						
Primeiras	15.381	18.004	84.745	17,1 %	370,7 %	451,0 %
Subsequentes	14.397	26.471	269.889	83,9 %	919,6 %	1774,6 %
Total	29.778	44.475	354.634	49,4 %	697,4 %	1090,9 %

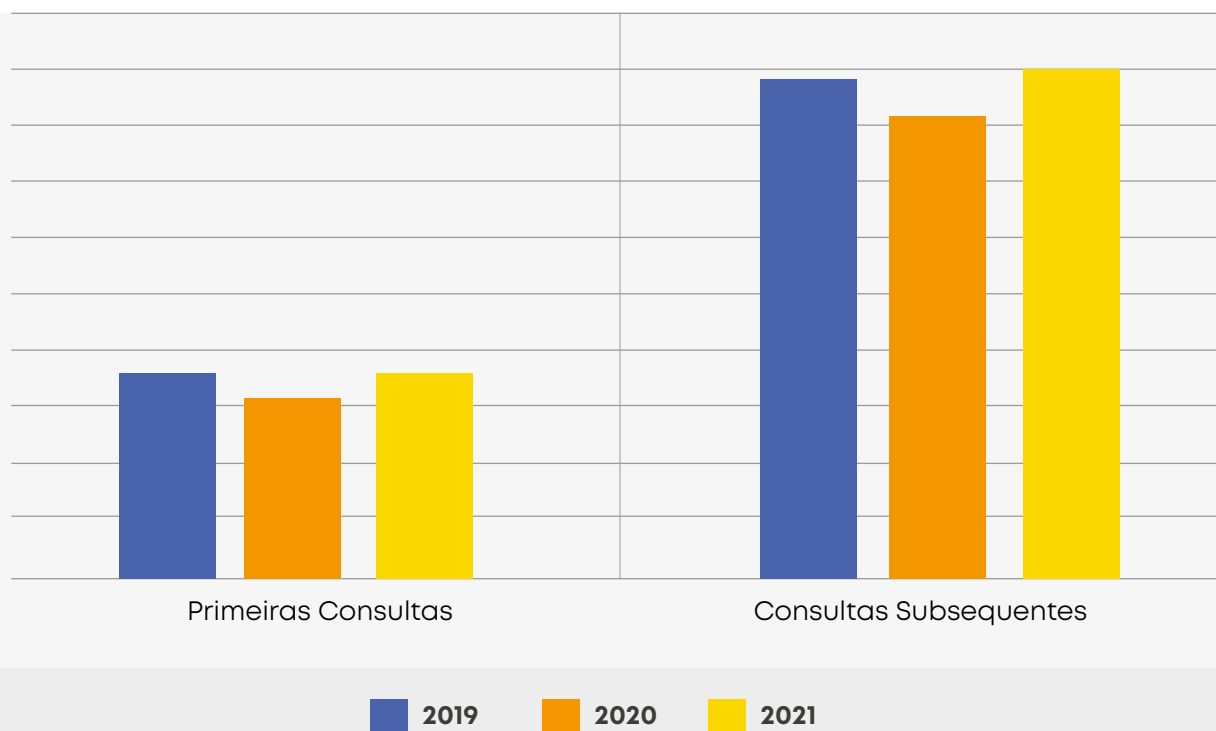
Consultas Médicas Hospitalares

As consultas médicas hospitalares apresentadas na **Tabela 1** e na **Figura 3** mostram uma redução de 10,4 % das consultas totais entre 2019/2020.

A variação de 11,5% de 2020/2021 mostra uma tendência de recuperação. Contudo, quando analisamos a variação 2019/2021 verificamos que a atividade anterior ainda não foi completamente recuperada (-0,1%) mas estará muito próxima de o ser. A tendência repete-se para as primeiras consultas. Com uma redução de 16,1% no período 2019/2020 e uma recuperação de 17,3% no período 2020/2021, é ainda assim insuficiente para recuperar a atividade pré-pandemia uma vez que se regista uma redução de 1,6% no período 2019/2021.

As consultas subsequentes, tal como as anteriores, apresentam uma redução de 8,1% no período 2019/2020 e uma recuperação de 9,4% no período de 2020/2021, que retomou e ultrapassou a atividade pré-pandemia (0,6%).

Figura 3. Evolução das consultas médicas hospitalares 2019-2021



Intervenções Cirúrgicas

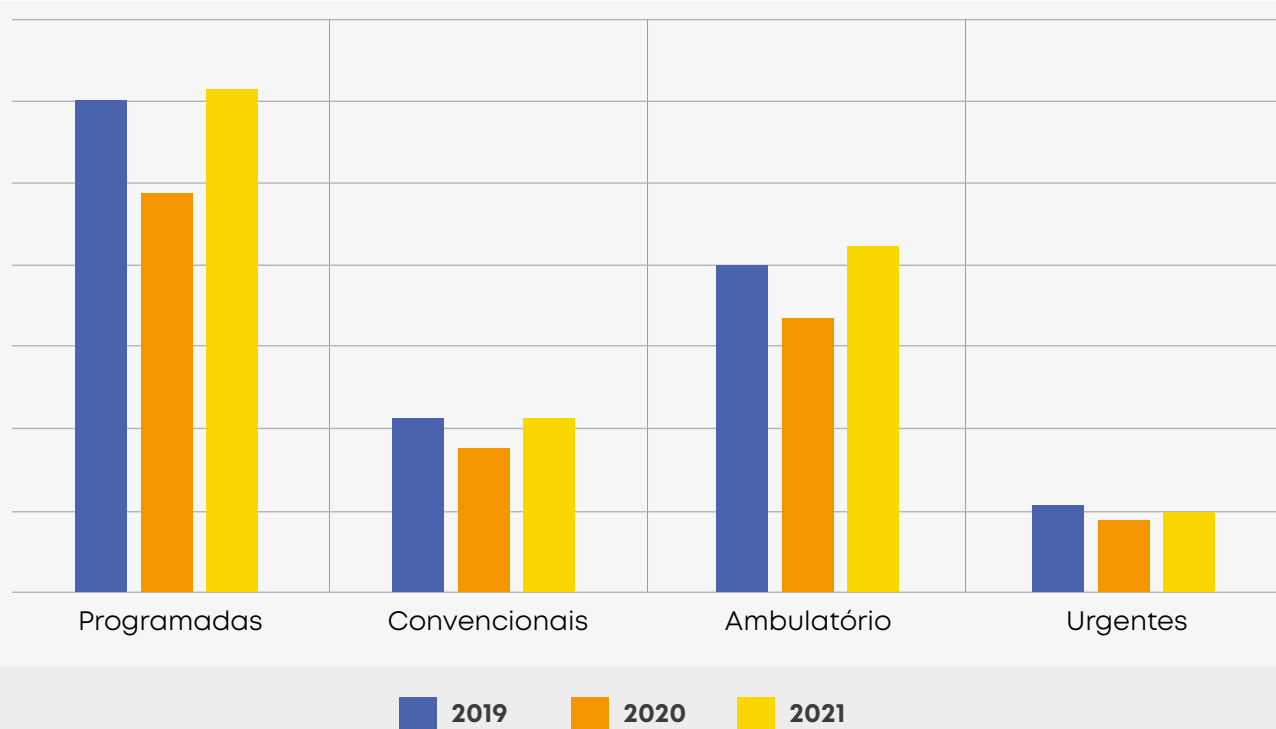
As intervenções cirúrgicas no total, a **Tabela 2** e a **Figura 4** mostram também uma redução de 18,3% no período 2019/2020 e um aumento de 23,9% no período 2020/2021, apresentando uma tendência de recuperação relativamente a 2019 (aumento de 1,2% entre 2019/2021).

As cirurgias programadas¹² apresentaram uma diminuição de 19% no período 2019/2020 e um aumento de 25,6% no período 2020/2021, constando-se a sua recuperação relativamente à pré-pandemia (aumento de 1,8% entre 2019/2021). Por seu turno, as cirurgias convencionais¹³ também apresentaram uma redução de 18,7% no período 2019/2020, seguida de um aumento de 16,8% no período de 2020/2021, que se constata não ser sido o suficiente para recuperar os níveis pré-pandémicos (redução de 5,1% entre 2019/2021).

As cirurgias de ambulatório¹⁴ também apresentaram uma redução de 19,1% no período 2019/2020, seguido de um aumento de 30,2 % no período 2020/2021 verificando-se um crescimento de 5,3% entre 2019/2021.

Por último, as cirurgias urgentes¹⁵, apresentam uma quebra de 10,7% entre 2019/2020 e apesar do aumento de 5,3% em 2020/2021 ainda não estão próximas do nível pré-pandémico (menos 6% entre 2019/2021).

Figura 4. Evolução das intervenções cirúrgicas 2019-2021



¹² Decorrente de admissão programada.

¹³ Programadas, efetuadas em regime de internamento.

¹⁴ Programadas, efetuadas em regime de admissão e alta num período inferior a 24 horas.

¹⁵ Decorrente de admissão urgente ou de situação de saúde percecionada como crítica, no âmbito de internamento.

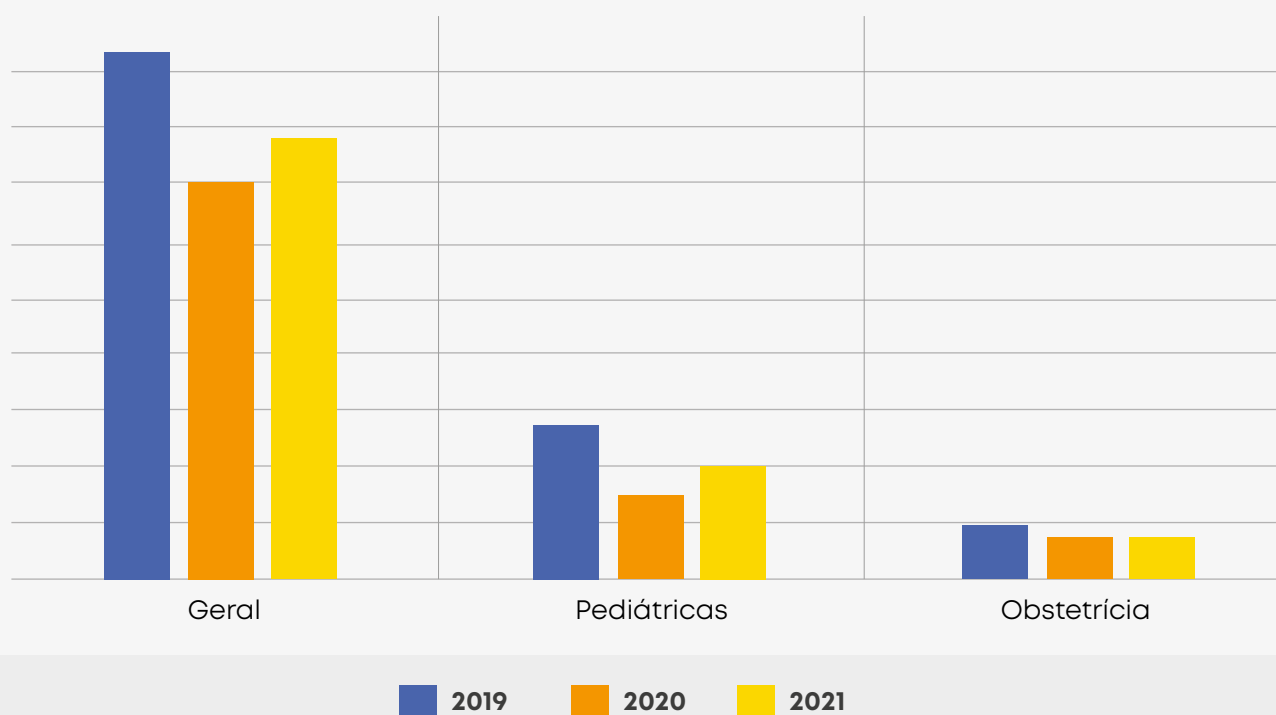
Urgências

Relativamente às urgências, na **Tabela 2** e nas **Figura 5 a Figura 7**, verificamos uma tendência de diminuição de 29,1% no período 2019/2020 e de aumento de 14,1% no período 2020/2021, mesmo assim abaixo do verificado no período 2019/2021 (redução de 19,1%) no período 2019/2020. As maiores reduções verificadas no período 2019/2020 foram as urgências pediátricas (47,1%) e as urgências gerais (24,7%).

Quando olhamos para as urgências sem triagem de Manchester¹⁶ também verificamos uma tendência de diminuição nos vários períodos considerados. As maiores reduções verificadas foram nas cores amarela (29,9%), verde (28,9%) e laranja (22,8%). A análise da cor azul, não urgente, não deixa de ser curiosa, uma vez que teve sempre uma tendência de subida nos vários períodos comparados.

Tendo em conta as queixas dos hospitais relativamente ao excesso de procura nas urgências antes da pandemia, sugerindo que os problemas poderiam e deveriam ser resolvidos noutras áreas de cuidados, nomeadamente nos CSP, esta tendência, com o devido cuidado de análise, pode ser considerada positiva. As urgências consideradas pouco urgentes (verde) diminuíram 28,9% em 2019/2020 e, apesar do aumento de 23,5% no período 2020/2021, ainda estão abaixo dos valores da pré-pandemia (diminuição de 12,2% no período 2019/2020).

Figura 5. Evolução dos atendimentos por tipo de urgência 2019-2021 (não inclui a psiquiatria)



¹⁶ Vermelho – emergente, laranja – muito urgente, amarela – urgente, verde – pouco urgente, e azul – não urgente

Figura 6. Evolução dos atendimentos nas urgências por cor da Triagem de Manchester 2019-2021

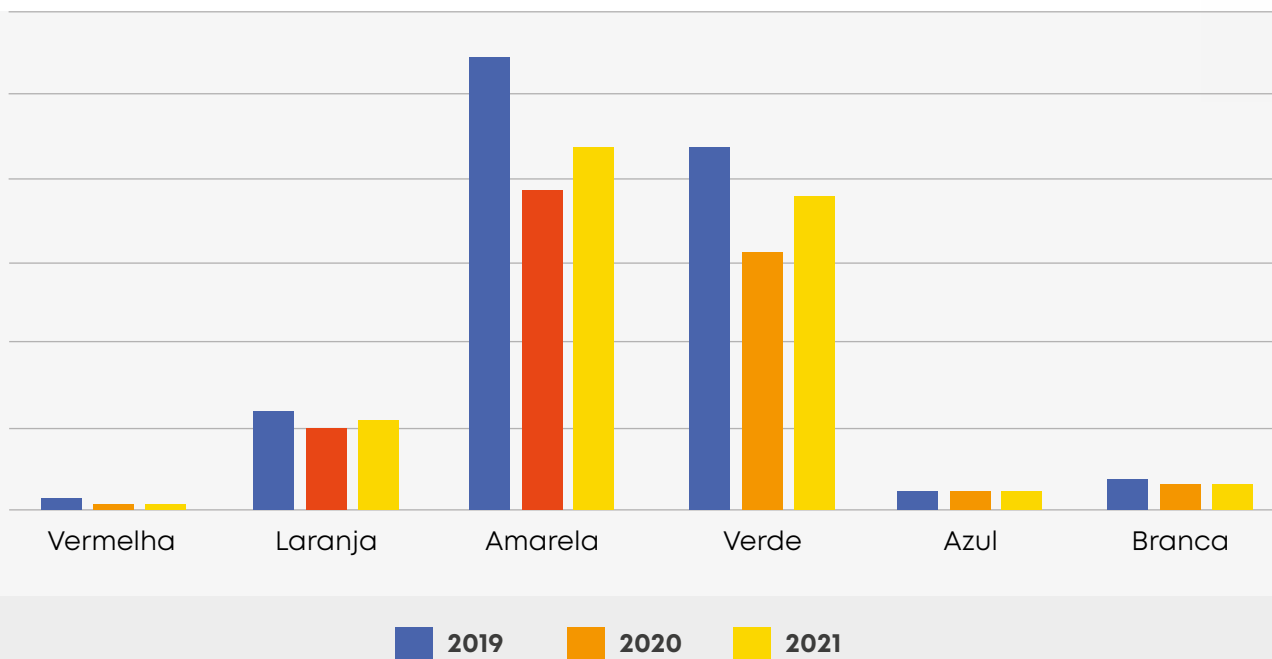
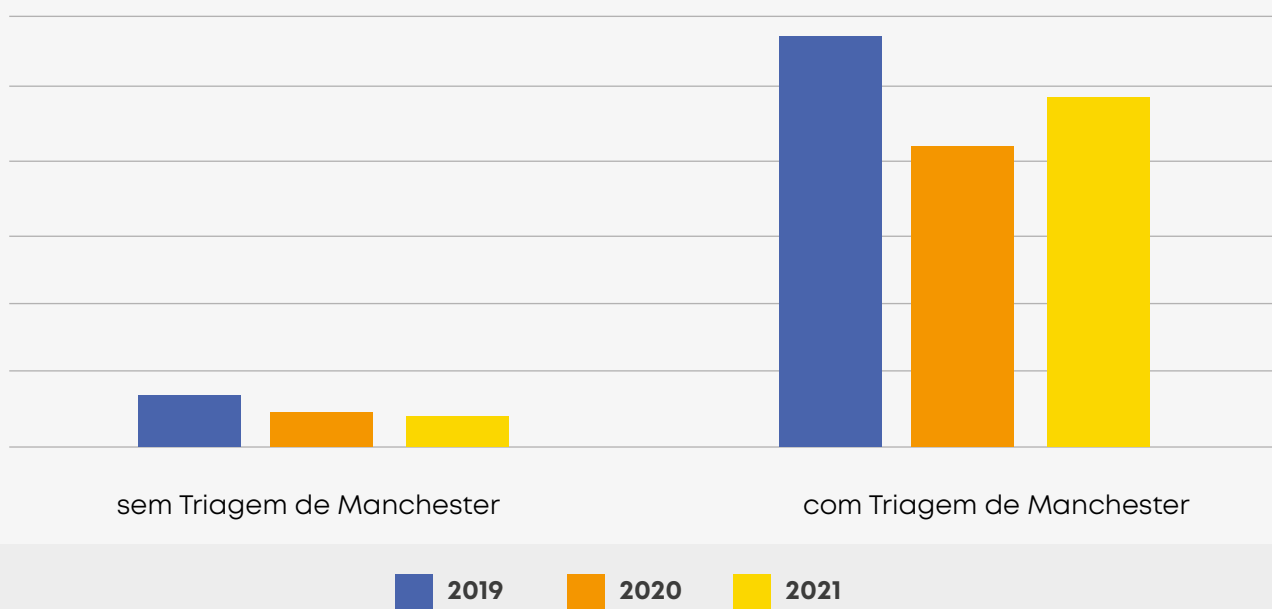


Figura 7. Evolução dos atendimentos nas urgências com e sem Triagem de Manchester 2019-2021

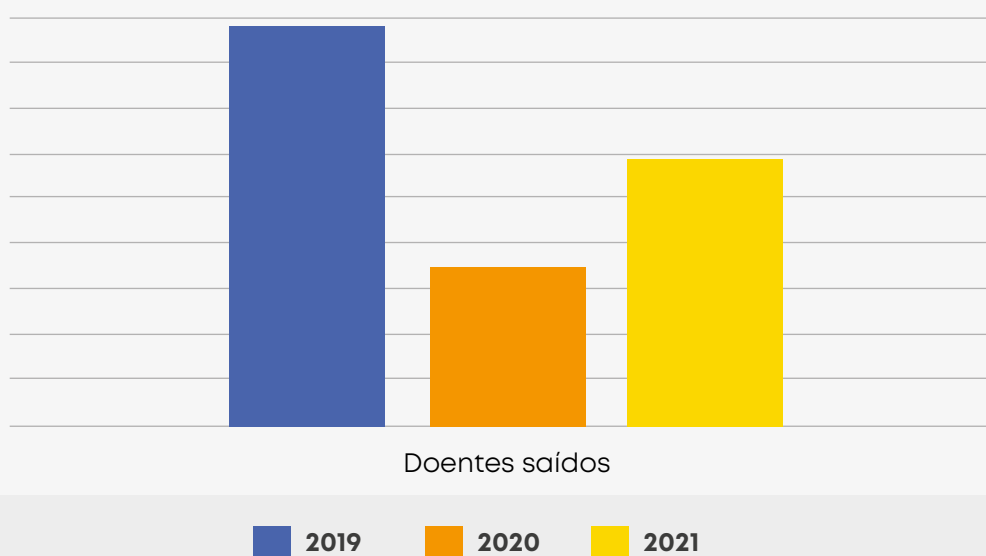


Internamento

Relativamente ao internamento, considerando como referência os doentes saídos com alta, presentes na **Tabela 2** e **Figura 8**, a tendência não se afasta das verificadas anteriormente para outras linhas de atividade analisadas.

Assim, os internamentos tiveram uma diminuição de 14,3% no período 2019/2020, com um aumento de 7,4% no período 2020/2021, ainda assim não suficiente para recuperar os valores anteriores à pandemia (redução de 7,9% no período 2019/2021).

Figura 8. Evolução da atividade de internamento hospitalar 2019-2021

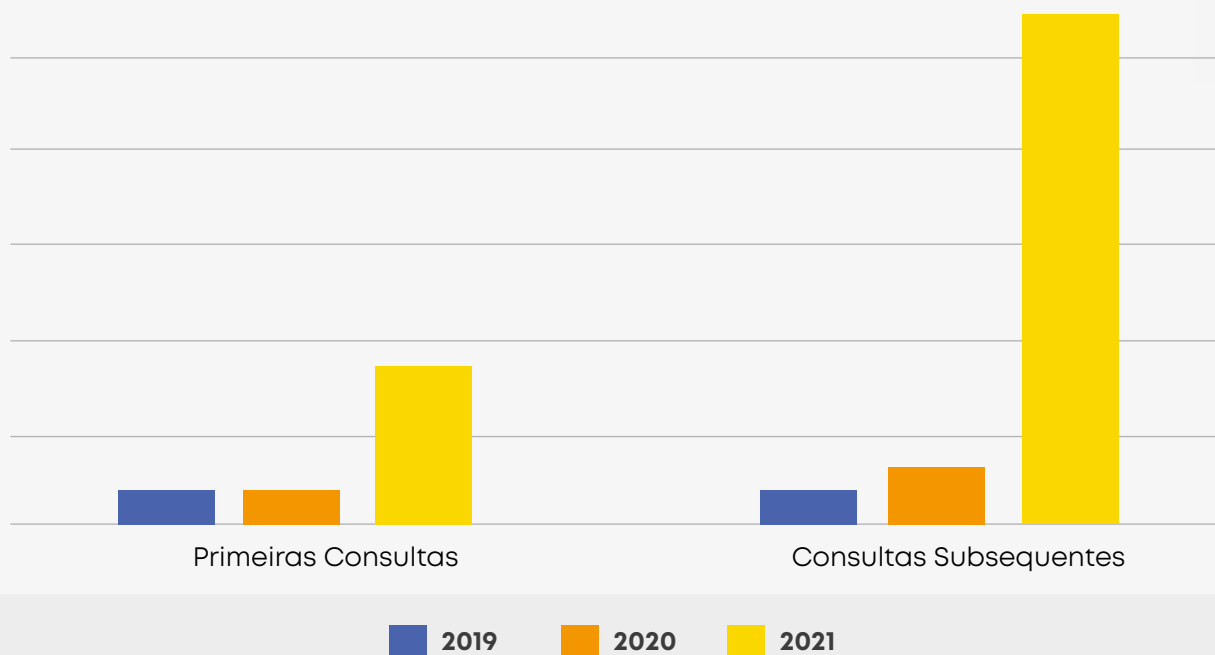


Atividade de Telemedicina

Por último, nas atividades de telemedicina, na **Tabela 2** e na **Figura 9**, verificamos que a tendência de aumento tem sido constante nos vários períodos em análise.

As primeiras consultas aumentaram 17,1% no período 2019/2020 e 370,7% no período 2020/2021, representando um aumento de 451% quando comparamos 2019/2021.

De igual forma, as consultas subsequentes aumentaram 83,9% no período 2019/2020 e 919,6% no período 2020/2021, representando um aumento de 1774,9% quando comparamos 2019/2021.

Figura 9. Evolução das consultas de telemedicina 2019-2021

A resposta inicial no período 2019/2020, apesar de ser positiva (aumento), é mais ténue quando comparamos com o período 2020/2021, onde identificamos um aumento substancial (ainda maior quando comparamos 2019/2020). Estes números sugerem que os hospitais procuraram compensar as suas quebras de atividade utilizando como recurso a telemedicina para dar resposta às necessidades dos doentes num contexto epidemiológico adverso.

Evidentemente que se coloca a questão de saber se esta resposta se irá manter no futuro, garantindo as condições técnicas e humanas para o efeito, bem como se os investimentos necessários serão concretizados. Outra questão de futuro é avaliar se este tipo de resposta corresponde às necessidades da procura que se verificaram noutras linhas de atividade. Esta evolução, tal como a verificada nos CSP (consultas não presenciais ou inespecíficas), aponta para a importância cada vez maior da telessaúde¹⁷.

À semelhança do encontrado na literatura internacional, Portugal apresentou reduções nas várias linhas de produção hospitalar e aumentos na área da telemedicina. Tal como nos CSP, é importante realçar que os hospitais tiveram de encontrar formas alternativas de responder às necessidades da procura e novas formas de organizar os seus serviços. Para além da pressão associada aos internamentos de casos de COVID-19, que obrigaram à criação e adaptação de novos espaços para colocar esses doentes, a pressão foi maior nos cuidados intensivos e na medicina interna.

¹⁷ Aconselhamos a leitura do ponto “Tendências da utilização da telessaúde” neste capítulo e também o ponto “A dimensão da saúde digital em Portugal” no capítulo 3.

Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

A mesma tendência de queda (19,2%) é encontrada quando analisamos os MCDTs no período 2019/2020 (Tabela 3). Para além dos exames não participados (96,6%), as quedas mais relevantes foram nos exames de psicologia (60%), eletroencefalografia (49,8%), otorrinolaringologia (47,5%), pneumologia e imunoalergologia (42,8%), anatomia patológica (36,9%), medicina física e de reabilitação (30,5%), e cardiologia (30%).

No período 2020/2021, assiste-se a um aumento total de 39% dos atos aceites de MCDTs. O aumento é generalizado em praticamente todas as áreas com exceção da neurofisiologia (redução de 29,7%).

Quando comparamos o período 2019/2020, encontramos um aumento de 10,6% no total de atos aceites; contudo, há áreas que ainda estão abaixo da atividade anterior à pandemia – exames não participados (44,9%), eletroencefalografia (43,1%), neurofisiologia (41,6%), otorrinolaringologia (22,7%); especialidades médico-cirúrgicas (13,9%) e radiologia (3,3%).

Tabela 3. Evolução dos exames convencionados por área MCDTs (atos aceites) 2019-2021

TIPO	2019	2020	2021	Δ 19/20	Δ 20/21	Δ 19/21
Análises Clínicas	52.674.718	42.570.706	58.268.644	-19,2 %	36,9 %	10,6 %
Anatomia Patológica	553.428	349.016	592.785	-36,9 %	69,8 %]	7,1 %
Cardiologia	1.442.490	1.009.705	1.474.632	-30 %	46 %	2,2 %
Eletroencefalografia	9.622	4.828	5.472	-49,8 %	13,3 %	-43,1 %
Endoscopia Gastro-enterológica	1.296.895	910.662	1.332.065	-29,8 %	46,3 %	2,7 %
Especialidades Médico-Cirúrgicas	18.959	15.540	16.316	-18 %	5 %	-13,9 %
Exames não Participados	17.081	589	9.407	-96,6 %	1497,1 %	-44,9 %
Medicina Física e de Reabilitação	44.614.099	30.989.851	44.821.948	-30,5 %	44,6 %	0,5 %
Medicina Nuclear	37.464	26.144	38.541	-30,2 %	47,4 %	2,9 %
Neurofisiologia	24.473	20.310	14.282	-17 %	-29,7 %	-41,6 %
Otorrinolaringologia	35.873	18.843	27.722	-47,5 %	47,1 %	-22,7 %
Pneumologia e Imu-noalergologia	126.350	72.263	141.146	-42,8 %	95,3 %	11,7 %
Psicologia	40	16	45	-60 %	181,3 %	12,5 %
Radiologia	5.939.058	4.211.628	5.744.970	-29,1 %	36,4 %	-3,3 %
Urologia	56	46	129	-17,9 %	180,4 %]	130,4 %
Total	52.674.718	42.570.706	58.268.644	-19,2 %	36,9 %	10,6 %

NECESSIDADES NÃO SATISFEITAS EM SAÚDE

A evolução das necessidades não satisfeitas em tempo de pandemia, quer de saúde (Eurofound, 2021; European Commission, 2022; OECD, 2021), quer de apoio, nomeadamente financeiro (Eurofound, 2020), são analisadas em diversos relatórios e em artigos científicos (Miralles et al., 2021; Moynihan et al., 2021) considerando perspetivas diversas. O nível de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde encontrados em inquéritos internacionais varia de forma diversa devido aos diferentes métodos e aproximações que são utilizadas (OECD, 2020). Os inquéritos existentes¹⁸ são utilizados de forma distinta pelas diversas instituições internacionais (OCDE, Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde, União Europeia, etc.), de acordo com o tipo de análise e os países que são analisados. O Eurofound, no contexto da pandemia, criou o *Eurofound Living, Working and COVID-19 Survey* para capturar a experiência de viver e trabalhar durante a pandemia¹⁹, incluindo uma componente de saúde²⁰, com o objetivo de ajudar os decisores políticos na definição de políticas de recuperação igualitárias associadas à crise da pandemia.

Em 2021, o relatório “*Health at Glance 2021*” (OECD, 2021) foca sobretudo o acesso aos serviços de saúde e a interrupção que ocorreu globalmente na prestação, nomeadamente na área da saúde mental. Utilizando dados do Eurofound para o período 2020/2021, de acordo com este relatório, em 2020 a crise da COVID-19 limitou o acesso aos serviços de saúde na maioria dos países da OCDE, sendo que nos 23 países da OCDE que possuem dados comparáveis, em média mais de uma em cada cinco pessoas mencionou ter renunciado a exames médicos ou a tratamentos necessários durante os primeiros 12 meses da pandemia. Portugal, Hungria e Letónia foram os países onde os valores relatados foram maiores (com mais de um terço da população a reportar ter abdicado de exames médicos ou tratamentos necessários durante a primeira onda da pandemia), enquanto a Dinamarca, Áustria e Alemanha foram os países onde esses valores se apresentavam mais baixos (menos de 15%). De acordo com este relatório, a adoção de serviços de tele-saúde foi um dos ajustes nas políticas de saúde que permitiu mitigar o impacto da redução verificada.

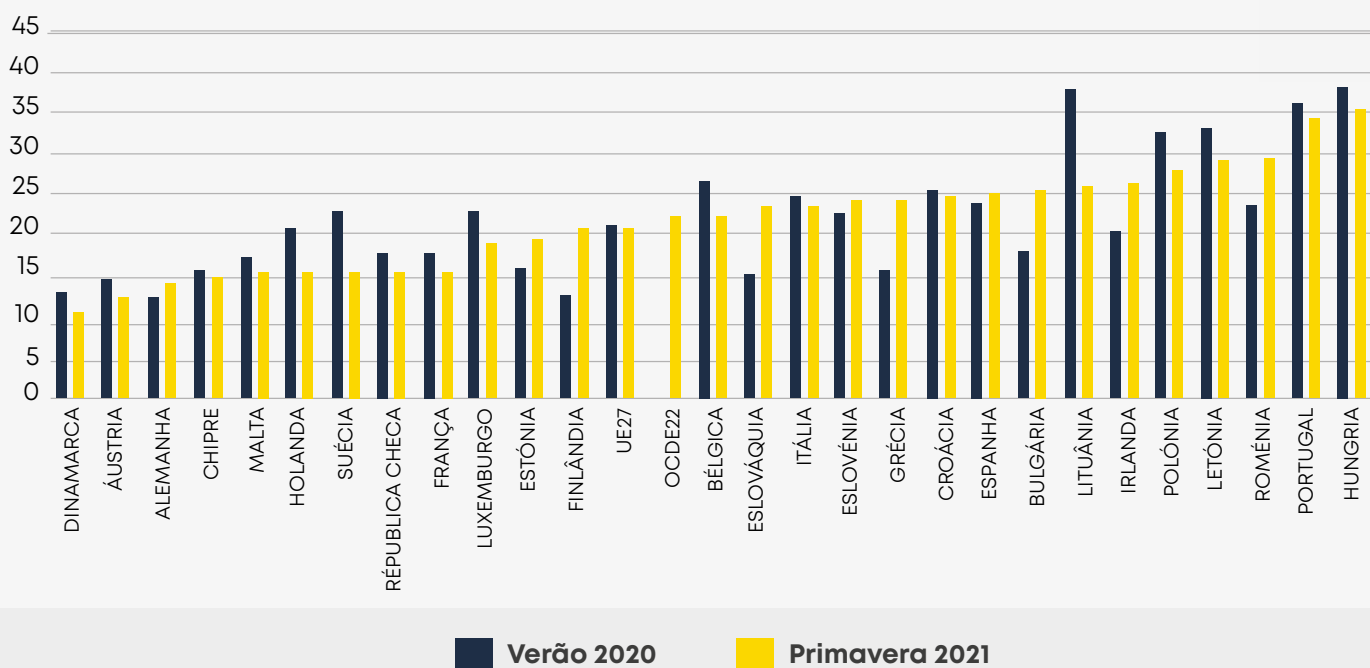
Também em 2021, o Eurofound atualiza o seu relatório “*Living, working and COVID-19*” (Eurofound, 2021) focando as interrupções nos serviços essenciais de saúde e as necessidades não satisfeitas em saúde. Este relatório menciona que, apesar da recuperação verificada nas várias áreas de cuidados, existem ainda problemas no acesso aos cuidados de saúde em alguns países da Europa. Verificou-se que mais de um quinto (21%) dos inquiridos faltou a um exame ou tratamento médico durante a pandemia; no entanto, registou-se um aumento em vários países e uma diminuição em outros (**Figura 10**) de necessidades de saúde não satisfeitas entre o verão de 2020 e a Primavera de 2021. Em 2021, as necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde foram maiores na Hungria, Portugal (35,9% no Verão de 2020 e 34,2% na Primavera de 2021) e Letónia.

¹⁸ Existem pelo menos cinco inquéritos que abordam esta temática: o *European Union Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC, mais informação em <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>), o *European Health Interview Survey*, o *Commonwealth Fund International Health Policy Survey* (mais informação em <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>), o *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE, mais informação em <http://www.share-project.org>) tendo sido criada uma versão específica, SHARE COVID-19, para refletir o contexto da pandemia e a procura de cuidados médicos, e o *Eurofound Living, Working and COVID-19 Survey* (mais informação em <https://www.eurofound.europa.eu/data/covid-19>).

¹⁹ Foram recolhidas várias ondas: A primeira onda foi iniciada a 9 de abril de 2020, quando a maioria dos Estados-Membros estava no primeiro confinamento; a segunda onda foi iniciada a 2 de julho de 2020, quando as economias e as sociedades foram reabrindo gradualmente; a terceira onda foi lançada em Março de 2021, quase um ano depois, quando os países ainda estavam a lidar com diferentes níveis de confinamento; a quarta onda foi lançada em Outubro/Novembro de 2021, contactando novamente apenas os entrevistados do painel para possibilitar o acompanhamento dos desenvolvimentos observados desde o início da pandemia; a última onda, a quinta, foi lançada de 29 de Março a 2 de Maio de 2022, procurando analisar como a vida mudou na Europa nos últimos dois anos.

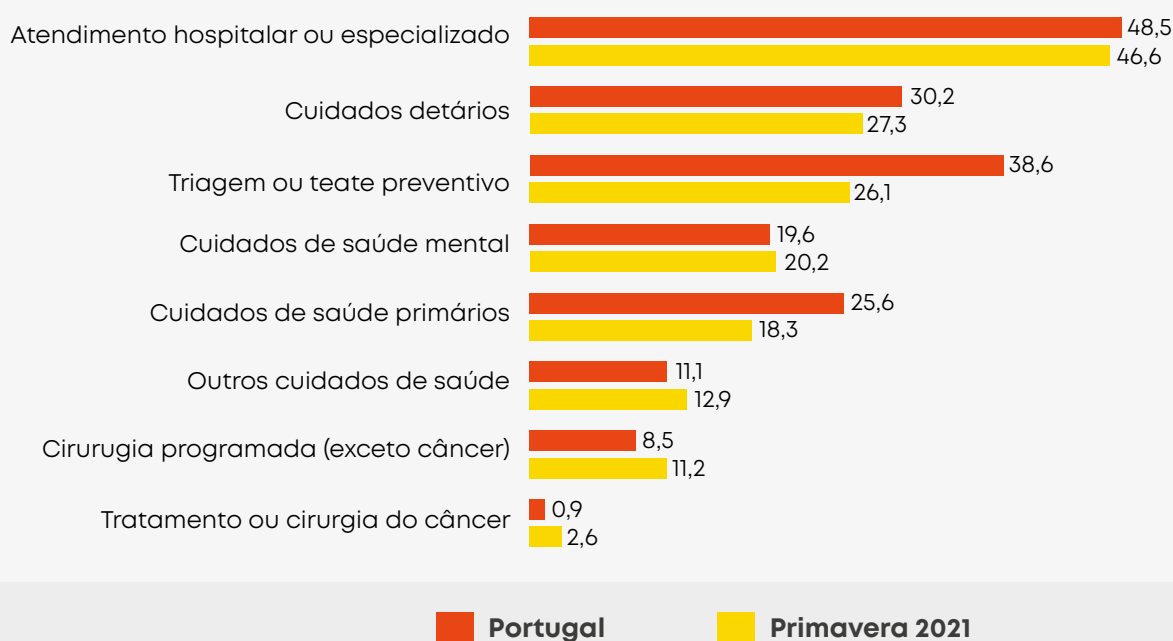
²⁰ Na componente da saúde perguntou-se às pessoas nos 22 países da OCDE se, desde o início da pandemia, precisaram de um exame médico ou tratamento que não receberam e procurou-se também perceber quais os tipos de necessidade por tipo de cuidados.

Figura 10. Necessidade não satisfeitas de cuidados de saúde durante a pandemia por país, UE27 e OCDE 22 (%) [Adaptado de Eurofound (2021) e (OECD, 2021)]



Na **Figura 11** estão representados os tipos mais comuns de necessidades não satisfeitas²¹ identificadas nesse relatório do *Eurofound*.

Figura 11. Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde por tipo de cuidados de saúde, Primavera de 2021, UE27 e situação portuguesa (%) [Adaptado de *Eurofound* (2021)]



²¹ Os dados apenas estão disponíveis para a Primavera de 2021, uma vez que não foram recolhidos nos períodos anteriores

Os dados estão ordenados de forma ascendente para os valores europeus e contrapõem a realidade para Portugal (para o período da Primavera de 2021). Os valores de necessidades não satisfeitas para Portugal seguem praticamente os da EU27 com valores ligeiramente superiores no atendimento hospitalar e nos cuidados dentários. Apresentam valores mais elevados na triagem ou teste preventivo e cuidados de saúde primários. Nos cuidados de saúde mental, outros tipos de cuidados, cirurgia programada (exceto cancro) e tratamento ou cirurgia oncológica apresentam valores mais baixos do que os observados na EU27.

Por último, o relatório “*State of Health in the EU - Companion Report 2021*” (European Commission, 2022) menciona que a pandemia interrompeu o acesso a cuidados de saúde não-COVID para muitos pacientes uma vez que as medidas para aumentar a resposta aos casos de COVID-19 foram acompanhadas por uma desaceleração ou suspensão temporária de cuidados hospitalares não urgentes e não-COVID-19, que se estendeu a outras atividades, quer dos hospitais (ambulatório, internamentos, consultas externas, etc.), quer dos cuidados de saúde primários, identificando tempos de espera mais elevados nos diversos países. Para o caso de Portugal, o relatório menciona que mais de um terço (34%) dos portugueses relataram algumas necessidades de saúde não satisfeitas durante os primeiros 12 meses da crise pandémica, valor muito superior à média da UE de cerca de 21%.

Recentemente, Lourenço et al. (2022) realizaram um estudo sobre o impacto da COVID-19 nas necessidades não satisfeitas em saúde em pessoas com 50 ou mais anos. Para o efeito utilizaram dados de 1118 portugueses, recolhidos entre junho e agosto de 2020 através do *SHARE COVID-19*, sobre necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas (por receio de ser infetado, por cancelamento por parte dos serviços de saúde, por solicitação de consulta não atendida). Os resultados mostram que cerca de 60% dos inquiridos reportaram pelo menos uma necessidade não satisfeita (quase o dobro da média europeia), sendo o motivo mais frequente o cancelamento por parte dos serviços de saúde. Segundo o estudo, a prevalência de necessidades não satisfeitas diferiu consoante o nível de rendimento e o estado de saúde, com os índices a comprovarem a sua concentração nos indivíduos com pior estado de saúde. Tendo em conta estes resultados, os autores concluem que, dada a associação entre necessidades não satisfeitas e a subsequente deterioração da saúde, estes resultados constituem um alerta para o futuro próximo.

Também Tavares (2022), recorrendo aos mesmos dados do *SHARE COVID-19*, analisa a experiência dos idosos europeus com 50 ou mais anos com cuidados de saúde não atendidos (procura de cuidados médicos) durante a pandemia de COVID-19. De acordo com o estudo, a percentagem de pessoas na UE com mais de 50 anos a relatar cuidados de saúde não atendidos durante a pandemia varia muito de país para país. Portugal é o quarto país com a maior percentagem relatada (32%). As razões (desistência, adiamento, recusa) para o registo de cuidados de saúde não satisfeitos nos países da UE também são diferentes e não existe um padrão único. Para a razão de adiamento pelo prestador, Portugal apresenta o segundo valor mais elevado (25,67%). Um resultado interessante do estudo é que, em países caracterizados por altos níveis de necessidades de saúde não atendidas, as pessoas com mais de 65 anos, no ano imediatamente anterior ao da pandemia (2019), e após o controlo de um conjunto de variáveis individuais e agregadas, reportam uma menor falta de cuidados médicos do que nos países que em 2019 se caracterizaram por menores níveis de necessidades em saúde não satisfeitas. Tendo em conta que Portugal apresenta sistematicamente valores mais elevados de necessidades não satisfeitas, este resultado de Tavares (2022) pode indicar que o potencial aumento de necessidades em saúde não satisfeitas verificado em Portugal pode não ter sido tão grande quando comparado com países que apresentam valores mais baixos de necessidades em saúde não satisfeitas.

O Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (DGS, 2021) expressa também a preocupação com as necessidades não satisfeitas de cuidados médicos. Recorrendo a relatórios já aqui apresentados, é mencionado que durante os primeiros 12 meses da pandemia de COVID-19 a proporção de necessidades não satisfeitas de cuidados médicos terá aumentado em Portugal, estimando-se que, para os primeiros 12 meses da pandemia, cerca de 34% das pessoas

inquiridas reportou falta destes cuidados, valor este superior à média da OCDE (22%). Também é salientado que os estudos disponíveis sobre a proporção de necessidades não satisfeitas de cuidados médicos por rendimento mostram o elevado desfasamento entre os resultados declarados pela população de baixo e de elevado rendimento, sendo superior nas pessoas incluídas no quintil de rendimentos mais baixo.

Também o Instituto Nacional de Estatística (INE), na análise provisória dos dados do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento em Portugal (INE, 2021b), indica o aumento da proporção de necessidades não satisfeitas de consultas médicas em 2020, contrariando a tendência decrescente dos cinco anos anteriores. Todas estas tendências devem ser objeto de análise por parte dos decisores políticos.

TENDÊNCIAS DA UTILIZAÇÃO DA TELESSAÚDE

A pandemia COVID-19 criou a necessidade de respostas alternativas na prestação de cuidados de saúde, tendo em conta o facto de as instalações de saúde poderem ser fontes de contágio e de ser necessário evitar os contactos diretos (face a face) entre profissionais de saúde e os doentes (Trisha Greenhalgh et al., 2020), de forma a minimizar os potenciais impactos da doença e os impactos económicos financeiros associados à pandemia. A utilização da telessaúde, nas suas variantes, foi uma das respostas adotadas cuja utilização crescente é evidenciada em vários estudos e trabalhos realizados.

Analisando o impacto da pandemia COVID-19 na utilização de cuidados de saúde, Moynihan et al. (2021) apontam para a redução nas visitas de saúde, admissões, diagnósticos e terapêutica, mas um aumento nos cuidados prestados no formato da telemedicina. Esse aumento está relacionado, por exemplo, com a prestação de cuidados de saúde urgentes e não urgentes (Mann et al., 2020), na utilização de cuidados de ambulatório (Patel et al., 2021a; Patel et al., 2021b) ou as consultas por vídeo ou telefone nos cuidados primários e hospitalares (T. Greenhalgh et al., 2020; Trisha Greenhalgh et al., 2020). De acordo com Fagherazzi et al. (2020), a telemedicina foi utilizada como um modelo de assistência médica bem-sucedido nas urgências e nos cuidados de saúde primários na diminuição do risco de infeção associado.

Numa revisão sistemática sobre a utilização da telessaúde durante a pandemia COVID-19, Garfan et al. (2021) mencionam que a utilização de diferentes tecnologias, incluindo a telessaúde, foi maximizada para mitigar os riscos e consequências da doença, tendo sido amplamente utilizada devido à sua usabilidade e segurança na prestação de serviços de saúde. De acordo com os autores, essa tendência provavelmente irá acentuar-se ainda mais no futuro sendo a validação das tecnologias de telessaúde os próximos passos para melhorar a sua utilidade e a completa implementação nos sistemas.

Por seu turno, Kaye et al. (2021), analisando o impacto económico da pandemia COVID-19 nas instalações e nos sistemas de saúde, concluem que estratégias alternativas, como a telemedicina, rapidamente se estabeleceram em instalações de saúde em todo o mundo. Tal como os autores anteriores, também aferem que a telemedicina é uma solução cuja aplicação será crescente no pós-pandemia.

Por último, Berenson et al. (2020), numa perspetiva de financiamento, fazem uma revisão dos diferentes métodos de pagamento, mas também uma reflexão sobre as alterações organizacionais relacionadas com novas formas de comunicação entre os utilizadores e as unidades de saúde cujo desenvolvimento e implementação se acentuou com a pandemia COVID-19. As chamadas telefónicas, visitas virtuais face a face, a revisão e avaliação de exames submetidos através de e-mail, os portais para os doentes, a monitorização remota de dados através de dispositivos médicos conectados e a partilha de dados de saúde na consulta com profissionais de saúde remotamente são algumas das mudanças organizacionais, que serão mantidas e incentivadas, mas que trazem consigo desafios no que se refere aos modelos de pagamento.

De igual forma, diversos relatórios internacionais (*Eurofound, 2021; European Commission, 2022; OECD, 2021*) acentuam a importância crescente da telessaúde para mitigar a desaceleração ou suspensão temporária de cuidados hospitalares não urgentes e não-COVID-19, bem como dos cuidados de saúde primários e para proteger doentes e trabalhadores de infeções. De acordo com esses relatórios, os países introduziram novas políticas para apoiar e incentivar a rápida adoção de ferramentas digitais de saúde durante a pandemia de COVID-19 (*European Commission, 2022*).

Em Portugal, de acordo com várias instituições portuguesas, o recurso à telessaúde foi também relevante para conter a redução da atividade presencial e uma forma de adaptação ao novo contexto por parte dos prestadores de cuidados.

A Entidade Reguladora da Saúde (2020), comparando os períodos homólogos de Janeiro-Maio de 2019 e de 2020, menciona o aumento significativo do volume de consultas por telemedicina, sendo mais evidente a partir de Março, tendo atingido os 52% em Abril. A mesma entidade sublinha que este aumento revela um efeito de substituição expectável, e pode ser interpretado como resultado de uma adaptação ao novo contexto por parte dos prestadores e profissionais de saúde, que encontraram na telemedicina uma forma de assegurar a continuidade na prestação de cuidados aos utilizadores.

Por seu turno, o Tribunal de Contas (2020), comparando os períodos homólogos entre Março e Maio de cada ano, menciona que o recurso à teleconsulta, entre 2019 e 2020, foi relevante para contrapor a redução da atividade presencial nos cuidados de saúde primários, embora nos cuidados de saúde hospitalares a realização deste tipo de consultas se tenha mantido residual. É também mencionado que os efeitos da redução da atividade programada na saúde da população foram mitigados, em certa medida, com medidas como o incentivo à utilização da telemedicina para a triagem inicial dos utentes e para a realização de consultas.

A ACSS (2021), comparando 2019 com 2020, menciona as alterações nas rotinas do trabalho dos profissionais e a adoção de novas formas de interação e de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente através da utilização de tecnologias de informação e comunicação. Nos cuidados de saúde primários, parte da atividade programada foi realizada através de consultas não-presenciais, tendo as mesmas duplicado no período em análise.

A análise dos dados mais recentes do Portal da Transparência SNS, conforme discutido anteriormente nos pontos relativos aos CSP (Quadro 1 e Figura 1) e aos hospitais (Quadro 2 e Figura 9), está alinhada com as conclusões dos estudos internacionais e os relatórios nacionais e consolida ainda mais a tendência detetada anteriormente. De facto, o recurso à telemedicina, e outras variantes da telessaúde, foi uma das alternativas encontradas para responder à necessidade de respostas à prestação de cuidados de saúde fora do espaço hospitalar e de prestação de cuidados a fim de travar as linhas de transmissão e contágio do vírus SARS-CoV-2.

Tal como mencionado, coloca-se a questão de saber i) se esta resposta se irá manter no futuro, garantindo as condições técnicas e humanas para o efeito, bem como o desenho de incentivos que promovam estas práticas, e ii) se este tipo de resposta responde integralmente às necessidades de cuidados de saúde nos diversos níveis e tipologias de cuidados.

CONCLUSÕES

Os impactos da pandemia COVID-19 tiveram profundos reflexos sociais e económicos. Ao nível da utilização de cuidados de saúde, a evidência é unânime quanto à redução da prestação de cuidados de saúde em diversas linhas de atividade, nomeadamente nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares. Em Portugal, à semelhança do que aconteceu noutros países, a necessidade de dar resposta à pandemia COVID-19 levou à adoção de medidas que condicionaram a realização da atividade programada o que colocou diversos desafios às organizações de saúde. Estes desafios sentidos, quer de organização, quer de prestação de cuidados, emergiram sobretudo pela necessidade de reduzir a circulação e concentração de pessoas no mesmo espaço físico. Evidência estatística comprova as quebras nas consultas presenciais (CSP e hospitalares), urgências, consultas externas, cirurgias, e internamentos. A importância das TIC e da telessaúde foi identificada como uma resposta eficaz na mitigação dos impactos identificados.

Os dados públicos analisados para Portugal nos diversos períodos confirmam essa redução no período 2019/2020 e a recuperação em algumas linhas de atividade no período 2020/2021. Contudo, quando comparado o período 2019/2021, pré-pandemia e pós-pandemia com alguma recuperação, constata-se que os níveis da pré-pandemia ainda não foram repostos. Existem algumas exceções, com especial destaque nas consultas dos cuidados de saúde primários (consultas médicas não presenciais ou inespecíficas) e nas consultas hospitalares por telemedicina. A evidência mostrou que o crescente uso da telessaúde, nas suas diversas variantes, ajudou a amortecer o impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados ao longo de 2020 e de 2021.

Quanto aos níveis de atividade nas diversas linhas de atividade em Portugal, uma questão que deve ser ponderada é se no pós-pandemia se pretende repor em todas as linhas os níveis verificados na pré-pandemia. Por exemplo, tendo em conta as queixas dos hospitais relativamente ao excesso de procura nas urgências antes da pandemia, sugerindo que os problemas poderiam e deveriam ser resolvidos noutras áreas de cuidados, nomeadamente nos CSP, esta reposição poderá ser equacionada e estendida a outras áreas de cuidados.

Relativamente às necessidades não satisfeitas em saúde, a evidência, ainda que baseada em inquéritos internacionais com métodos e aproximações diferentes, aponta para o seu aumento desde o início da pandemia COVID-19 em praticamente todos os países. Para Portugal, a evidência aponta para uma tendência do aumento das necessidades não satisfeitas em saúde, encontrando-se uma prevalência de valores superiores em Portugal relativamente aos valores médios da OCDE 22 ou EU27 (consoante os estudos) e que esta difere consoante o nível de rendimento e o estado de saúde, com os índices a comprovarem a sua concentração nos indivíduos com pior estado de saúde e de rendimentos mais baixos.

A comparação entre os diversos inquéritos é difícil tendo em conta as diferentes metodologias utilizadas (população considerada, gama de serviços e bens de saúde abrangidos, razões para as necessidades não satisfeitas, o texto e a ordem das perguntas, a inclusão de cuidados adiados e dispensados na definição de necessidades não satisfeitas), pelas novas condições criadas com a pandemia COVID-19 (o receio de ser infetado, e as quebras e a desaceleração ou suspensão temporária de cuidados verificadas), e pela própria noção de necessidade que não é comparável. Apesar destas dificuldades, os resultados nesta área devem ser analisados pelos decisores políticos e tidos em conta no planeamento das respostas que se pretendem para o futuro.

A análise da redução global na utilização de serviços de saúde e os níveis que se pretendem repor, bem como o aumento das necessidades não satisfeitas em saúde devem ser analisadas em conjunto para ajudar na definição de estratégias coerentes que respondam às necessidades identificadas e que permitam melhorar a saúde de forma eficiente.

A telessaúde, nas suas múltiplas variantes, foi uma das respostas adotadas cuja utilização crescente é evidenciada em vários estudos e trabalhos analisados. Os países introduziram novas políticas para apoiar e incentivar a rápida adoção de ferramentas digitais de saúde durante a pandemia de COVID-19. A sua utilização foi maximizada para mitigar os impactos económicos e financeiros e os riscos e consequências da doença, tendo sido amplamente utilizada devido à sua usabilidade e segurança na prestação de serviços de saúde. De acordo com os diversos autores, essa tendência irá provavelmente acentuar-se ainda mais no futuro sendo a validação das tecnologias de telessaúde um dos próximos passos destinados a melhorar a sua utilidade e a completa implementação nos sistemas. As mudanças organizacionais introduzidas, que fará sentido manter e até incentivar, trazem consigo desafios no que se refere aos modelos de pagamento que também devem ser equacionados.

Em Portugal verificou-se a mesma tendência de aumento da telessaúde revelando um efeito de substituição expectável de adaptação ao novo contexto por parte dos prestadores de cuidados de saúde, com alterações de rotinas dos profissionais e novas formas de interação, como forma de assegurar a continuidade na prestação de cuidados aos utilizadores. A teleconsulta foi relevante para conter a redução da atividade presencial nos cuidados de saúde primários e para mitigar os efeitos da redução da atividade programada na saúde da população.

Os dados mais recentes do Portal da Transparência SNS, conforme discutido anteriormente, estão alinhados com as conclusões dos estudos internacionais e os relatórios nacionais e consolida ainda mais a tendência detetada anteriormente. O recurso à telemedicina e outras variantes da telessaúde foi uma das alternativas encontradas para responder à necessidade de respostas alternativas na prestação de cuidados de saúde tendo em conta o facto de as instalações de saúde poderem ser fontes de contágio do vírus SARS-CoV2.

Garantir a sustentabilidade dos respetivos investimentos necessários nesta área (infraestruturas, tecnológicos, humanos, formação, etc.) e o sistema de incentivos para a manutenção e até extensão das boas práticas comprovadas são desafios que se colocam aos decisores políticos na definição de novas estratégias de saúde. Este desafio estende-se aos modelos de pagamento, procurando incluir estas novas atividades de forma mais efetiva. No entanto, a adoção da telessaúde deverá ser equacionada para perceber se responde integralmente às necessidades da procura que se verificaram nos diversos níveis de cuidados, não podendo ser adotada como uma panaceia para todas as atividades de saúde.

A pandemia mostrou a fragilidade, a adaptação, a resiliência, a capacidade de inovação e a confiança nos sistemas de saúde. Será importante não esquecer as lições aprendidas. A pandemia mostrou que as despesas efetivas em saúde são um investimento e não um custo a ser contido, uma vez que sistemas de saúde mais fortes e resilientes protegem melhor as populações e as economias.

Capítulo 3

RECURSOS HUMANOS E CONCORRÊNCIA PÚBLICO/PRIVADO

Julian Perelman^{1,2}

¹Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa

²Comprehensive Health Research Center

O AUMENTO DO NÚMERO DE PROFISSIONAIS

Desde 2016, temos assistido a um aumento constante dos profissionais a trabalhar no Serviço Nacional de Saúde (SNS). De facto, o aumento foi de mais de 30.000 profissionais entre março 2016 e março 2022 (**Tabela 4**).

Tabela 4. Evolução do número total de profissionais do SNS, e das categorias mais numerosas.

	MARÇO 2022	MARÇO 2020	MARÇO 2019	MARÇO 2016
Médicos excluindo internos	21.176	19.602	18.827	17.045
Enfermeiros	50.526	45.639	42.916	39.149
Assistentes operacionais	31.325	27.087	25.417	24.726
Total	152.257	137.310	130.714	122.722

Fonte: Portal da Transparência do SNS.

Este aumento tem sido a principal fonte de crescimento da despesa do SNS. Entre 2016 e 2021, as despesas têm aumentado de 9.130 para 12.386 milhões de euros, sendo que 42% têm sido causados pelo aumento da despesa com recursos humanos (1.353 milhões), proporção muito superior àquela devida à aquisição de medicamentos e dispositivos (733 milhões, 23%).

Além do aumento dos profissionais, outras alterações legislativas têm provocado o aumento da despesa, como a recuperação dos valores pagos pelas horas extraordinárias, que tinham sido cortados durante a Grande Recessão e o período de austeridade subsequente (os anos da “Troika”), a recuperação salarial depois dos cortes ocorridos no mesmo período, e o lento descongelamento das carreiras.

Por outro lado, outras medidas têm levado à necessidade de contratação de profissionais, como a passagem para as 35 horas no caso dos enfermeiros, ou a limitação das horas de urgência dos médicos com mais de 55 anos.

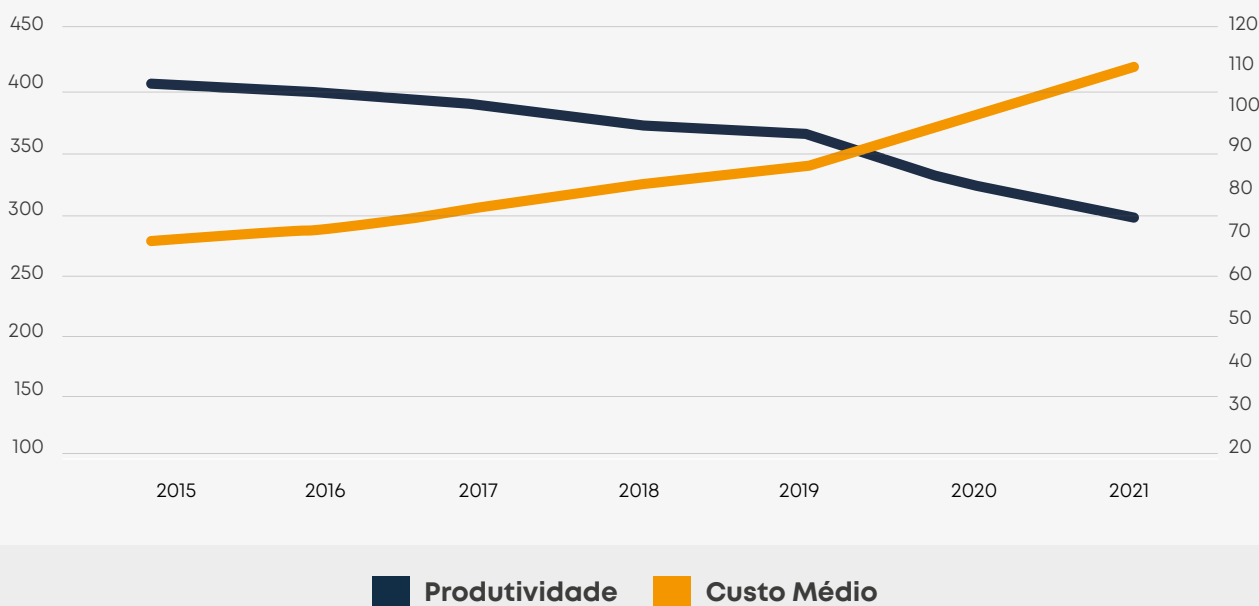
Finalmente, a pandemia tem provocado um forte aumento de profissionais, cuja contratação foi flexibilizada, para responder às novas necessidades de rastreio, vacinação e tratamento garantindo as condições de separação dos doentes COVID e não-COVID, para fazer face ao aumento da sobrecarga de trabalho dos profissionais na linha de frente, e para combater a doença e o isolamento dos próprios profissionais de saúde.

A DIMINUIÇÃO DA PRODUTIVIDADE E AS SUAS POSSÍVEIS CAUSAS

Desde 2016 que os relatos de falta de profissionais no terreno têm sido contínuos, levando inclusive a ameaças de demissão de diretores de serviços de vários hospitais públicos, queixas e desmotivação por parte dos profissionais, e insatisfação dos utentes com os tempos de espera.

Fizemos um exercício simples, até um pouco simplista, para tentar perceber melhor este fenómeno. Com base nos dados do Portal da Transparência do SNS, calculámos o número total de serviços prestados, nomeadamente as consultas de cuidados de saúde primários e hospitalares, internamentos (incluindo hospital de dia) e urgências, e dividimos este valor pelo número total de profissionais do SNS, para cada ano desde 2016. Noutros termos, calculámos, com os dados disponíveis publicamente, o valor da produtividade, nomeadamente, o número médio de serviços produzidos anualmente por cada profissional do SNS. De seguida, calculámos o custo médio por serviço, dividindo a despesa total do SNS pelo número total de serviços produzidos. Estas contas têm muitas aproximações, pelo que a interpretação dos valores deve ser cautelosa; já voltaremos ao assunto. No entanto, o retrato destes dois indicadores parece ilustrar uma certa tendência, com diminuição contínua da produtividade e aumento contínuo do custo médio (ver **Figura 12**). Noutros termos, parece que o aumento de profissionais não se tem traduzido num aumento proporcional dos serviços prestados, aumentando em paralelo os custos dos mesmos. E se a situação se deteriorou mais durante a pandemia, a tendência negativa já era observada anteriormente.

Figura 12. Evolução da produtividade (serviços por profissional) e do custo médio por serviço, no SNS.

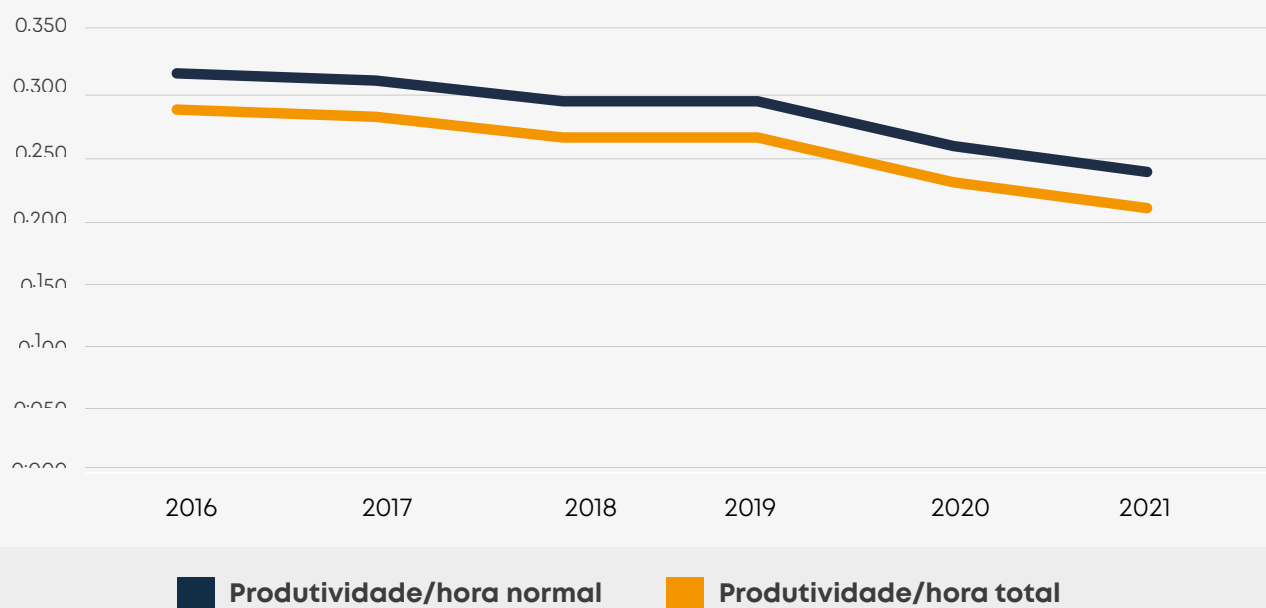


COMO INTERPRETAR ESTE RESULTADO?

Uma primeira interpretação, óbvia, é que o número de profissionais não foi ponderado pelas horas de trabalho. Podemos ter mais profissionais, mas se cada um deles tem contratos com horários mais reduzidos, o efeito poderá resultar numa diminuição da capacidade. Por isso, tentámos aprofundar a análise da seguinte forma: calculámos o número total de horas anuais realizados pelo conjunto de profissionais, através da informação do Relatório Social do Ministério da Saúde e do SNS (1), que indica o número de profissionais por tipo de contrato

(35 horas, 40 horas, etc.). Como este relatório não foi publicado para os anos 2019 a 2021, assumimos que a distribuição de profissionais por tipo de horário era igual à de 2018. Acrescentámos, a esse número de horas, o número de horas extraordinárias prestadas. Assim, conseguimos estimar a produtividade/hora, ou seja, o total médio de serviços prestado por hora, por profissional. Os resultados, na **Figura 13**, confirmam a tendência de diminuição, desde 2016. Noutros termos, o aumento do número de horas também não se traduziu num aumento proporcional da atividade.

Figura 13. Produtividade horária do SNS, incluindo ou não as horas extraordinárias.



De notar o aumento substancial das horas extraordinárias durante este período, que passou de 11,2 milhões para 21,9 milhões entre 2016 e 2021, com um aumento particularmente acentuado de mais de 4 milhões de horas em 2021.

Assim, com mais confiança na validade deste retrato, procurámos explicações para este fenómeno.

Convém destacar, em primeiro lugar, que a erosão da produtividade já se notava antes de 2020. Em 2020 e 2021, como foi abundantemente comentado, a produtividade diminuiu porque as equipas centraram-se no tratamento dos doentes COVID, adiando ou cancelando uma série de atividades previstas, nomeadamente consultas e cirurgias. As necessidades de rever espaços e percursos para garantir o isolamento, e a forte pressão em determinados períodos devido ao aumento de casos COVID, poderá explicar este fenómeno; as consultas hospitalares diminuíram de 10% em 2020, e as cirurgias programadas de 19%. De notar, no entanto, que o fenómeno não foi uniforme entre todos os hospitais públicos, com alguns deles, e não necessariamente os mais pequenos, a conseguir manter em níveis elevados a sua atividade programada.

Tentemos então interpretar agora o período antes da COVID, que mostra que os problemas eram anteriores à pandemia, que apenas agudizou as dificuldades existentes. Uma primeira explicação é a disrupção das equipas. Se a passagem para as 35 horas obriga a contratar novos profissionais, não é de esperar que a substituição seja perfeita, e que todas as atividades possam continuar ao mesmo ritmo e com a mesma qualidade, como se nada tivesse acontecido. O mais provável é que tenham sido contratados novos profissionais mais jovens e menos experientes, que tiveram que aprender e se adaptar para conseguir o mesmo desempenho que os profissionais que vieram substituir. Esta transição pode não ter sido simples, obrigando a um período de transição mais ou menos longo, com consequências negativas na prestação de serviços.

Uma segunda explicação é o aumento do absentismo. Entre 2015 e 2019, a taxa de absentismo aumentou de 11,2 para 12,4% e, durante a pandemia, chegou a aumentar mais de 20% (em 2020). Um exemplo simples permite compreender melhor a dimensão do fenómeno. O Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, que junta o Hospital de Santa Maria e o Hospital Pulido Valente, contava em março de 2022 mais de 6.600 profissionais. Uma taxa de 12% de absentismo significa que, cada dia, faltam ao trabalho aproximadamente 800 profissionais. A disrupção dos serviços, mencionada no parágrafo anterior, pode assim atingir proporções dramáticas. Resta perceber quais as causas de um absentismo de tamanha dimensão, e aqui as causas possíveis abundam. Se alguns argumentam a falta de controlo da assiduidade, ou a falta de incentivos para ela (durante a Troika foram suprimidos estes incentivos), outros apontam o nível elevado de desgaste dos profissionais, esgotados pelas horas extraordinárias e as condições de trabalho pouco satisfatórias. Um estudo publicado em 2016 apontava para níveis de *burnout* elevados, com 21,% dos profissionais entrevistados a trabalhar no SNS com *burnout* moderado, e 47,8% com *burnout* elevado(2).

Uma terceira explicação, não independente da segunda, é a concorrência do setor privado. A saída de profissionais para o setor privado, abundantemente noticiada²² e referida recorrentemente pelos administradores hospitalares, pode ser vista como o resultado de vários fatores. No setor público, são apontadas as condições de trabalho insatisfatórias: sobrecarga de trabalho, complexidade crescente dos casos, espaços físicos degradados, falta de recursos (nomeadamente equipamentos funcionais) ou ausência de apoio e reconhecimento pelas chefias. Também são apontadas as condições de emprego, nomeadamente os salários insuficientes, a falta de perspectivas de carreira, os horários pouco flexíveis, e a dificuldade em adquirir novos conhecimentos e investigar. Em paralelo, o setor privado tem-se desenvolvido fortemente nos últimos anos, em particular desde o período da Troika. Por um lado, o setor privado aproveitou as dificuldades do público para atrair utentes e profissionais e, por outro lado, tem havido uma consolidação do setor, com a diminuição progressiva dos pequenos consultórios, cuja viabilidade financeira foi posta em causa durante a Grande Recessão, e fortalecimento dos grandes grupos, capazes de fazer face às perdas de rendimento pontuais e de absorver clínicas de menor dimensão. Esta concorrência reforçada do setor privado, e a constante saída de profissionais do SNS, poderá ter contribuído para uma excessiva rotatividade e para a destruição das equipas, além da necessidade, já referida, de contratar profissionais mais jovens e menos experientes que os que vieram substituir.

De notar, finalmente, que nem sempre a doença ou as suas determinantes conduzem ao absentismo, dando lugar ao presentismo. Este termo designa o indivíduo que comparece ao trabalho enquanto física ou psicologicamente doente, e se encontra incapaz de funcionar eficazmente. Infelizmente, no nosso melhor conhecimento, não existem dados para Portugal que permitam quantificar este fenómeno.

RECURSOS HUMANOS E CONCORRÊNCIA ENTRE SETORES PÚBLICO E PRIVADO

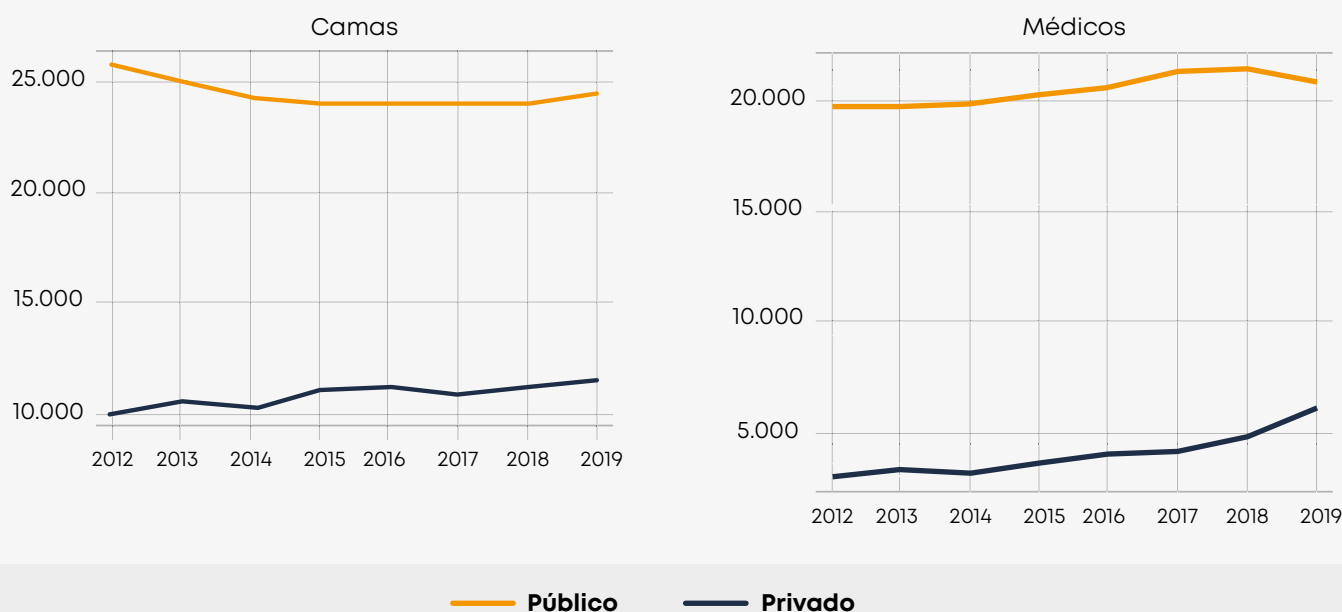
Os números seguintes, retirados do portal do Instituto Nacional de Estatística (INE) e publicamente acessíveis, esclarecem este fenómeno de mudança no padrão público-privado do sistema de saúde português. A **Figura 14** ilustra o aumento de camas, médicos e enfermeiros no setor privado entre 2012 e 2019²³, enquanto o número de camas e de médicos estagnava no setor público. Ao mesmo tempo, as consultas e cirurgias no setor privado aumentavam mais do que no setor público (Figura 4). De notar que, se entrarmos mais em detalhe nos dados do INE, as cinco especialidades seguintes são as que mais contribuem para o aumento de consultas no setor privado: ortopedia (52%), oftalmologia (72%), medicina física e reabilitação (85%), medicina dentária (212%), ginecologia/obstetria (63%) e ORL (64%).

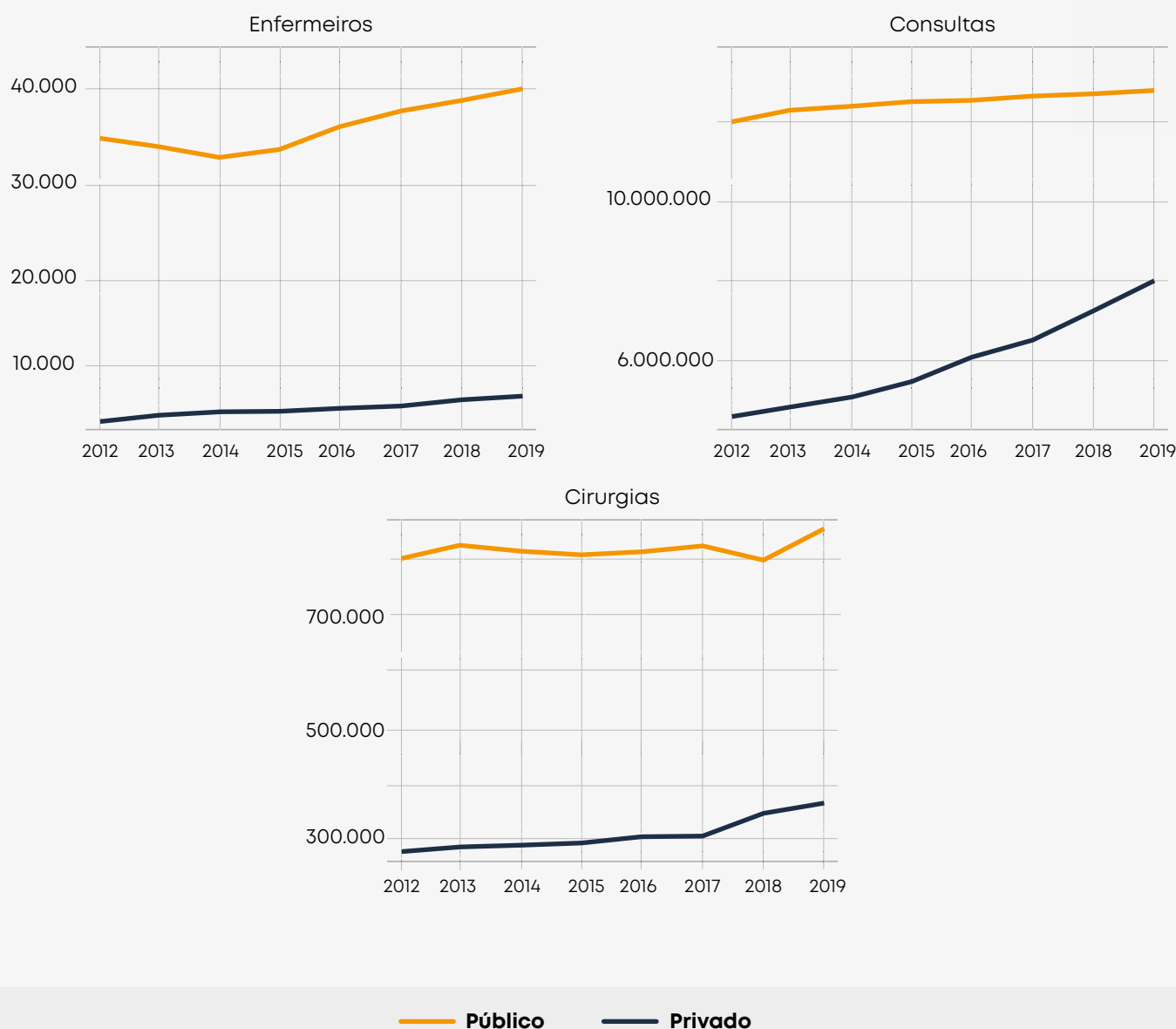
²² <https://24.sapo.pt/atualidade/artigos/mais-de-2500-profissionais-de-saude-sairam-do-sns-nos-anos-de-pandemia>

²³ Os números foram retirados da plataforma do Instituto Nacional de Estatística. O ano de 2019 é o mais recente disponível, pelo que não permite observar um eventual efeito da pandemia.

Podemos resumir a situação da forma seguinte. Os profissionais de saúde existem em número limitado, dado que a capacidade de formar profissionais, ou de atrair profissionais estrangeiros, não é, obviamente, ilimitada. Ora, os setores públicos (SNS) e privado concorrem para estes recursos limitados. Esta concorrência é, no entanto, desigual em alguns aspetos, em detrimento do SNS. Principalmente porque o setor privado goza de uma flexibilidade que o SNS não tem; nomeadamente, pode contratar profissionais com grande facilidade, sejam novas contratações ou substituições, e pode negociar contratos com total liberdade (remunerações e horários de trabalho), para cada profissional, independentemente do seu estatuto ou carreira. O SNS, embora a possibilidade de substituição tenha sido flexibilizada durante a pandemia, confronta-se com fortes constrangimentos em termos de contratação (que passam por um sistema complexo e demorado de autorizações), de remunerações e horários (fixados por tabelas). Em particular, o sistema de concursos não permite contratar médicos, enfermeiros e outros profissionais para o quadro (porque entrariam como despesas de pessoal) garantindo equipas coesas, a continuidade de cuidados e combater a disrupção das equipas mencionadas acima. Os hospitais do SNS têm tentado fugir a esta rigidez principalmente através do pagamento ao ato, generoso, das consultas e cirurgias em produção adicional (o sistema SIGA-SNS) e do pagamento de horas extraordinárias. Ora, se estes mecanismos têm permitido aos hospitais públicos uma alavanca para reter profissionais, a sua aplicação não deixou de ser limitada pelas fortes restrições orçamentais - por vezes limites legais, como no caso dos orçamentos para horas extraordinárias - e pelas suas regras de aplicação, como sendo o facto de que o pagamento ao ato se pode aplicar apenas para pagar atividades adicionais e não a produção base. Além disso, os valores pagos não deixaram de ser sempre fixados por tabelas nacionais. Finalmente, a contratação de profissionais, para fugir às regras dos concursos, tem sido realizada através de Fornecimentos e Serviços Externos a empresas de trabalho temporário, contribuindo para a erosão e a disrupção das equipas, mas com custos substancialmente superiores.

Figura 14. Evolução das consultas e cirurgias, por setor (público ou privado).





Por outro lado, o privado tem-se centrado prioritariamente, embora cada vez menos exclusivamente, em intervenções que são relativamente pouco complexas, oferecidas a uma população mais saudável e com maior capacidade para pagar, por preços fixados também de forma muito flexível num setor relativamente pouco concorrencial. Noutros termos, o setor privado tem conseguido oferecer condições de trabalho mais favoráveis por tratar uma população menos complexa e com maior literacia, e pelas condições financeiras que lhe têm permitido inovar em termos de equipamentos e outros meios de tratamento.

A DEDICAÇÃO PLENA É A SOLUÇÃO?

Por outro lado, o SNS tem perdido sistematicamente nesta concorrência, e o aumento da despesa com horas extraordinárias e pagamentos ao ato através do SIGA-SNS não tem conseguido nem manter a produtividade, nem evitar a saída de profissionais. Uma solução tem sido apontada nos últimos meses, tendo inclusivamente sido sugerida como a estratégia a implementar no Plano de Governo e no Orçamento Geral de Estado de 2022: a dedicação plena opcional e voluntária. Pelo que percebemos, ao contrário da dedicação exclusiva, segundo

a qual os profissionais se comprometem em trabalhar exclusivamente para o SNS, mediante um aumento remuneratório, a dedicação plena acrescenta um compromisso assistencial, a definir. Ou seja, não bastaria o compromisso em não trabalhar adicionalmente no setor privado, mas seria também necessário comprometer-se com a realização de um certo número de consultas e/ou cirurgias, ou outros indicadores de desempenho que venham a ser definidos.

A primeira vantagem da dedicação plena, em comparação com a dedicação exclusiva, é que não se dirige a profissionais que estejam em final de carreira, que sejam pouco atraentes para ou atraídos pelo setor privado ou que de qualquer forma ficariam no SNS. Evita o efeito de oportunidade para aqueles que sempre teriam optado pelo SNS e passariam a ganhar mais, porque impõe um compromisso firme de desempenho. A segunda vantagem é que, ao impor este compromisso, o modelo permite substituir o pagamento ao ato do SIGA-SNS que, além de incentivar os atos e a redução dos tempos de espera, tem provocado vários efeitos perversos. Noutros termos, visa criar um corpo de profissionais dedicados e com um compromisso firme de contribuir para os objetivos do SNS, compromisso que exige talvez um corpo não tenha a dimensão do atual.

Este modelo, no entanto, não poderá atingir os benefícios esperados sem uma verdadeira reforma profunda da governação do SNS. De facto, o sucesso da dedicação plena depende da capacidade de definir, assumir e monitorizar compromissos. É necessário que cada hospital possa definir, em negociação com cada profissional, as metas de desempenho a atingir. É necessário que as metas sejam realistas, exequíveis, monitorizáveis, e adaptadas às necessidades locais. É necessário poder avaliar o cumprimento das metas e, eventualmente, retirar a dedicação plena a quem não as conseguir cumprir. É necessário, finalmente, que os valores pagos possam enfrentar a concorrência do setor privado. Por um lado, em áreas mais remotas poderá ser necessário pagar melhor para atrair mais profissionais. Por outro lado, em grandes centros urbanos, poderá ser necessário pagar mais para fazer face à maior concorrência do setor privado. E, last but not least, de nada servirá um modelo de remuneração inovador e atrativo se não foram melhoradas as condições de emprego, como a flexibilidade nos contratos em termos de horas, e de trabalho, como sendo a possibilidade de investigar e estudar, de progredir na carreira, e de ser reconhecido pelas chefias.

Não será possível ter sucesso num sistema centralizado, onde as decisões são meramente tomadas através de despachos, sem autonomia de gestão nem responsabilização dos gestores, sem um acompanhamento benevolente e exigente dos mesmos, e sem um esforço para contratar gestores com base no seu mérito.

Há quem acredite que esta revolução na governação é impossível, pelo que será melhor entregar o SNS ao setor privado e contentar-se em regular e comprar serviços. Este processo, embora nunca anunciado politicamente, está a acontecer na prática, com os hospitais públicos a colmatar a falta de profissionais através da compra de serviços aos privados. Nada impede de pensar nesta opção, exceto que, por um lado, os custos da mudança seriam exorbitantes e, por outro, que não se vislumbra porque um Estado incapaz de monitorizar, regular e incentivar hospitais públicos, seria capaz de o fazer com hospitais privados. Além disso, um tal modelo apenas poderá funcionar se houver concorrência no setor privado, o que está longe de ser o caso num setor que é dominado por três ou quatro grandes grupos, e que deixaria de conviver com a concorrência do SNS. Seria uma solução mais complexa e pior do que tentar reformar o SNS. Fica a mensagem que, sem este tipo de reforma estrutural da governação, nenhum modelo remuneratório dos profissionais, antigo ou inovador, poderá ter sucesso na retenção dos profissionais no SNS.

Capítulo 4

CUIDAR EM CASA

Manuel Lopes,^{1,2} Pedro Lopes Ferreira³, César Fonseca^{1,2}, Lara Pinho^{1,2}

¹Escola de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora

²Comprehensive Health Research Center

³Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, Universidade de Coimbra

INTRODUÇÃO E DEFINIÇÃO DE CONCEITOS E MODELOS

Nos tempos mais recentes, a domiciliação de cuidados tem assumido algum destaque fruto da emergência de diversos projetos de hospitalização domiciliar, entre outros, que têm ganhado algum protagonismo mediático. Todavia, precisamos ter consciência de dois aspetos muito relevantes:

- a domiciliação de cuidados existe desde há muitos anos em diferentes geografias, aos diversos níveis e com diferentes modelos;
- no atual contexto demográfico, epidemiológico e de desenvolvimento dos sistemas de saúde, precisamos visitar e redefinir a domiciliação de cuidados como forma de garantir a sua adequação às atuais condições e necessidades das pessoas.

Neste contexto, propomo-nos, num primeiro momento, fazer um enquadramento concetual relativo à domiciliação de cuidados; de seguida, evidenciar a importância do cuidador informal, após, apresentar dados relativos à capacidade de resposta de cuidados domiciliários em Portugal, quer seja de cuidados de saúde, quer do que se convencionou designar como “cuidados sociais”; e por fim, fazer alguma análise sobre as potencialidades e limitações dessa resposta.

Assim, e como forma de enquadramento, começamos por definir o que se entende por cuidados domiciliários. Pela análise efetuada constatamos que não existe uma consolidação definitiva deste conceito. Em alguns casos, na concetualização, aparece uma distinção entre dois níveis de cuidados: um que oferece cuidados ditos “básicos” e que são dirigidos às atividades de vida diária; e outro que oferece cuidados ditos “profissionais”, os quais, por norma, envolvem profissionais de saúde. Apesar de considerarmos esta divisão arbitrária e acima de tudo indutora de clivagens, referimo-la porque, de algum modo, está subjacente ao modelo vigente em Portugal.

Todavia, as definições mais recentes apresentam-nos os cuidados domiciliários como uma resposta que integra as duas dimensões atrás referidas (Alliance for Home Health Quality and Innovation, 2022). Assim, de acordo com Lopes (Lopes, 2021), “estes cuidados destinam-se: às pessoas que envelhecem e, em função disso, vão perdendo alguma funcionalidade; às que, em qualquer momento do ciclo de vida, têm doenças crónicas que requerem uma gestão complexa; e também às que recuperam de uma doença aguda ou de uma cirurgia, ou estão de algum modo incapacitadas. Os cuidados domiciliários incluem: apoio nos cuidados pessoais, normalmente respondendo às atividades básicas de vida diária [...]; Apoio nas atividades instrumentais de vida diária [...]; Cuidados de saúde, os quais podem incluir uma gama diversificada de respostas que podem ir desde o apoio na gestão das doenças crónicas à reabilitação (quer para recuperar funções quer para retardar a sua perda), passando pelos cuidados inerentes à gestão de uma doença aguda, os cuidados paliativos, entre outros” (p. 36).

Podemos assim dizer que os cuidados domiciliários deslocalizam os cuidados das instituições para a casa das pessoas, exigindo por isso que se repense o processo de cuidados

nomeadamente no que concerne ao papel de cada cuidador, com particular destaque para o papel do doente e do cuidador informal (Lopes, 2021).

O processo de domiciliação de cuidados tem potencial para incrementar a satisfação do doente e família, mas também para contribuir positivamente para muitos outros indicadores de saúde, económicos e sociais; todavia, pode apenas replicar em casa o modelo vigente na institucionalização e contribuir para a desintegração e descontinuidade de cuidados. Interessa por isso analisar as experiências para aprendermos com elas e analisarmos algumas dimensões consideradas críticas.

Com base num trabalho de revisão sistemática feito em diversos países europeus com o objetivo de descrever sistematicamente o que tem sido relatado sobre cuidados domiciliários na Europa na literatura científica ao longo da última década, interessa considerar as seguintes dimensões e subdimensões (Genet et al., 2011):

I. Política & Regulação

- cuidados domiciliários como prioridade;
- a divisão entre responsabilidades locais, regionais e nacionais;
- política de cuidados de saúde versus política de cuidados sociais;
- regulação dos benefícios dos cuidados domiciliários;
- regulação da qualidade dos serviços;
- aumento da escolha dos utentes;
- concorrência e co-governança;
- regulação do sector dos cuidados domiciliários privados; e descrição de tarefas dos profissionais de cuidados domiciliários.

II. Financiamento

- as fontes de financiamento;
- co-pagamentos;
- atribuição de orçamentos aos prestadores;
- dinheiro para programas de cuidados e nível de despesas com os cuidados domiciliários.

III. Organização e prestação de serviços

- o tipo de prestadores de cuidados domiciliários
- integração de cuidados ao domicílio com outros tipos de serviços
- acessibilidade dos cuidados domiciliários
- monitorização das necessidades de cuidados
- qualidade dos cuidados ao domicílio
- condições de trabalho dos trabalhadores dos cuidados domiciliários
- aumentar a capacidade de autocuidado

IV. Pessoa dependente e prestadores de cuidados informais

- as pessoas idosas abrangidas pelos cuidados domiciliários
- características dos beneficiários dos cuidados domiciliários
- relação entre cuidados informais e formais
- a disponibilidade de cuidados de descanso do cuidador

NECESSIDADE DE UM MODELO DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Face ao exposto, fica evidente que os cuidados domiciliários consistem na deslocalização dos cuidados das instituições para a casa das pessoas, pelo que entendemos que tal obriga a uma redefinição do processo de cuidados considerando todo o novo enquadramento (Lopes, 2021). Assim, e para além de um enquadramento político e estratégico que considere as dimensões

atrás referidas, preconiza-se um modelo de cuidados que responda simultaneamente a três princípios fundamentais: garantia cuidados centrados na pessoa, integração e continuidade de cuidados. Dito por outras palavras, a domiciliação de cuidados pode ser, simultaneamente, uma forma de garantir o “envelhecimento em casa”, elevados níveis de satisfação com os cuidados e redução de custos.

Resumimos alguns dos pressupostos dessa redefinição (Lopes, 2021):

- assumir o doente e o seu cuidador como foco dos cuidados;
- assumir o cuidador informal, também, como parceiro de cuidados;
- assumir a coprodução de cuidados como garante do envolvimento dos diversos atores no processo de cuidados;
- assumir o Plano Individual de Cuidados (PIC) como o instrumento privilegiado e expressão da centralidade dos cuidados, do envolvimento do doente e família e da comunicação entre todos os cuidadores;
- garantir a integração de cuidados;
- garantir a permanência e a continuidade dos cuidados e fazer uma gestão proactiva das situações através da adoção da figura de coordenador de cuidados;
- utilização de recursos tecnológicos e de telecuidados, devidamente integrados no modelo de cuidados.

Tudo isto integrado numa rede de respostas que garanta a equidade no acesso.

A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADORES INFORMAIS NO CONTEXTO DOS CUIDADOS EM CASA

Definição e enquadramento legal dos cuidadores informais

Numa sociedade com profundas alterações na sua estrutura demográfica, com o crescente envelhecimento da população, e com uma maior prevalência de doenças crónicas, incapacitantes e progressivas, é cada vez maior o número de pessoas cuja capacidade de independência e/ou autonomia se apresenta comprometida e que demonstram necessidades de cuidados de longa duração.

Em Portugal, segundo a OCDE (OECD, 2021), a parte da população com 65 ou mais anos de idade deverá, em 2050, exceder um terço, com uma em cada oito pessoas com mais de 80 anos. Em termos de esperança de vida, segundo a mesma fonte, em 2019, no nosso país, as mulheres com 65 anos podiam esperar em média viver mais 22,3 anos e os homens, com a mesma idade, mais 18,5 anos. No entanto, quando analisamos a esperança de vida saudável, isto é, sem limitações na atividade, as mulheres sofrem uma redução de 69% e os homens de 57%. A percentagem de adultos com 65 anos ou mais com alguma limitação de atividade corresponde em Portugal a 44,6%, sendo de 18,7% a percentagem correspondente aos que possuem limitações severas.

Um caso particular no contexto dos cuidados em casa são os cuidados prestados pelos denominados cuidadores informais, cuja definição não tem conseguido encontrar um consenso suficientemente alargado. De facto, por exemplo, a OCDE define cuidadores informais “aqueles que prestam cuidados a amigos ou familiares, podendo fazê-lo como parte de um trabalho voluntário não contratual” (OECD, 2018). Também a EUROCARERS, uma associação europeia de organizações de cuidadores informais, encara o cuidador informal como “uma pessoa que presta cuidados geralmente não remunerados a alguém com uma doença crónica, deficiência ou outra necessidade de saúde ou cuidados duradouros, não sendo profissional de saúde” (EUROCARERS, 2020).

Segundo a *Mutual Information System on Social Protection* (MISSOC), resultado da cooperação entre a Comissão Europeia e representantes dos ministérios de vários países, baseando-se na modalidade mais antiga de segurança social e regressando às estruturas relacionadas com a família, os cuidados informais são descritos como “cuidados prestados pelos cônjuges/

parceiros, outros membros do agregado familiar e outros familiares, amigos, vizinhos e outras pessoas, que normalmente, mas não necessariamente, já têm uma relação social com a pessoa a quem prestam cuidados” (MISSOC, 2022).

Por fim, em Portugal, a 6 de setembro, a Assembleia da República aprovou o Estatuto do Cuidador Informal (Lei n.º 100, 2019) num consenso político considerável. Este Estatuto define o cuidador informal principal como “o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada”.

Com se pode ver, esta definição exclui do estatuto de cuidador informal quem não seja cônjuge, parente ou unido de facto. Assim, não poderá ser considerado, por exemplo, um vizinho ou um amigo, mesmo que viva em economia comum com a pessoa cuidada. Além disso, define que o cuidador informal pode ter benefícios fiscais, embora não especifique quais estes benefícios. Esta lei regula também os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada. Mais concretamente, nos artigos 5.º e 6.º são definidos os direitos e os deveres do cuidador informal reconhecido, tal como se pode constatar na **Tabela 5**.

Tabela 5. Direitos e deveres do cuidador informal

DIREITOS (ART.º 5.º)	DEVERES (ART.º 6.º)
<p>Ver reconhecido o seu papel fundamental no desempenho e manutenção do bem-estar da pessoa cuidada;</p> <p>Ser acompanhado e receber formação para o desenvolvimento das suas capacidades e aquisição de competências para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa cuidada;</p> <p>Receber informação por parte de profissionais das áreas da saúde e da segurança social;</p> <p>Aceder a informação que, em articulação com os serviços de saúde, esclareçam a pessoa cuidada e o cuidador informal sobre a evolução da doença e todos os apoios a que tem direito;</p> <p>Aceder a informação relativa a boas práticas ao nível da capacitação, acompanhamento e aconselhamento dos cuidadores informais;</p> <p>Usufruir de apoio psicológico dos serviços de saúde, sempre que necessário, e mesmo após a morte da pessoa cuidada;</p> <p>Beneficiar de períodos de descanso que visem o seu bem-estar e equilíbrio emocional;</p> <p>Beneficiar do subsídio de apoio ao cuidador informal principal, nos termos previstos neste Estatuto;</p> <p>Conciliar a prestação de cuidados com a vida profissional, no caso de cuidador informal não principal;</p> <p>Beneficiar do regime de trabalhador-estudante, quando frequente um estabelecimento de ensino;</p> <p>Ser ouvido no âmbito da definição de políticas públicas dirigidas aos cuidadores informais.</p>	<p>Atender e respeitar os interesses e direitos da pessoa cuidada;</p> <p>Prestar apoio e cuidados à pessoa cuidada, em articulação e com orientação de profissionais da área da saúde e solicitar apoio no âmbito social, sempre que necessário;</p> <p>Garantir o acompanhamento necessário ao bem-estar global da pessoa cuidada;</p> <p>Contribuir para a melhoria da qualidade de vida da pessoa cuidada, intervindo no desenvolvimento da sua capacidade funcional máxima e visando a autonomia desta;</p> <p>Promover a satisfação das necessidades básicas e instrumentais da vida diária, incluindo zelar pelo cumprimento do esquema terapêutico prescrito pela equipa de saúde que acompanha a pessoa cuidada;</p> <p>Desenvolver estratégias para pro-mover a autonomia e independência da pessoa cuidada, bem como fomentar a comunicação e a socialização, de forma a manter o interesse da pessoa cuidada;</p> <p>Potenciar as condições para o fortalecimento das relações familiares da pessoa cuidada;</p> <p>Promover um ambiente seguro, confortável e tranquilo, incentivando períodos de repouso diário da pessoa cuidada, bem como períodos de lazer;</p> <p>Assegurar as condições de higiene da pessoa cuidada, incluindo a higiene habitacional;</p> <p>Assegurar à pessoa cuidada uma alimentação e hidratação adequadas.</p>

No entanto, num estudo organizado pelo Movimento 'Cuidar dos Cuidadores Informais' no primeiro trimestre de 2021, obteve-se a informação que 59,1% dos cuidadores informais desconhecia a existência do Estatuto do Cuidador informal.

Por outro lado, a percentagem do PIB que o nosso país dedica aos cuidados de longa duração, em ambas as vertentes saúde e social, é apenas de 0,93 %, um valor baixo quando comparado com outros países como os Países Baixos, a Noruega, a Dinamarca e a Suécia que dedicam, respetivamente, 4,1%, 3,7%, 3,6% e 3,4% do seu PIB para este tipo de cuidados. De acordo com este investimento, e apesar de se tratar de funções muito intensas, há menos de um (0,8) profissional por 100 indivíduos com 65 ou mais anos de idade. Além disto, estimativas do Eurostat indicam que, em Portugal, o trabalho realizado pelos cuidadores informais é equivalente a 2% do PIB nacional (*European Commission & Directorate-Generale for Employment, 2021*).

Quantos são e quem são os cuidadores informais?

Mesmo tendo consciência de que a componente qualitativa desempenha um papel essencial na abordagem desta temática, estimar o número de cuidadores informais é uma atividade importante para se ter uma noção mais completa da dimensão do problema, quer o nosso objetivo seja contribuir para o desenho e implementação de medidas e políticas de cuidados de longa duração, quer seja criar recursos para lidar com estes cuidadores (Tur-Sinai et al., 2020).

Enquanto que a prevalência dos cuidados informais na população adulta europeia atinge os 17 % (Comissão Europeia et al., 2018), este valor chega aos 25,6% para os cuidadores com 50 ou mais anos de idade (Roll & Litwin, 2013). Em Portugal, o Inquérito Nacional de Saúde informais que 11,1% prestam cuidados ou assistência informal pelo menos uma vez por semana, 85,2% são familiares da pessoa dependente, e 27% prestam cuidados informais pelo menos durante 20 horas semanais (INE, 2020). Num relatório mais recente da Comissão Europeia, a última estimativa da percentagem da população portuguesa a prestar cuidados informais era de 14,6% para as mulheres e 9,6% para os homens, sendo de 30,6% a percentagem de cuidados informais que ultrapassam as 20 horas semanais, a maior a nível europeu (*European Commission & Directorate-Generale for Employment, 2021*).

Relativamente aos cuidados informais, o mais recente relatório Health at a Glance da OCDE (OECD, 2021) refere que cerca de 13% dos cidadãos dos países da OCDE com 50 ou mais anos de idade declararam em 2019 prestar cuidados informais pelo menos semanalmente, sendo em Portugal esta percentagem inferior a 10%. Portugal é também o país da OCDE em que é maior a percentagem de mulheres a desempenharem funções de cuidador informal.

Foi realizado, no Concelho de Cantanhede, um estudo liderado pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, em colaboração com a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, o Município de Cantanhede e o Biocant - Centro de Inovação em Biotecnologia, no âmbito do qual foram entrevistados 330 cuidadores informais. O perfil predominante é caracterizado por cuidadores do sexo feminino (87,5%), com uma idade média de 60 anos, na sua maioria casados ou em união de facto (77,7%) e maioritariamente com o ensino básico (72%). De modo geral, não possuem atividade profissional e são domésticos, desempregados ou reformados (55%). Cerca de 91% não recebeu qualquer formação para as tarefas que desempenha como cuidador informal. São essencialmente as filhas que desempenham estas funções (61%), com quase 32% a cuidar há mais de 10 anos da pessoa dependente (média de 4,8 anos). Vivem essencialmente na mesma casa da pessoa dependente ou em casa próxima.

Que cuidados são prestados, dificuldades e necessidades sentidas pelos cuidadores informais?

Mais de 90 % dos cuidadores entrevistados neste estudo prestam cuidados de vigilância, acompanhamento a consultas e aquisição de bens, embora o leque de cuidados prestados seja muito amplo. Cerca de 81 % presta estes cuidados todos os dias, incluindo fins de semana. As dificuldades e necessidades sentidas e relatadas pelos cuidadores informais são diversas e dependem da situação concreta e dos vínculos da realidade dos envolvidos. Segundo os resultados deste mesmo estudo no concelho de Cantanhede, detetaram-se as dificuldades e necessidades constantes da **Tabela 6**.

Tabela 6 Dificuldades e necessidades sentidas e relatadas pelos cuidadores informais.

DIFICULDADES	NECESSIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Restrição da vida profissional (66,2%) • Relacionamento com a pessoa dependente (50%) • Falta de apoios pessoais e/ou técnicos (41,5%) • Problemas financeiros (36,3%) • Restrição da vida pessoal e/ou social (36%) • Falta de conhecimento na área do cuidar (35,1%) • Limitações de saúde (28,4%) • Sentimento de impotência (24,7%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio ao domicílio e/ou ajudas técnicas (52,4%) • Apoio financeiro (37,8%) • Tempo livre (36,6%) • Informação e formação (23,2%) • Apoio emocional (21,3%) • Tempo para a prestação de cuidados (12,8%) • Colaboração da pessoa dependente (12,5%)

Que sobrecarga é sentida pelos cuidadores informais?

É sempre importante também chamar a atenção para o facto de a prestação destes cuidados pelos cuidadores informais poder ser muito desgastante, comprometendo necessariamente a sua qualidade de vida, sendo normalmente acompanhada por ansiedade e depressão, exaustão, isolamento, risco de pobreza e, como atrás referido, dificuldade em manter-se no mercado laboral.

São normalmente cuidados prestados diariamente por indivíduos, quase sempre sem preparação prévia para as tarefas que desempenham. Ainda assim, cuidar de uma pessoa dependente não implica somente o aparecimento de repercussões negativas, pois para alguns cuidadores a tarefa que desempenham pode ser emocionalmente gratificante e suscitar um impacto favorável a nível pessoal, familiar ou mesmo social.

No estudo referido anteriormente, os cuidadores informais estão a tratar de pessoas com um grau de dependência severa ou total nas atividades da vida diária de 43,3%, quase 20% sentem-se sós, sendo-lhe muito difícil obter ajuda de vizinhos. Por fim, 24% apresentam uma

sobrecarga intensa, 23,3% uma sobrecarga ligeira e 68,9% necessitam de apoio parcial ou total para a tomada de decisões.

Por fim, podemos afirmar que nos últimos anos tem-se vindo a reconhecer cada vez mais o papel importante dos prestadores de cuidados informais e a necessidade de apoiar o seu papel de prestadores de cuidados de longa duração. Isto está, em certa medida, ligado ao crescente interesse e debate sobre as disposições para aumentar a escolha e a flexibilidade dos cuidados a longo prazo (MISSOC SECRETARIAT, 2009).

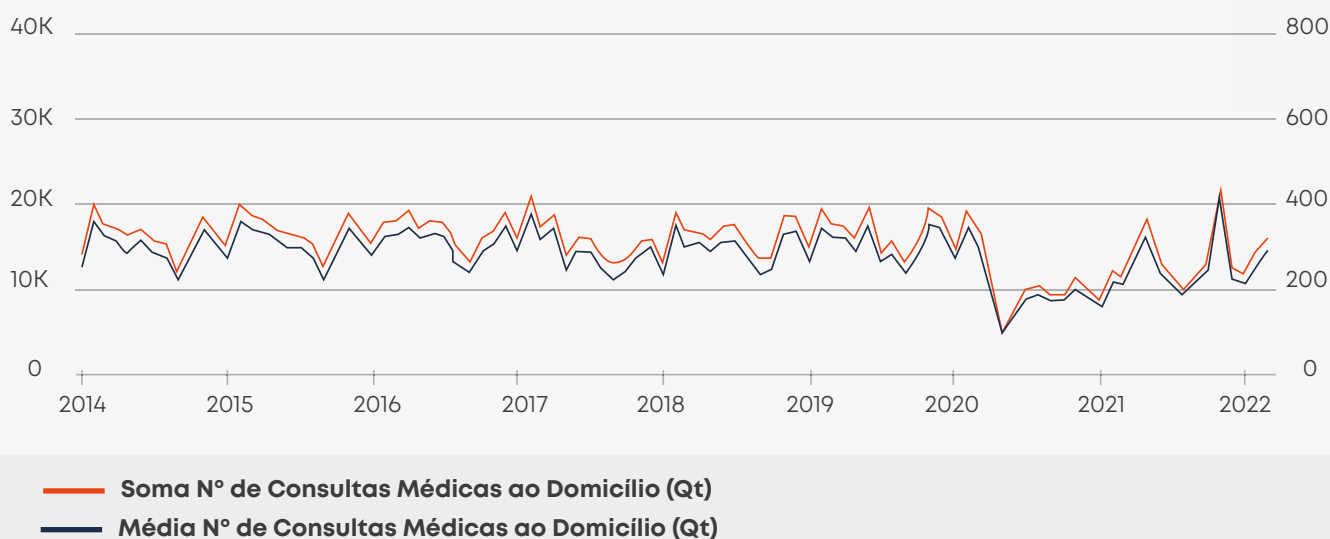
Dado o contexto em que os cuidados de longa duração e, em especial, os cuidados informais, são realizados em Portugal, prevê-se para os próximos tempos uma maior procura deste tipo de cuidados. Aguardam-se decisões públicas no sentido de melhorar o acesso, grandes alterações no estatuto do cuidador informal, para além de uma necessária articulação entre a vida profissional destes cuidadores e as funções que desempenham em casa da pessoa dependente, assim como a criação de uma carteira de benefícios incluindo uma redução nos impostos. Para o contexto laboral, há quem defenda medidas de apoio à pessoa cuidadora, como a criação de bancos de horas, jornada concentrada de trabalho e incentivos para o teletrabalho (*European Commission & Directorate-Generale for Employment, 2021*).

CAPACIDADE DE RESPOSTA DOMICILIÁRIA DO SNS E DA SEGURANÇA SOCIAL

No âmbito do SNS, as respostas domiciliárias são os domicílios realizados pelas equipas de família dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), os cuidados realizados pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e, mais recentemente, a Hospitalização Domiciliária.

Cuidados de Saúde Primários

Em relação aos CSP, são realizados cuidados domiciliários de enfermagem e/ou médicos a utentes pertencentes às Unidades de Saúde Familiar (USF) ou às Unidades de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP). Estes cuidados são realizados pontualmente a pessoas que estão impossibilitadas de se deslocar às unidades de saúde por alterações na mobilidade, aquando de uma situação aguda de doença e/ou necessidade de cuidados de enfermagem, como por exemplo, procedimentos técnicos (algaliação, entubação nasogástrica), tratamento de feridas e/ou educação para a saúde. Em alguns casos, são também efetuadas consultas de vigilância de hipertensão e diabetes ao domicílio, embora não seja prática de todas as unidades. Não existem, no entanto, dados públicos sobre o tipo de cuidados domiciliários prestados em cada visita domiciliária nem um modelo que desenvolva este tipo de cuidados em todas as unidades de saúde. Assim sendo, temos equipas de saúde familiar que apenas fazem visitas domiciliárias médicas em caso de doença aguda, e outras que realizam consultas de vigilância de doenças crónicas no domicílio. O mesmo se verifica no que concerne à enfermagem, alguns enfermeiros limitam-se a realizar cuidados ao domicílio apenas em situações de tratamento de feridas e outros procedimentos técnicos necessários, e outros que prestam cuidados de vigilância de doenças crónicas, educação dos cuidadores, entre outros. São ainda realizados cuidados domiciliários a recém-nascidos e à puérpera em algumas unidades, não havendo, também neste caso, um modelo de cuidados previsto. Assim, fica ao critério de cada equipa ou até mesmo de cada profissional o tipo de cuidados a prestar ao domicílio. O único dado que conseguimos obter em relação a este ponto é o número de consultas médicas ao domicílio (**Figura 15**), não se conseguindo perceber o motivo da consulta. Como se pode verificar pela figura 1 há uma grande variabilidade do número de consultas médicas ao domicílio em cada mês, não se conseguindo entender o motivo. Não se conseguem visualizar dados relativos aos cuidados domiciliários prestados por outros profissionais.

Figura 15. Evolução do número de consultas médicas ao domicílio e média.

Fonte: Portal da transparência do SNS

<https://transparencia.sns.gov.pt/explore/?sort=modified&refine.theme=Acesso>

Equipas de Cuidados Continuados Integrados

Já as ECCI, que integram igualmente os Cuidados de Saúde Primários e que fazem parte da carteira de serviços das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), dão resposta a situações que necessitam de cuidados prolongados de saúde no domicílio, seja de carácter temporário ou permanente. Estas equipas estão integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e têm como propósito a prestação de cuidados de saúde a pessoas em situação de dependência funcional, que sofrem de doença terminal ou se encontrem em processo de convalescença; que não necessitam de internamento mas que não se podem deslocar; e prestar apoio aos seus cuidadores e famílias. Estas Equipas têm como referência o modelo de cuidados definido para a RNCCI e estão enquadradas por legislação própria onde estão previstos, por exemplo, os critérios de referenciação que são os seguintes:

- necessidade de cuidados de saúde com frequência superior a uma vez por dia, ou, prestação de cuidados de saúde superior a 1h e 30 minutos por dia, no mínimo três dias por semana;
- cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins de semana e feriados;
- complexidade de cuidados que requeiram um grau de diferenciação, ao nível da reabilitação;
- necessidades de suporte e capacitação ao cuidador familiar/informal.

Como critérios de exclusão deste tipo de resposta a legislação prevê: pessoas com elevado grau de dependência sem cuidador de referência; pessoas com doença aguda com necessidade de hospitalização e pessoas com necessidade exclusiva de apoio social.

Enquanto nos “domicílios” realizados pelas equipas de família são apenas os médicos ou os enfermeiros a prestarem cuidados de saúde, nas ECCI os cuidados de saúde são prestados por uma equipa interdisciplinar, de acordo com as necessidades da pessoa ou cuidador, fazendo parte das equipas enfermeiros generalistas e especialistas, médicos, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, terapeutas da fala, assistentes sociais e assistentes operacionais. É, todavia, de realçar que nem todas as ECCI têm todos estes perfis profissionais. Daqui resulta a constatação de diferentes níveis de investimento nestas equipas e, conseqüentemente, diferentes níveis de acesso aos cuidados nas diferentes regiões.

Os cuidados assegurados pelas ECCI são de natureza preventiva, curativa, paliativa ou de reabilitação com visitas regulares, apoio psicossocial, educação para a saúde aos utentes, familiares e cuidadores, apoio nas atividades da vida diária e/ou instrumentais da vida diária; ensino e treino dos familiares ou dos cuidadores informais. O modelo de cuidados prevê a personalização dos cuidados prestados mediante a identificação de um profissional, preferencialmente um enfermeiro, designado “Gestor de Caso”, responsável direto pelo acompanhamento do processo individual e garante da comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados.

As ECCI devem dispor de espaço físico próprio, integrado nas instalações da Unidade de Cuidados na Comunidade, com o respetivo equipamento informático. Deve ser disponibilizada adequada capacidade de mobilidade e de comunicação. Para além disso, é também indispensável que a equipa disponha de material necessário à prestação de cuidados.

A **Tabela 7** demonstra a evolução dos lugares da ECCI de 2016 a 2019 por região (últimos dados disponíveis ao público). Como se pode constatar, todas as regiões tiveram um decréscimo de lugares ao longo do tempo. Estes dados devem ser interpretados tendo como referência o aumento continuado da taxa de envelhecimento, mas também os indicadores de esperança de vida saudável aos 65 anos e a prevalência de multimorbilidade e incapacidade (INE, 2022).

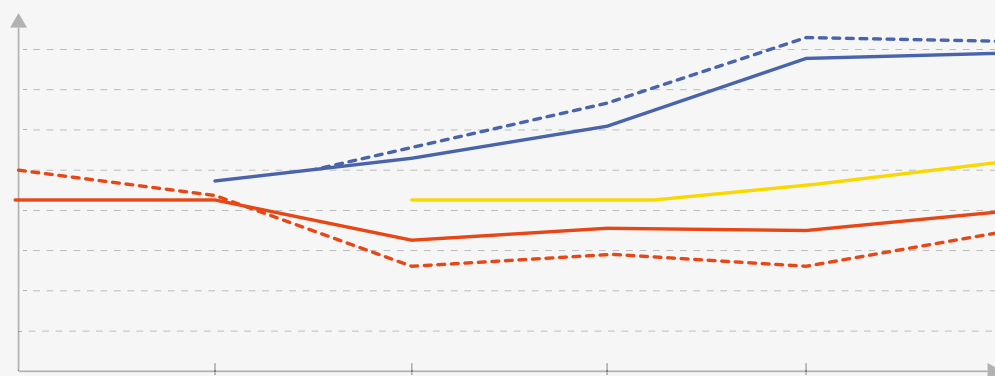
Tabela 7. Lugares de ECCI

REGIÃO	2016	2017	2018	2019
Norte	1623	1638	1606	1536
Centro	887	826	727	755
LVT	2105	2072	2092	2092
Alentejo	564	566	553	518
Algarve	1085	750	750	750
Total	6264	5852	5728	5651

Fonte: Relatórios da RNCCI 2017 e 2019

Relativamente à esperança de vida saudável aos 65 anos, constatamos que Portugal é um dos países que apresenta dos mais baixos indicadores (ver **Figura 16**). Ou seja, apesar de a esperança de vida após os 65 anos ser comparável aos países de melhor referência, apenas cerca de 7 anos são vividos com saúde. Tal significa que os cerca de 14 anos restantes são vividos sem saúde.

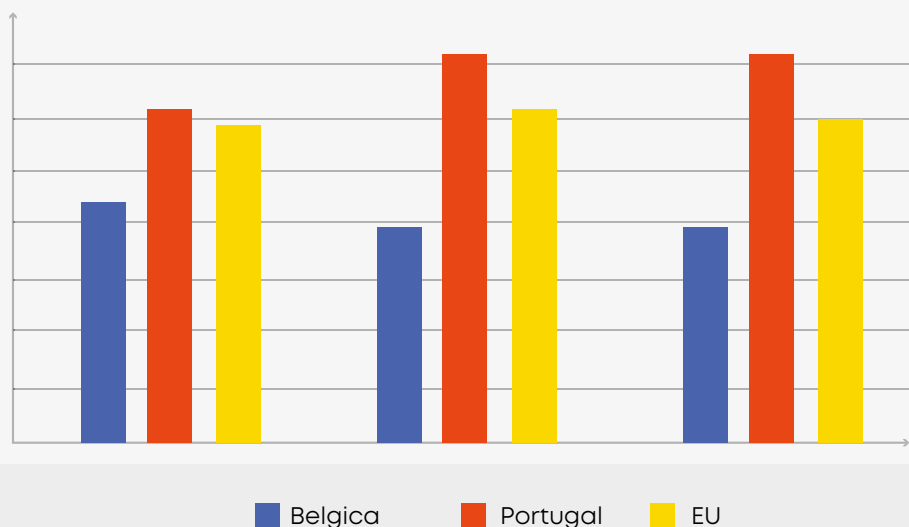
Figura 16. Anos de vida saudável aos 65 anos: por género.



Fonte: (Lopes et al., 2022)

Por sua vez, os dados relativos à multimorbilidade²⁴ mostram-nos que Portugal se situa acima da média Europeia (**Figura 17**). A sua prevalência é-nos demonstrada através de um estudo feito com base nos dados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico onde se constata que 38,3% das pessoas referem multimorbilidade. A prevalência varia em função do sexo (Mulheres 43,4%, Homens 32,7%) e da idade. Relativamente a esta, damos relevância à faixa etária dos 65 aos 74 anos, onde se constata uma prevalência de multimorbilidade de 82,3% para as mulheres e de 65,5% para os homens. Se olharmos para as regiões verificamos que a prevalência mais elevada é no Alentejo, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve (Quinaz Romana et al., 2019).

Figura 17. Multimorbilidade auto-reportada pelo grupo populacional com 65 e mais anos de idade.



Fonte: (Lopes et al., 2022)

Outra dimensão que interessa considerar tem a ver com a equidade na distribuição das respostas de cuidados em função das necessidades.

Se analisarmos a **Tabela 8** constatamos que a proporção de lugares disponíveis em ECCI em função da população, mas particularmente da população idosa, é profundamente desigual.

Tabela 8. Número de lugares de ECCI (2019) por cada 100 pessoas

Região	DADOS DE 2020		Nº DE LUGARES DE ECCI (2019) POR CADA 100 PESSOAS	
	População residente	População com 65 ou mais anos	Total População	População com 65 ou mais anos
Norte	3570856	755788	0,07	0,31
Centro	2223308	546422	0,03	0,16
LVT	2866153	636114	0,04	0,22
Alentejo	701989	179897	0,07	0,34
Algarve	438188	96530	0,17	1,12
Total	9800494	2214751	0,06	0,29

²⁴ Coexistência de duas ou mais doenças, mas sem nenhuma delas ter precedência sobre as demais (Lefèvre et al., 2014).

Se analisarmos estes dados em conjugação com a prevalência de multimorbilidade e dependência (INE, 2022), verificamos que algumas das regiões com taxas mais elevadas, são também aquelas onde a resposta é menor (Alentejo, Lisboa e Vale do Tejo e Centro).

Outro dado que merece um olhar atento é a taxa de ocupação das ECCI (**Tabela 9**). Nas regiões Norte e Centro tem havido um aumento da taxa de ocupação. Lisboa e Vale do Tejo mantem-se entre os 69% e os 71%, no Alentejo e Algarve diminuiu a taxa de ocupação de 2016 para 2019. Este é um dado preocupante, dado que houve um decréscimo das vagas disponíveis e mesmo assim a taxa de ocupação mantém-se entre os 64% e os 70%, à exceção do Norte, que é de 83%.

Tabela 9. Taxa de ocupação das ECCI

Região	2016	2017	2018	2020
Norte	68 %	69 %	75 %	75 %
Centro	52 %	58 %	62 %	62 %
LVT	69 %	69 %	71 %	71 %
Alentejo	70 %	64 %	65 %	65 %
Algarve	67 %	66 %	71 %	71 %

Fonte: Relatórios da RNCCI 2019

Se o índice de envelhecimento tem vindo a aumentar, se Portugal é dos países com níveis mais baixos de esperança de vida com saúde e apresenta taxas elevadas de multimorbilidade e dependência, questionamos:

- Por que razões o planeamento de respostas não tem em consideração os indicadores?
- Como é que as respostas de cuidados de saúde domiciliários têm taxas de ocupação tão baixas? Será por falta de referenciação por parte das equipas de saúde?

Cuidados Hospitalares – hospitalização domiciliária

A Hospitalização Domiciliária pretende assegurar a prestação de cuidados de saúde com diferenciação, complexidade e intensidade de nível hospitalar. Esta ocorre durante um período limitado no tempo, de acordo com as necessidades de cuidados. Consiste, portanto, na prestação de cuidados de saúde hospitalares no domicílio da pessoa.

O Despacho n.º 9323-A/2018, de 3 de outubro, publica a Estratégia Nacional de Implementação das Unidades de Hospitalização Domiciliária (UHD) no SNS e o Modelo de Regulamento Interno, em que se definem os princípios e regras de organização e funcionamento e os critérios de acesso e integração dos doentes em cuidados de hospitalização domiciliária. Já o Despacho n.º 12333/2019, de 23 de dezembro, regulamenta a consolidação, desenvolvimento e o alargamento deste modelo a todos os estabelecimentos hospitalares do SNS.

O modelo de prestação de cuidados definido “assenta na prestação de cuidados no domicílio, durante a fase aguda da doença, na sequência de um episódio de internamento hospitalar nos serviços médicos ou cirúrgicos, da admissão através do serviço de urgência, do hospital de dia ou de consulta externa, podendo ainda existir referenciação direta a partir dos cuidados de saúde primários ou dos cuidados continuados integrados” (art.º 8º do Despacho n.º 9323-A/2018).

Em relação à articulação de cuidados, a Norma da DGS n.º 020/2018 define que, caso não haja necessidade de continuidade de cuidados, é enviado um email para o ACES e entregue carta de alta ao utente. Quando há necessidade de continuidade de cuidados, além do procedimento anterior deve ser realizado um contacto telefónico com a USF/UCSP/ECSCP/ECCI/ERPI da área de residência, para agendamento de dia e hora para programação do plano de cuidados em regime comunitário.

Sobre esta tipologia de resposta, a qual consideramos de elevado potencial, não tivemos acesso a dados que nos permitam compreender:

- em quantos hospitais já se encontra a funcionar;
- quantas pessoas usufruíram deste tipo de resposta;
- quais os indicadores de processo, estrutura e resultado.

Relativamente aos dados disponíveis nas Normas referidas, sobram-nos um conjunto de dúvidas de entre as quais destacamos:

- qual a rede de respostas domiciliares que se pretende implementar?
- qual o modelo de cuidados adotado? O mesmo prevê a integração e continuidade de cuidados? Como é que o doente e cuidador são integrados no processo de cuidados?
- Qual o modelo de qualidade de cuidados utilizado neste tipo de respostas?
- Qual o modelo de monitorização e acompanhamento em vigor?

Com base na literatura científica internacional fica claro que os modelos de domiciliação, em regra, recolhem elevados níveis de satisfação por parte dos doentes. No entanto, os resultados em saúde, bem como os indicadores económicos, são variáveis, carecendo por isso não apenas de modelos bem definidos, mas principalmente de serem monitorizados e avaliados.

Respostas Sociais

Em Portugal, complementarmente às respostas dos serviços de saúde, existe um conjunto de respostas que se convencionou designar como “respostas sociais”, as quais podem ser definidas como atividades e serviços do âmbito da segurança social direcionados a crianças, jovens, pessoas idosas ou pessoas com deficiência, bem como os destinados à prevenção e reparação das situações de carência, disfunção e marginalização social (Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de Março e republicado pelo Decreto-Lei n.º 33/2014, de 4 de Março).

Como facilmente se depreende, um dos focos principais destas respostas serão as pessoas com multimorbilidade e dependência, sendo, portanto, comum ao das respostas de saúde. Apesar disso, é conhecida e histórica a inexistência de qualquer articulação entre estes dois tipos de resposta. Exceção para as respostas da RNCCI, as quais têm a dupla tutela (Saúde e Segurança Social), o que não significa que este nível de cuidados se articule com as restantes respostas sociais.

Neste contexto, apresentamos a seguir o conjunto de respostas domiciliárias consideradas “respostas sociais”.

Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

O Serviço de Apoio Domiciliário é uma resposta social que não inclui cuidados de saúde, mas cuidados de higiene, alimentação, limpeza da casa e de roupas, prestados por pessoas não diferenciadas a quem deles necessita, desde que solicitado.

Tabela 10. Capacidade do Serviço de Apoio Domiciliário (ano 2020)

Região	Capacidade das Respostas Sociais (SAD)	População residente	População com 65 ou mais anos	Nº de Lugares de SAD por 100 pessoas residentes	Nº de Lugares de SAD por 100 pessoas c/ 65 ou mais anos
Norte	31903	3570856	755788	1,12	4,22
Centro	36778	2223308	546422	0,60	6,73
LVT	25332	2866153	636114	1,13	3,98
Alentejo	15023	701989	179897	0,47	8,35
Algarve	3236	438188	96530	1,35	3,35
Total	112272	9800494	2214751	1,15	5,07

Fonte: Carta social <https://www.cartasocial.pt/capacidade-das-respostas-sociais>

A capacidade dos SAD está descrita na Tabela 10. Verificamos que a região do Alentejo é a que apresenta uma maior capacidade de resposta destes serviços por cada 100 pessoas com 65 ou mais anos, seguida das regiões Centro, Norte, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve.

CONCLUSÕES POSSÍVEIS

Tal como já foi referido, a domiciliação de cuidados (cuidar em casa) tem potencial para incrementar a satisfação com os cuidados, promover o envelhecimento em contexto familiar e, por esta via, contribuir para melhores indicadores de qualidade de vida e de saúde. Tem ainda potencial, de acordo com alguns estudos, para reduzir os gastos em saúde, principalmente, se usufruir das vantagens das tecnologias de informação e comunicação, devidamente integradas num modelo de cuidados. Todavia, para isso precisamos dispor, não apenas de uma visão política estratégica que defina e regule o processo sob múltiplas perspetivas, mas também um modelo de cuidados que garanta que os mesmos são centrados na pessoa e sua família, são integrados e contínuos.

Pelos dados apresentados relativos a Portugal, concluímos que existe a necessidade de:

1. Uma orientação política estratégica explícita e integrada para a domiciliação de cuidados. A única que conhecemos é relativa à hospitalização domiciliar, deixando também esta por definir um conjunto considerável de dimensões, nomeadamente as que concernem ao modelo de cuidados, participação do doente e cuidador no processo, integração e continuidade (as soluções de continuidade propostas não são próprias da era das tecnologias da informação e comunicação);
2. Corrigir e superar a sobreposição e a desarticulação entre os diferentes tipos de resposta de diferentes níveis de cuidados e de diferentes sectores. Note-se que nos CSP temos respostas domiciliárias dadas por diferentes equipas que até podem coabitar o mesmo espaço, mas que não fazem intervenção coordenada. A ausência de integração de cuidados entre a saúde e as respostas sociais é mais um exemplo de falta de orientação estratégica com claros prejuízos para os utentes;
3. Delinear um sistema de monitorização e de avaliação das respostas de domiciliação de cuidados existentes. Consequentemente, será necessário definir e construir indicadores de resultados e de custos destes cuidados que permitam aferir e acompanhar continuamente a relação custo-benefício;
4. Definir normas de qualidade em saúde, sendo certo que as existentes para a prestação de cuidados noutros contextos não são replicáveis no domicílio uma vez que, quer o contexto, quer o processo, são diferentes;

5. Corrigir a desigual distribuição de respostas, a qual tem mais a ver com a capacidade das organizações do que com a necessidade das pessoas. Resulta daqui evidente iniquidade no acesso aos cuidados;

Apesar disso, temos demonstração da capacidade das organizações para se mobilizarem e repensarem as suas respostas. Temos também respostas domiciliárias estruturadas com base num modelo de cuidados e inicialmente pensadas de acordo com uma visão em rede.

Capítulo 5

A SAÚDE DIGITAL EM PORTUGAL

Teresa Magalhães (coord.)^{1,2}, Julian Perelman^{1,2}; João Cordeiro^{1,2}; Ana Rita Pedro^{1,2}; Carlos Sousa³; Joana China¹; Joana Gonçalves¹; Joana Seringa¹

¹Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa

²Comprehensive Health Research Center (CHRC), Universidade Nova de Lisboa

³HL7 Portugal

ENQUADRAMENTO

Os sistemas de saúde enfrentam novos desafios, com a necessidade de adaptação à transição epidemiológica e às consequências de uma população cada vez mais envelhecida, assim como o aumento dos gastos com saúde e a baixa produtividade dos serviços (Panch et al., 2018). Neste contexto, a transformação digital é fundamental para o desempenho dos sistemas de saúde, podendo ter grandes consequências para o futuro da prestação de cuidados de saúde.

A saúde digital impacta diretamente na redução do peso da doença crónica através de uma melhor gestão da doença, apostando na prevenção da doença, na promoção da saúde e na literacia em saúde.

A saúde digital engloba, no seu conceito, a telessaúde e, dentro desta, a telemedicina e a telemonitorização, entre outras, tais como inteligência artificial, robótica, medicina personalizada, wearables e Internet of Things (IoT). Estas inovações são uma poderosíssima ferramenta para atingirmos resultados em saúde e em eficiência para o sistema de saúde. Prevê-se que possa observar-se, nos próximos anos, uma transformação nos hospitais através da utilização destas tecnologias, mas a grande transformação que se almeja é a transição da prestação de cuidados para fora dos hospitais, quando tal é possível, desenvolvendo uma política de acesso e de resposta dos cuidados de saúde primários e colocando a prestação “na casa” das pessoas. E em ambos os casos a saúde digital poderá ser o veículo desta transformação.

Alguns dos desafios que se colocam estão relacionados com (Delloite, 2021; Magalhães, 2021):

- Governança de saúde digital
- Equidade e outros desafios éticos, legais e sociais da saúde digital
- Literacia em saúde e digital para capacitação de cidadãos, doentes e profissionais

GOVERNANÇA DE SAÚDE DIGITAL

A saúde digital é o resultado da incorporação de tecnologias de informação e comunicação (TIC) nos sistemas de saúde e nas suas respetivas cadeias de valor. Esta oportunidade de transformação digital traz desafios éticos e políticos que requerem uma nova forma de governança, que aborde as estratégias do sistema de saúde, os interesses dos stakeholders, assim como a legislação necessária para a implementação de tecnologias de saúde (Marcelo et al., 2018).

A governança para a saúde digital pode ser definida como o exercício da autoridade política, administrativa e técnica para gerir os sistemas de informação em saúde, envolvendo a participação ativa da sociedade (Carnicero & Serra, 2020). A governança da saúde digital direciona os sistemas de saúde no sentido da melhoria da qualidade, eficiência e a efetividade, para tal é necessário uma estratégia, um plano de financiamento e a garantia dos direitos de todos os intervenientes no sistema da saúde (Carnicero & Serra, 2020).

As soluções de saúde digital devem constituir parte de uma estratégia integrada nas prioridades de saúde, devendo beneficiar a população de forma ética, segura, equitativa e sustentável. Para tal, a governança de saúde digital deve ser orientada por princípios de transparência, acessibilidade, replicabilidade, interoperabilidade, privacidade, segurança e confidencialidade (Carnicero & Serra, 2020).

Em termos globais, a prática de políticas de governança de saúde digital não é generalizada, só cerca de metade dos países da Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentam procedimentos específicos de proteção de dados pessoais de saúde (World Health Organisation (WHO), 2016). Para que a saúde digital possa fornecer benefícios de saúde sustentados é necessário políticas e estruturas nacionais robustas de governança de dados adaptadas às necessidades das populações, assim como padrões internacionais de interoperabilidade. Neste âmbito a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), publicou um conjunto de recomendações para governança de dados de saúde, com foco na melhoria dos sistemas de informação, na adoção mecanismos de segurança e privacidade e na maximização da usabilidade dos dados para políticas públicas (Vayena et al., 2018).

A governança dos sistemas de informação e uma estratégia de interoperabilidade local, alinhada ao nível regional (PT) e europeu são cruciais.

Dever-se-á aproveitar ao máximo os programas de financiamento europeus (em concreto o Plano de Recuperação e Resiliência), para potenciar as iniciativas de interoperabilidade nas organizações de prestação de cuidados, favorecendo um maior alinhamento com os atores da indústria, incluindo a tutela, dado o seu duplo papel (cliente-fornecedor).

Cabe ao poder político capacitar as agências centrais (AMA, ACSS, ERS, DGS, INFARMED, IGAS), no sentido de regulamentarem em favor da adoção de normas a implementar entre as organizações de saúde. Só assim poderemos ter um mercado competitivo, inovador, verdadeiramente aberto e justo.

Constatando o que vem sendo desenvolvido pela União Europeia (EU) ou Estados Unidos, sublinha-se o impulso dado a projetos agregadores e transversais, que estimulem e acelerem a adoção destas práticas, entre a indústria e as organizações de saúde.

A título de exemplo, destaca-se o caso austríaco (Duftschmid et al., 2009) que desde cedo (Sabutsch, 2013) definiu uma arquitetura para a sua infraestrutura de saúde no digital (ELGA) (Brandstätter, 2020).

Analisando a realidade nacional, considera-se por um lado a maior capacidade e universalidade, no acesso a dados externos, seja ao nível de cuidados primários ou de agudos. Por outro, reconhece-se o maior número de projetos que impactam satisfatoriamente a troca de dados, entre o mesmo fornecedor ou entre fornecedores diferentes num dado ecossistema de informação.

Sublinha-se que o bem-estar dos profissionais de saúde e o combate à fadiga (burnout), está também relacionado com a facilidade na utilização (Velooso et al., 2021) das ferramentas digitais (ex. processo clínico eletrónico) e na simplicidade com que pode consultar um registo clínico sem necessidade de fluir entre distintas aplicações ou portais (internos ou externos).

Urge atualizar em Portugal, o Regulamento Nacional de Interoperabilidade Digital (RNID) (Portugal. Presidência do Conselho de Ministros, 2018), que define as especificações técnicas e formatos digitais a adotar pela Administração Pública, para finalmente se incluir uma norma de interoperabilidade específica para a área da saúde.

A recente iniciativa governamental relativa à certificação de maturidade digital (Instituto Português de Acreditação e Instituto Português da Qualidade, 2021), poderia incluir a dimensão “Selo de Interoperabilidade” (com enfoque para as aplicações em saúde), que levasse em consideração os mecanismos e standards de interoperabilidade técnica e semântica nos produtos do mercado. Em conclusão, edificar uma visão estratégica aos vários níveis da governação de sistemas de informação, que garanta uma arquitetura que centralize os mecanismos de interoperabilidade, que opte pela adoção de standards técnicos e semânticos, dominada por recursos humanos qualificados e apoiados por fornecedores especializados, que dinamizam a partilha de experiências entre todos os atores deste setor, será porventura o corolário para um instrumento essencial à eficiência dos sistemas de saúde.

A saúde digital não existe sem uma cultura de segurança. A aplicação de medidas de proteção de dados tem sido um fator desafiante, dado o aumento de ciberataques (por exemplo, os recentes ataques ao Hospital Garcia de Orta ou aos Laboratórios Germano de Sousa), as diferentes tipologias de sistemas de informação e a diversidade de medidas de proteção não-generalizadas (Khan & Hoque, 2016).

É imperativo existir uma cultura de segurança entre os Profissionais das Instituições de Saúde e para isso é preciso formar tanto lideranças como operacionais e por outro uma estratégia de cibersegurança dos sistemas em que todos os hospitais estejam no mesmo nível de segurança. Estes fatores, aliados à crescente preocupação do grande público em relação ao uso generalizado de dados pessoais, levam à necessidade da criação de medidas de segurança aplicadas sob políticas explícitas e bem articuladas (Khan & Hoque, 2016; Vayena et al., 2018). Estas assentam sobretudo na adaptação de standards de gestão de governação nacional e internacional de dados (Vayena et al., 2018). Assim, sabendo que a produção de data continuará a crescer exponencial e heterogeneamente, sob a alçada das mais variadas aplicações digitais e tecnológicas, as políticas de proteção de dados requerem uma reformulação na área da defesa de dados pessoais contra ataques direcionados, implementação de métodos transparentes e devidamente comunicados aos seus utilizadores, e, por fim, criação de medidas que impliquem as responsáveis pela violação do sigilo clínico e pessoal (Khan & Hoque, 2016; Vayena et al., 2018).

A OMS no seu documento Global strategy on digital health 2020-2025 enquadra como objetivo estratégico o reforço da governança para a saúde digital a nível nacional e internacional com um meio para a atingir cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relativos à saúde (WHO, 2021).

EQUIDADE E OUTROS DESAFIOS ÉTICOS LEGAIS E SOCIAIS DA SAÚDE DIGITAL

Nos últimos anos tem-se verificado a proliferação de sistemas inovadores de saúde digital, tendo-se verificado a implementação a larga escala dos mesmos ao longo dos últimos anos, em particular como resposta às necessidades impostas pela pandemia de Covid-19 (Brewer et al., 2020; Crawford & Serhal, 2020). Porém, estas soluções poderão promover situações de falta de equidade quando implementadas em comunidades que, dadas as suas características (pobreza, baixa literacia digital, dificuldade de acesso a meios digitais, entre outras), não têm a possibilidade de interagir eficazmente com estas ferramentas (Crawford & Serhal, 2020). A falta de acesso às soluções digitais utilizadas contribuirá, então, para outcomes pouco positivos ao nível da equidade social (Brewer et al., 2020; Crawford & Serhal, 2020).

Para responder a este desafio tornam-se necessárias novas metodologias que promovam a integração da equidade enquanto fator fundamental aos vários níveis de desenvolvimento e aplicação de novos meios tecnológicos e digitais, tal como, por exemplo, preconizado na Digital Health Equity Framework (Crawford & Serhal, 2020). Por exemplo, estas novas metodologias podem resultar no desenvolvimento de tecnologias e estudos sobre inteligência artificial no âmbito da transparência ética (Trocin et al., 2021) e integração das comunidades no processo de desenvolvimento de novas soluções digitais (Brewer et al., 2020).

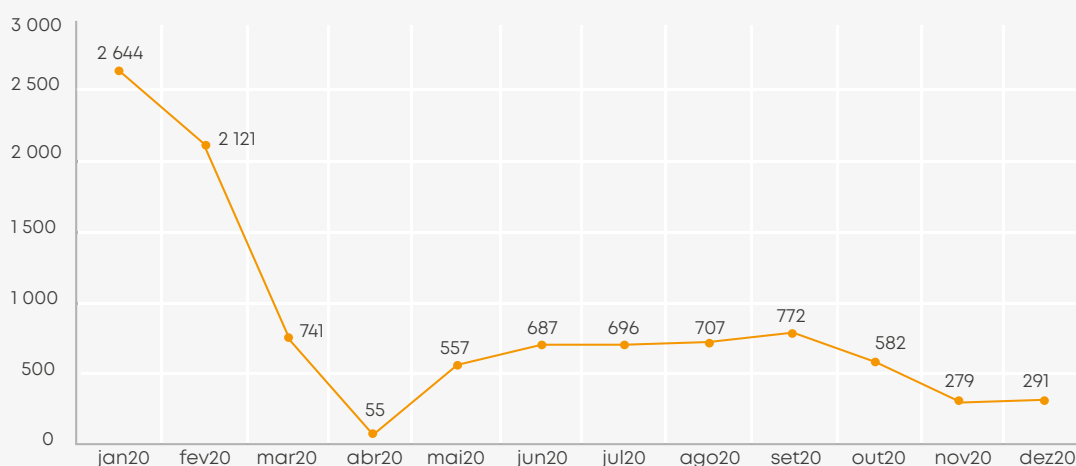
De referir também a equidade na comparticipação destas tecnologias. Isto é, se existir um wearable ou uma app que demonstre melhorar a saúde (por exemplo, aumentar qualidade de vida ou diminuir incidência de uma doença) e essas tecnologias sejam pagas, como garantir a equidade no acesso? Num estudo recente de Holko e outros (2022), os autores referem que com o crescimento do uso dos dados destas tecnologias em ambientes clínicos e de investigação, o acesso inconsistente às tecnologias de saúde digital pode significar que tais ensaios podem não ter diversidade de participantes. Pelo que garantir equidade no acesso é essencial para evitar o risco de que as tecnologias digitais se tornem noutra determinante social da saúde (Holko et al., 2022). À semelhança de medicamentos e dispositivos médicos há que explorar mecanismos de comparticipação. Assim, poderá atuar-se ao nível das disparidades sociais dentro de comunidades, de forma a que o desenvolvimento tecnológico atue como fator de promoção da equidade social.

Em Portugal, destacam-se alguns bons exemplos de integração das comunidades como é o caso do Balcão SNS24 que promove a inclusão digital e social ao facilitar o acesso aos serviços digitais do SNS como: o marcar consultas, renovar receitas, entre outros serviços do SNS, e o acesso mediado que possibilita, por exemplo, realizar uma teleconsulta.

No entanto, esta solução deve ser alargada a todo o país e não se concentrar apenas na região norte do país. Por outro lado, verificou-se que com o início da pandemia um dos serviços do SNS24 de marcação de consultas reduziu-se drasticamente (**Figura 18**), aumentando os problemas de acesso.

Apesar dos diferentes canais de interação do cidadão com o sistema permanecem inúmeras dificuldades no acesso: o telefone dos cuidados de saúde primários não é atendido, a funcionalidade de marcação de consulta no portal do cidadão não está disponível, entre outras. Urge, portanto, ser pensada uma solução transparente e de fácil acesso que possa orientar o utilizador no sistema com o número mínimo de portas de entrada. Destaca-se o cuidado dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) sobre o tema da equidade no acesso no ponto 5, Acesso dos Segmentos em risco de exclusão, plasmado no Plano Operacional 2021-2022 do PENTS (SPMS & CNTS, 2021).

Figura 18. Marcação de consultas SNS24: serviço administrativo – com sucesso (2020)



Fonte: Original SPMS. (Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2020b)

Por outro lado, outros desafios éticos, legais e sociais da saúde digital merecem atenção, tais como questões de privacidade, confidencialidade e proteção de dados de saúde; a avaliação e validação da segurança e qualidade das inovações na área da saúde digital; a identificação e mitigação de obstáculos a uma justa distribuição dos riscos, custos e benefícios de produtos e serviços; a promoção da transparência dos processos; a deteção e correção de enviesamentos de algoritmos em contextos de saúde; o respeito pela autonomia e das tomadas de decisão livres e esclarecidas; a aferição do risco de desumanização dos cuidados de saúde, ou, de forma mais ampla, a definição de regras de responsabilidade por danos em saúde prestados em ambiente digital. A estes desafios, deve responder-se com determinação, envolvimento, debate alargado, tolerância, empatia e consciência, garantindo o maior respeito possível pelos princípios éticos fundamentais e normas jurídicas aplicáveis e a desenvolver (Cordeiro, 2021; Victorino et al., 2021).

LITERACIA EM SAÚDE E DIGITAL PARA CAPACITAÇÃO DE CIDADÃOS, DOENTES E PROFISSIONAIS

A literacia será descrita com maior detalhe em ponto próprio deste capítulo, referindo-se aqui a capacitação dos profissionais.

A existência de líderes e profissionais preparados e que estejam já hoje a preparar este futuro é fundamental. Dois dos motores para a transformação digital na área da saúde são, por um lado, o aumento da esperança média de vida, com a conseqüente necessidade de acesso a cuidados de saúde, e por outro, a crescente necessidade de adequação na formação de profissionais de saúde, além da necessidade de melhoria da eficiência das próprias instituições e sistema de saúde (Pinto & Magalhães, 2021). Na reflexão de Pinto & Magalhães (2021) e, de acordo com dados do Pordata, “a proporção da população em Portugal que não teve acesso a cuidados de saúde por motivos financeiros, devido às listas de espera ou à distância, subiu de 1,1% em 2008 para 1,7% em 2019, com uma variação mais acentuada nas mulheres”. Mais referem que, apesar do aumento dos profissionais de saúde no SNS (+12% em 2019, nos hospitais) na última década, não são suficientes para a crescente necessidade de cuidados de saúde. A pandemia de COVID-19 veio agravar ainda mais este problema com a saída de profissionais de saúde do SNS quer para instituições privadas, quer para outras áreas fora da saúde, não só em Portugal, mas um pouco por todo o mundo (Pinto & Magalhães, 2021).

Como poderemos então ultrapassar este fenómeno para continuar a garantir cuidados de saúde a toda a população? Como preparar os profissionais de saúde para uma era de escassez de profissionais, mas com um auxiliar poderoso que é a tecnologia? Ainda segundo os mesmos autores, e de acordo com o relatório do Topol Review (2019), dentro de vinte anos, 90% de todos os empregos no SNS inglês exigirão algum elemento de competências digitais. Este mesmo relatório prepara o futuro com a definição de uma estratégia de formação de digital para os diferentes profissionais de saúde do SNS inglês. Este facto é reconhecido por diversas entidades internacionais: tanto a OMS como a Comissão Europeia identificaram a capacitação digital dos profissionais de saúde como uma prioridade (Council of the European Union, 2021; WHO, 2021).

Temos, pois, de preparar a nossa força de trabalho para uma nova era nos cuidados de saúde, tanto na formação pré-graduada como na pós-graduada e ao longo da vida. Se tivermos profissionais bem formados também temos capacidade de melhor informar e envolver os doentes na literacia digital. O trabalho com as universidades e ordens profissionais irá ser fundamental nesta geração de competências em digital.

PRINCIPAIS CONCEITOS

O conceito de saúde digital tem evoluído rapidamente, desde que foi introduzido pela primeira vez em 2000, por Seth Frank, englobando aplicações de internet e media com o intuito de melhorar o conhecimento médico, o mercado da saúde e a conectividade (Frank, 2000). Ao longo dos anos, o termo saúde digital foi se expandindo para abranger um conjunto mais amplo de tecnologias e inovações, incluindo a genómica, a inteligência artificial, data science, wearables, mHealth, a telessaúde e a medicina personalizada ou de precisão (Mathews et al., 2019). Atualmente a saúde digital abrange áreas profissionais como a medicina, saúde pública, engenharia, ciência de informação, bioinformática, epidemiologia, biomedicina, ética, entre várias outras.

A *Healthcare Information and Management Systems Society* (HIMSS) define-a da seguinte forma: “A saúde digital conecta e capacita as pessoas e populações para gerir a saúde e o bem-estar, apoiadas por equipas de prestadores que trabalham em ambientes de cuidados flexíveis, integrados, interoperáveis e digitalmente habilitados que alavancam estrategicamente ferramentas digitais, tecnologias e serviços para transformar a prestação de cuidados” (Snowdon, 2020).

Atualmente aparecem conceitos ligados à saúde digital diversificados, diferindo os conceitos consoante o enquadramento e impactando negativamente a comunicação e a compreensão de todos os atores, da qualidade dos registos e dos dados (Loureiro, 2021).

O desenvolvimento de uma linguagem padronizada apoia um diálogo, entre profissionais de saúde digital e a população, orientado para a saúde digital. A SPMS propôs no PENTS (2019) o alinhamento e formatação dos conceitos dentro da saúde digital e apresentada de uma forma clara por Loureiro (2021). Destacamos aqui o conceito de telessaúde e a sua abordagem por área profissional, especialidade clínica ou tipo de serviço (**Tabela 11 e Tabela 12**).

A telessaúde define-se assim como “*Prestação de serviços de saúde ao cidadão ou cuidador à distância, por canais de acesso remoto baseados em tecnologia de informação e comunicação, possível de ocorrer nos vários momentos da prestação de cuidados e de integrar com a prestação de cuidados de saúde presenciais*”.

Tabela 11. As diferentes abordagens da telessaúde (alguns exemplos)

ÁREA PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE CLÍNICA	SERVIÇO
Tele-enfermagem	Teledermatologia	Teleconsulta
Telemedicina	Telecardiologia	Telemonitorização
Telenutrição	Telenefrologia	Teletriagem
Telefarmácia	Telepediatria	Telereabilitação
Telepsicologia	Telepneumologia	Telediagnóstico

Fonte: (Loureiro, 2021)

Ou seja, abre o conceito do serviço às diversas áreas profissionais de telessaúde, devendo os sistemas de informação ser adaptados a esta realidade.

Podemos ter por exemplo, uma teleconsulta no âmbito de telemedicina, que diz respeito à prestação remota de cuidados de saúde através de ferramentas tecnológicas mas podemos ter também uma teleconsulta no âmbito da telefarmácia, ou seja, realizada por farmacêuticos à distância usando tecnologia.

Tabela 12. Serviços de telessaúde: alguns conceitos

SERVIÇOS DE TELESSAÚDE	
TELERASTREIO	Rastreio à distância, para deteção de fatores de risco, condição prejudicial ou doença assintomática, realizado por iniciativa do cidadão ou do sistema.
TELETRIAGEM	Triagem à distância, para avaliação preliminar de sinais, problemas ou sintomas, permitindo orientar o cidadão para o cuidado de saúde adequado (emergente, urgente ou não urgente).
TELECONSULTA	Consulta à distância, que permite a interação e partilha de informação, com registo obrigatório no processo clínico do cidadão. Pode ocorrer de forma síncrona (em direto) ou assíncrona (em diferido).
TELEMONOTORIZAÇÃO	Monotorização à distância, existindo recolha, transmissão e análise da informação de saúde, como sintomas ou parâmetros biométricos do cidadão, que permitem a vigilância e acompanhamento da saúde do cidadão
TELEREABILITAÇÃO	Reabilitação à distância, que permite a execução, adaptação e monitorização de medidas de reacquirição de funcionalidade e recuperação, com ou sem recurso a instrumentos específicos de reabilitação.
TELEDIAGNÓSTICO	Formulação de diagnósticos à distância, com base na análise e valiação de exames clínicos previamente realizados e obtidos junto do cidadão (por exemplo, imagiologia ou patologia clínica).

Fonte: (Loureiro, 2021)

Em complemento a este conjunto conceitos incluir a teleconsultadoria, como a interação entre dois ou mais profissionais de saúde ou do sector social a propósito de um doente. Algumas destas interações podem ser teleconsultas (por exemplo, o que se passa na teledermatologia - por vezes, o dermatologista diagnostica e recomenda ao médico de família um tratamento), mas outras são uma forma de fazer consultas multidisciplinares com profissionais de diferentes níveis de cuidados (como o exemplo da telecardiologia no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra) (Jordanova & Lievens, 2022, pág. 35-37).

De sublinhar o alinhamento dos conceitos presentes na circular normativa n.º 3/2021, de 26 de fevereiro de 2021, da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) já nesta perspetiva: a teleconsulta é definida como “Consulta médica, no âmbito da telemedicina, realizada à distância com recurso à utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados (inclui videochamada, telefone móvel ou fixo, correio eletrónico e outros meios digitais), com registo opcional no equipamento e obrigatório no processo clínico do utente”, pelo que os contactos telefónicos entre o médico e o doente poderão ser, assim, considerados uma consulta por telessaúde (Ministério da Saúde. ACSS, 2021).

De referir também a necessidade de o financiamento acompanhar estas novas formas de prestação de cuidados. Aliás a SPMS e muito bem refere-o no seu Plano Operacional 2021-2022 do PENTS, mais precisamente no ponto 3.3 - Alinhamento contínuo de financiamento e contratualização de serviços de telessaúde, considerando a articulação com a ACSS (SPMS & CNTS, 2021). É aliás um ponto fundamental para a evolução da telessaúde em Portugal e não só para os hospitais mas também para os cuidados de saúde primários e para a própria sustentabilidade do sistema.

Alguns estudos já evidenciam isto mesmo. Num estudo de Ekman (2018) evidenciou-se a diferença de custos entre uma consulta tradicional e uma teleconsulta, tanto ao nível do prestador como do doente, trazendo claros benefícios com a teleconsulta com aproximadamente metade do custo (Ekman, 2018).

A LITERACIA EM SAÚDE E LITERACIA EM SAÚDE DIGITAL

Literacia em saúde pode ser definida como a capacidade para tomar decisões fundamentadas no decurso da vida do dia a dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na utilização dos serviços de saúde, no mercado e no contexto político. É uma estratégia de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir as responsabilidades (Kickbusch et al., 2006). Está ligada à literacia e envolve o conhecimento, a motivação e as competências dos indivíduos para aceder, compreender, avaliar e utilizar a informação de saúde, com o propósito de julgamentos e tomar decisões na vida quotidiana sobre cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o ciclo de vida (Sørensen et al., 2012).

Em Portugal, a promoção da literacia em saúde dos cidadãos tem sido, nas últimas décadas, identificada como o caminho para a melhoria dos cuidados de saúde e assumida como uma preocupação na definição de políticas de saúde. Esta dimensão surge como consequência do entendimento do facto de indivíduos com baixa literacia em saúde apresentarem menor capacidade de: (i) compreender informação escrita e oral fornecida pelos técnicos de saúde; (ii) ser capazes de navegar pelo sistema de saúde para obter os serviços necessários, (iii) realizar os procedimentos necessários e (iv) seguir indicações prescritas.

Está também negativamente relacionada com a autogestão de doenças crónicas (como sejam a diabetes, a hipertensão arterial, a asma e as doenças cardiovasculares) e com a automonitorização de parâmetros de saúde (Nielsen-Bohlman et al., 2004), e os seus níveis negativos têm vindo a ser identificados como fator de risco para diversas doenças (Pignone et al., 2005), nomeadamente obesidade (Huizinga et al., 2008), diabetes (Niknami et al., 2018), doenças cardiovasculares (Baker et al., 2008) e alguns tipos de cancro (Amalraj et al., 2009). O risco de mortalidade nos idosos é claramente superior em pessoas com uma inadequada literacia em saúde (Huizinga et al., 2008), e esta dificulta a compreensão das prescrições médicas e dos folhetos informativos dos medicamentos e, aumenta erros na medicação (Manganello, 2007; Wolf et al., 2006).

Contudo, os efeitos de inadequados níveis de literacia em saúde podem ser atenuados através de estratégias de apoio e intervenção social ou pelas características do próprio sistema de saúde (Lee et al., 2009).

Dados relativos a 2016 (HLS-EU-PT) revelaram que em Portugal cerca de 61% da população inquirida apresentava um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado - situando-se a média dos outros nove países estudados em 49,2% - observando-se uma tendência decrescente quando cruzados com os grupos etários (à medida que a idade aumentava o nível de literacia em saúde diminuía), e uma tendência inversa quando substituída a idade pelo nível de escolaridade da população (à medida que o nível de escolaridade aumenta, os níveis de literacia em saúde tendem a ser superiores) (Pedro et al., 2016).

Muito recentemente, em abril de 2022, foram divulgados os resultados do mais recente estudo de literacia feito em Portugal, concretizado pela Direção Geral da Saúde, já durante o período pandémico. De acordo com os resultados deste estudo (HLS19), 7 em cada 10 pessoas em Portugal tem níveis elevados de literacia em saúde, o que revela que 30% da população inquirida apresentava um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado (Arriaga et al., 2022). Mantendo-se as mesmas tendências relativamente à idade e à escolaridade.

Podemos identificar como fatores preditores dos níveis de literacia em saúde a privação financeira (pessoas com baixos rendimentos e com dificuldades em pagar as contas tendem a ter níveis de literacia em saúde mais baixos), a condição socioeconómica (grupos mais vulneráveis, com uma condição socioeconómica mais baixa, tendem a ter níveis de literacia em saúde inferiores), a escolaridade (quanto mais elevado o grau académico, maior o nível de literacia em saúde) e a idade (quando à medida que a idade aumenta, o nível de literacia em saúde tende a diminuir) (Arriaga et al., 2022; Pedro et al., 2016).

Ainda de acordo com Arriaga et al. (2022), e porque este estudo explorou também a dimensão de literacia em saúde digital e a sua relação com o nível de literacia em saúde, encontrando uma correlação estatisticamente significativa, destacou-se que 47.3% da população inquirida tem níveis adequados de literacia em saúde digital. No entanto, é de destacar que a proporção de pessoas com o nível mais baixo de literacia reportado, o nível Inadequado, é muito superior no domínio da literacia em saúde digital (27.7%) do que na literacia em saúde (8%).

Considerando a proporção significativa de pessoas com níveis inadequados de literacia em saúde e os impactos não só nos sistemas de saúde, mas também nos resultados em saúde (individuais e coletivos), a importância da temática como tema de investigação tem sido destacada num conjunto de estudos que sugere que esta pode desempenhar um importante papel na manutenção ou melhoria da condição de saúde e que pode ser um elemento preditor pouco explorado de desigualdades em saúde: (i) ao nível do acesso e da utilização dos cuidados; (ii) das interações entre cidadãos e profissionais de saúde; (iii) da gestão individual de saúde; (iv) dos determinantes da saúde; e (v) do envolvimento (engagement) dos cidadãos (Nutbeam, 2009; Paasche-Orlow & Wolf, 2007; Wolf et al., 2006).

Contudo, e tendo em consideração as tendências previamente apresentadas, verifica-se que não são somente os grupos vulneráveis que apresentam níveis inadequados de literacia em saúde, mas antes a população em geral. Verificamos também que este não é um problema individual isolado, é antes um determinante sistémico que deve ser analisado segundo uma visão holística e integrada.

Se anteriormente o conceito de literacia em saúde era usado principalmente no contexto dos cuidados de saúde, atualmente é reconhecido como uma prioridade política pelos decisores nacionais e da UE e mencionado nos documentos de saúde e políticas públicas.

Recorda-se que, de acordo com o HLS-EU, aproximadamente 50% da população não possui literacia em saúde suficiente na Europa (Sørensen et al., 2015), com base nesse resultado, a literacia em saúde torna-se uma questão política, que não pode ser negligenciada, e os decisores políticos da UE começam a focar-se mais nesta. No entanto, destaca-se que a evidência publicada na Europa é ainda insuficiente, dado que apenas 15% dos autores de artigos científicos publicados sobre literacia em saúde são europeus (Quaglio et al., 2017).

De acordo com Aldoory (2017) existem atualmente três lacunas de investigação no que diz respeito à literacia em saúde: (i) a ausência de desenvolvimento teórico e de teste encontrado no corpo de conhecimento sobre literacia em saúde; (ii) a ausência de investigação em literacia em saúde baseada na comunidade; a lacuna de investigação que explore a literacia em saúde interativa e crítica (Aldoory, 2017).

A TELESSAÚDE EM PORTUGAL

Nos pontos seguintes vamos passar por algumas áreas da telessaúde fazendo um panorama da situação atual em Portugal, permitindo-nos refletir sobre as mesmas.

Telemedicina e a sua evolução

Tem-se visto o crescimento do uso da telemedicina ao longo dos últimos dez anos, verificando-se um crescimento exponencial face à atual situação pandémica de Covid-19 e a necessidade de distanciamento social que esta última impôs (Chuo et al., 2020; Lurie & Carr, 2018).

Os avanços que têm ocorrido na área da telemedicina estão a revolucionar a prestação de cuidados de saúde, e, aliados ao crescente desenvolvimento e banalização de meios tecnológicos, permitem a prestação de serviços a milhões de pessoas cujo acesso prévio seria precário (Dorsey & Topol, 2016; Smith et al., 2020).

Se olharmos para a evolução do número de consultas nos cuidados de saúde primários neste período pandémico, percebemos que, em 2020, o número de consultas presenciais sofreu um decréscimo de 38,5% face a 2019. No entanto, foi possível ultrapassar os constrangimentos relacionados com a pandemia, com recurso às teleconsultas, que registaram um aumento superior a 100%, tendo sido efetuadas mais de 32,5 milhões de consultas médicas, um acréscimo de 3,1% em relação a 2019 (Ministério da Saúde. ACSS, 2020b).

Ao nível dos cuidados hospitalares a tendência de crescimento de teleconsultas de telemedicina foi igualmente crescente atingindo-se no final de 2020 mais 49,36% face ao ano anterior e, em 2021, mais 697,36% de crescimento face a 2020. Observa-se no entanto uma descida nos primeiros meses de 2022 que ronda os 49% face a 2021, mas mesmo assim muito elevado face àquilo que se praticava em 2019 e até mesmo em 2020 (Centro Nacional de Telessaúde (CNTS), 2022).

Na perspetiva dos profissionais, num estudo em Portugal que decorreu durante julho e setembro de 2020, foram inquiridos mais de 2000 médicos, tendo sido registada uma elevada satisfação com as consultas não presenciais (CNP) com significativa associação à ideia de que a CNP providencia cuidados de saúde de qualidade equivalentes à consulta presencial e adesão à realização de CNP após a pandemia. Dos inquiridos 93,8% realizaram CNP no período, dos quais 99,0% utilizou o telefone como forma de comunicação e apenas 8,0% a videochamada (O'Neill et al., 2022). Apesar destes meios terem sido disponibilizados não foram efetivamente utilizados.

Outros projetos para além da teleconsulta são de destacar, em particular o rastreio teledermatológico em que, 44,5% dos pedidos de primeira consulta na área da dermatologia foram resolvidos, em 2020, por esta via (Ministério da Saúde. ACSS, 2020b).

Também a telemonitorização nas suas diferentes áreas é uma das tecnologias que mais futuro apresenta na revolução dos cuidados e com já resultados evidentes da sua eficácia com redução efetiva da mortalidade (Nunes-Ferreira et al., 2020).

No entanto, é necessário que o financiamento das instituições de saúde do SNS não se resume a três programas, mas a toda a potencialidade que programas de telemonitorização, telerreabilitação, entre outros possam trazer.

A PANDEMIA DE COVID-19 E A TELEMEDICINA

A pandemia COVID-19 criou uma necessidade urgente de respostas coordenadas dos vários setores da sociedade, impulsionando a área da saúde e os seus stakeholders para o universo de soluções digitais. As políticas de distanciamento social e confinamento da população, em certos períodos, causaram uma mudança radical na prestação de cuidados de saúde (IQVIA, 2021).

Dadas as circunstâncias, as plataformas de Telemedicina surgiram como abordagens promissoras para enfrentar esse desafio, já que permitem que os pacientes recebam atendimento em casa, evitando a disseminação da COVID-19 (Greenhalgh, Wherton, et al., 2020). A telemedicina não ofereceu apenas uma resposta para o seguimento clínico de doentes com diagnóstico de COVID-19, mas permitiu também manter parte da atividade assistencial de sistemas de saúde em sobrecarga (Greenhalgh, Koh, et al., 2020), como foi o caso em Portugal do Trace-COVID. Adicionalmente, estas ferramentas mostraram-se úteis para estudos longitudinais de grandes coortes de doentes infetados, tal como o Predi-COVID que pretende estudar os determinantes de gravidade clínica da COVID-19 utilizando dados do sistema nacional de televigilância luxemburguês (Fagherazzi et al., 2020).

Várias outras soluções digitais demonstraram ser importantes no controlo e gestão das diferentes fases pandémicas, tais como ferramentas de mapeamento (Surveillance and Outbreak Response Management and Analysis System - SORMAS e HealthMap) e de estratificação de risco (BlueDot) usadas para vigilância epidemiológica; métodos de machine learning para harmonização de guidelines; procedimentos de data linkage e big data para o rastreio de viajantes; plataformas de telessaúde ou chatbots (Buoy Health e Lark Health) para triagem clínica; modelos de deep learning de diagnóstico imagiológico de COVID-19; monitorização digital sintomas de casos confirmados de COVID-19 ou contactos de alto risco; aplicações de smartphone (tecnologias Bluetooth ou GPS) de contact tracing (TraceTogether) (Alwashmi, 2020); ferramenta para o planeamento de necessidades adotada pela OMS (ADAPTT Surge Planning Support Tool), desenvolvida pela Glintt, Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) e OMS (Glintt, 2020).

A pandemia de COVID-19 mostrou como as soluções de saúde digital permitem o uso de dados em tempo real para a prevenção e o controlo de epidemias, protegendo a saúde pública. A utilidade e reatividade demonstrada dos produtos digitais deverá motivar a integração dos mesmos nos sistemas de saúde, a longo prazo (Fagherazzi et al., 2020). Contudo, este processo de implementação apresenta obstáculos como a ausência de uniformidade nas intervenções digitais e falta de recursos na área da saúde. Perante as dificuldades, será necessária uma ação concertada dos vários stakeholders que promova uma política de saúde digital responsável, transparente e universal (Alwashmi, 2020).

TELEMEDICINA E SAÚDE MENTAL

O tema da saúde mental sempre esteve no topo das prioridades, mas ganhou uma maior atenção e dimensão com a pandemia de COVID-19. Na verdade, na impossibilidade de realizar consultas presenciais, as organizações de saúde tiveram que se reinventar de modo a conseguirem prestar cuidados de saúde à população (Mendes-Santos et al., 2020).

Em 2018, uma em cada seis pessoas na Europa apresentava um problema de saúde mental (OECD, 2018). Evidenciando-se, em 2020, taxas mais altas de stress, ansiedade e depressão (OECD & European Union, 2020).

No estudo do Global Burden Disease (GBD), Portugal apresenta a maior taxa de DALYS (que é equivalente a um ano de vida saudável perdido) a nível europeu, no qual o nosso país apresenta, juntamente com a Austrália e Canadá uma taxa mais elevada que os restantes países. Este mesmo estudo, no ano de 2020, estimou um aumento de 25,6% de transtornos de ansiedade a nível mundial (IHME. *Measuring what matters*, 2021).

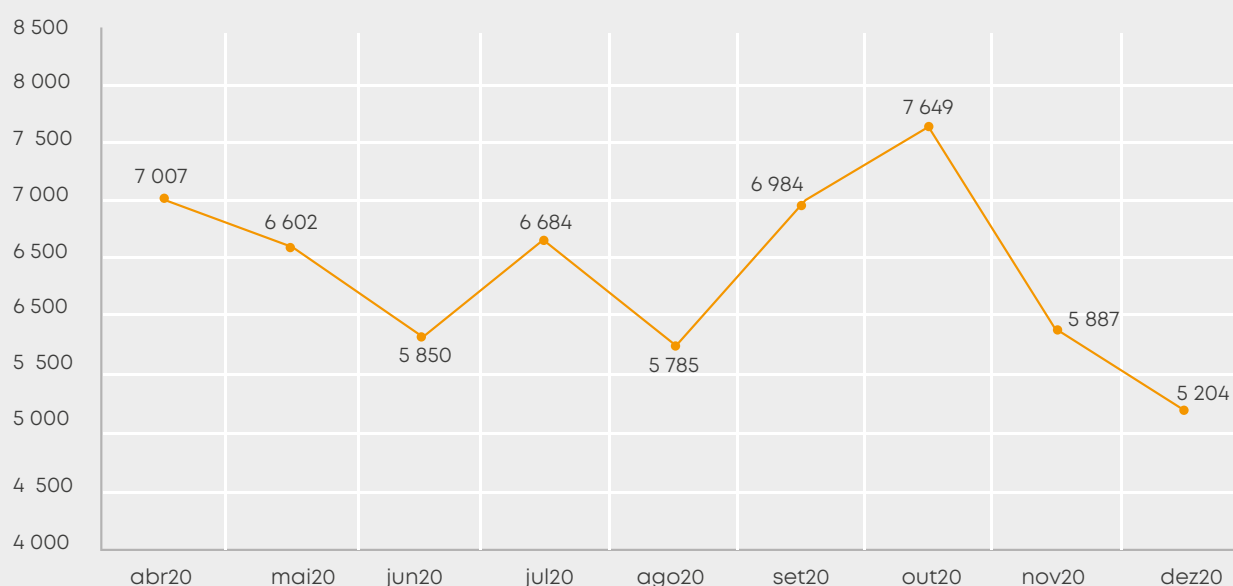
No estudo World Mental Health Survey Initiative (WMHSI) da Universidade de Harvard e OMS, Portugal apresenta uma taxa de prevalência de 42,7% relativamente ao aparecimento de uma perturbação psiquiátrica, pelo menos, uma vez durante a vida de uma pessoa, sendo apenas ultrapassado pelos EUA com uma taxa de 47,4%. Os restantes países da Europa apresentam taxas mais baixas nomeadamente a Itália com 18,1% (Mendes-Santos et al., 2020).

É neste enquadramento que a telemedicina, através da telepsiquiatria, que é considerada como a prestação de cuidados de saúde mental, à distância e idealmente com recurso a imagem (Pereira et al., 2021), entre outras (Mendes-Santos et al., 2020), pode assumir um papel estratégico importante no âmbito do quadro prioritário nacional, podendo ser mais bem aproveitada, uma vez que o modo como opera é, basicamente, a observação e o diálogo, o que lhe confere vantagem, comparativamente a outras especialidades que se regem pelo contacto e procedimentos técnicos. Poderá resolver também alguns problemas ligados à comunicação, como a barreira da máscara fácil, ou melhorar a acessibilidade e flexibilidade dos doentes (Pereira et al., 2021).

O gráfico infra apresenta a atividade do serviço de aconselhamento psicológico, no ano de 2020, o qual está integrado na linha SNS24. Esta linha tem como finalidade ajudar a população com problemas psicológicos. Este serviço é prestado por profissionais aptos e experientes no meio (Ministério da Saúde. ACSS, 2020b).

O pico das chamadas verificou-se em outubro de 2020, na época da designada segunda vaga, e em abril de 2020, na altura do primeiro confinamento, com 7.649 e 7.007 chamadas respetivamente (Ministério da Saúde. ACSS, 2020b).

Figura 19. Atividade Operacional SNS24: Serviço de Aconselhamento Psicológico (2020)



Fonte: (Ministério da Saúde. ACSS, 2020b)

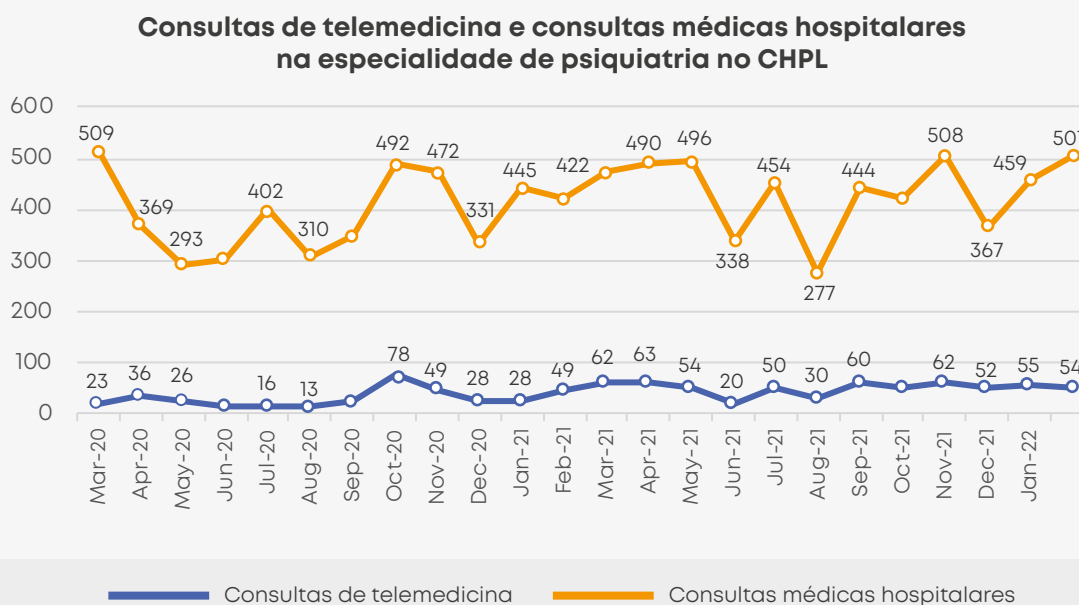
Os dados existentes em Portugal, relativamente às consultas de telemedicina realizadas, são públicos, encontrando-se no Portal da Transparência do SNS. Com a informação existente, foi elaborada uma análise do número de consultas de telemedicina e consultas médicas realizadas no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL)²⁵, no qual se verifica uma tendência de crescimento das consultas de telemedicina (**Figura 20**). Adicionalmente, verifica-se que em outubro de 2020 ocorreu o pico de consultas de telemedicina (78), comparativamente ao valor mais baixo, sendo em agosto de 2020 de 13 consultas.

É curioso notar que o pico das consultas de telemedicina foi atingido em outubro de 2020 tal como o pico das chamadas do serviço de aconselhamento psicológico do SNS24 constatadas no Gráfico 3. Com efeito, verificou-se um aumento de 12% do ano 2021 para o ano de 2022 e de 56% de 2020 para 2021 nas consultas de telemedicina do CHPL.

²⁵ As consultas não se encontram discriminadas por especialidade, pelo que se optou por analisar apenas os dados do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

Apesar de haver um aumento das consultas de telemedicina ao longo dos anos, na verdade quando analisamos o número destas consultas com o número de consultas médicas hospitalares na especialidade de psiquiatria, o número é relativamente baixo, não chegando o rácio entre os dois, a 20% em nenhum dos meses.

Figura 20. Consultas de telemedicina e consultas médicas hospitalares na especialidade de psiquiatria no CHPL



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Portal da Transparência disponível em: <https://www.sns.gov.pt/transparencia/>

De destacar também outros casos de utilização da telepsiquiatria, como por exemplo o do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho que criou uma linha de apoio psicológico, operacionalizada em abril de 2020. Foi dinamizada por 6 médicos internos da especialidade de psiquiatria. Esta linha de apoio foi providenciada aos doentes da unidade de psiquiatria, tendo a maior parte dos contactos sido realizada a pacientes que sentiam as suas condições agravadas devido à pandemia. A iniciativa da maioria dos telefonemas foi dos próprios doentes, tendo havido, também, casos de familiares a contactarem a linha por descompensações psicológicas dos doentes (A. T. Pereira et al., 2021).

Com estas chamadas, os profissionais conseguiram reportar e diagnosticar doenças mentais, tendo realizado ajustes farmacológicos ou realizado psicoeducação. Esta última é uma intervenção terapêutica para ajudar os pacientes e seus familiares a lidarem com a doença (Pereira et al., 2021).

Apesar de em Portugal as tecnologias digitais serem ainda pouco utilizadas na área da saúde mental, soluções como a formação dos profissionais da área com o uso das tecnologias, a realização de webinars, a existência de uma estratégia nacional para a aplicação da saúde mental digital, bem como a abordagem destas temáticas nos planos curriculares de estágios profissionais ou mesmo nas licenciaturas, poderiam fomentar o uso da telessaúde, privilegiando o acesso dos doentes, reduzindo distâncias e melhorando a prestação de cuidados de saúde.

A SAÚDE DIGITAL PARA A INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS: TELEMONITORIZAÇÃO NA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

A integração de cuidados é entendida como um meio para melhorar o acesso aos serviços de saúde, elevar os padrões de qualidade na prestação de cuidados, aumentar a satisfação dos utentes e obter ganhos de eficiência (Santana & Costa, 2008). Esta abordagem torna-se

premente no atual contexto em que os sistemas de saúde enfrentam importantes desafios relacionados com o prolongar da vida e o conseqüente envelhecimento das populações, bem como a crescente complexidade das necessidades em saúde.

Apesar dos esforços que têm sido realizados no sentido do desenvolvimento de modelos de cuidados integrados, as estruturas sociais e de saúde na Europa são, ainda, predominantemente assentes em modelos e organizações construídos em torno de silos de especialização, voltados para a resposta a episódios de doença aguda, sem considerar o utente em todas as suas dimensões e o sistema de oferta de cuidados como um todo (Albreht et al., 2016).

A saúde digital tem contribuído, através da introdução de tecnologias digitais, para a capacitação dos indivíduos para que sejam cada vez mais ativos na gestão da sua saúde (Erikainen et al., 2019), e também para a promoção da integração de cuidados e a sua prestação de forma mais efetiva, eficiente e centrada no indivíduo (European Commission. Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), 2019).

Neste contexto, é apresentada de seguida uma breve reflexão sobre a influência da saúde digital na promoção da integração de cuidados e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade e eficiência dos mesmos.

INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS E SAÚDE DIGITAL

Comumente caracterizada pela coordenação, multidisciplinar, de prestadores e serviços, tendo em vista a prestação de cuidados, de qualidade, orientados para as necessidades dos utentes e suas famílias e para a sua capacitação enquanto agentes ativos na gestão do seu processo de saúde-doença, a integração de cuidados é apontada como uma abordagem com potencial para melhorar os resultados em saúde, a experiência individual de cuidados e reduzir custos, contribuindo, assim, para a sustentabilidade do sistema e para a criação de valor em saúde.

A integração de cuidados pode ser analisada de diferentes perspetivas, tais como o nível em que ocorre, o processo em que se concretiza e o seu grau ou intensidade (Goodwin, 2016). Para além disso, a integração de cuidados assume diferentes formas sendo as mais conhecidas a integração estrutural (horizontal ou vertical), a integração funcional (clínica, de informação, financeira e administrativa), a integração normativa e a integração sistémica (Santana & Costa, 2008).

Em particular, a integração sistémica refere-se à integração da organização como um todo, de todas as unidades e serviços, exigindo, assim, que todas as dimensões da integração estejam presentes e sejam consistentes entre os diferentes níveis do sistema de saúde (Contandriopoulos et al., 2003). Nesta perspetiva de integração de cuidados, realça-se a relevância da interoperabilidade entre sistemas de informação para a promoção do continuum de cuidados, e a monitorização de resultados e custos ao longo desse continuum.

Apesar das potencialidades da integração de cuidados se encontrarem amplamente difundidas, esta continua a ser um objetivo geral por atingir pelos diferentes sistemas de saúde. Mesko (2018), referiu que o sucesso da prestação de cuidados depende da colaboração, empatia e tomada de decisão partilhada. Para a sua concretização, e em particular, para os processos de colaboração e tomada de decisão partilhada, o fluxo contínuo de informação (atualizada e acessível) entre os diferentes stakeholders envolvidos é uma premissa basilar (Mesko, 2018).

Os avanços tecnológicos e em particular as tecnologias de saúde digital, de que são exemplo os registos eletrónicos de saúde, a telessaúde e a telemonitorização, ao facilitarem, entre outros, o fluxo contínuo de informação entre profissionais, cuidadores informais e utentes, têm sido apontados como promotores de maior coordenação e integração da resposta ao nível da

prestação de cuidados e geradores de valor e de eficiência para os sistemas de saúde. A saúde digital é hoje parte integrante da prestação de cuidados, cujo potencial para atingir as prioridades de saúde é amplamente reconhecido (Baltaxe et al., 2019). Os seus objetivos incluem: educar e capacitar os cidadãos de forma a promover a sua saúde, prevenir e gerir a doença; permitir o diagnóstico e a tomada de decisão partilhada, mais rápida e atempada; e promover a colaboração multidisciplinar entre os diferentes stakeholders (Haas & Sembritzki, 2006). Estes objetivos encontram-se alinhados com os objetivos dos modelos de integração de cuidados de saúde e podem ser categorizados nas principais dimensões identificadas pelo *Institute for Healthcare Improvement – Triple Aim* – para otimizar o desempenho dos sistemas de saúde: melhorar a experiência individual de cuidados; melhorar a saúde das populações; e reduzir o custo per capita dos cuidados de saúde (Berwick et al., 2008).

A aplicação crescente de tecnologias digitais no setor da saúde tem permitido a implementação de modelos de cuidados mais centrados no utente, promotores de integração de cuidados, de que são exemplo os programas de autogestão do processo de saúde-doença e os cuidados domiciliários (Yogesana et al., 2009) - cujos benefícios ao nível da experiência do utente, redução de custos e manutenção da qualidade e segurança têm sido amplamente reconhecidos.

Em particular, a maior possibilidade de acesso dos cidadãos à sua informação de saúde, potenciada por tecnologias digitais como apps e sites (que têm sido a maior área de crescimento de saúde digital nos últimos cinco anos) (Singh et al., 2019), promove a autogestão e, conseqüentemente, melhores resultados em saúde associados a menores custos.

A nível macro, um exemplo que permitiu contribuir para a integração de cuidados e para a redução de custos, é a Rede Dinamarquesa de Dados em Saúde que ao possibilitar a rápida e eficiente comunicação entre utentes, médicos e profissionais do setor social contribui para a redução de \$120 milhões por ano (*European Commission*, 2012).

As tecnologias digitais apresentam-se, assim, como cruciais para a concretização de um modelo de sistema de saúde integrado. Contudo, à semelhança da implementação dos projetos de integração de cuidados, também a utilização de tecnologias digitais neste âmbito tem sido, sobretudo, caracterizada por soluções restritas ao contexto no qual foram desenvolvidas, o que se traduz numa limitação ao seu impacto e alcance potencial (Ferrando et al., 2019).

Apesar das reconhecidas potencialidades da saúde digital esta é confrontada com inúmeras barreiras à sua implementação, das quais se destaca a falta de interoperabilidade técnica. Os sistemas de registo ao não terem sido projetados para funcionar em rede, tornam necessária a utilização de diferentes fontes de informação para acesso a dados de saúde dos indivíduos (Alkhalidi et al., 2014), contribuindo para maior consumo de tempo e redundâncias.

Em particular no que respeita a barreiras à implementação de tecnologias de saúde digital nos programas de integração de cuidados, os gestores dos programas incluídos no estudo ICARE4EU identificaram: o financiamento inadequado (60%); problemas de interoperabilidade (55%); a falta de infraestrutura de tecnologias de informação (53%), falta de competências para utilização destas tecnologias entre os utentes e os prestadores (52% e 45%) e a falta de um quadro legislativo dedicado (50%). Outras barreiras mencionadas incluíram a resistência cultural à adoção destas tecnologias (Melchiorre et al., 2018).

Pihir e colegas (2018) identificaram cinco determinantes para a transformação digital de forma a ultrapassar as barreiras identificadas e implementar um ecossistema digital de saúde integrado (Pihir et al., 2018):

Orientação estratégica – visão, gestão, liderança (inclui o envolvimento e a partilha da visão da proposta de valor do digital);

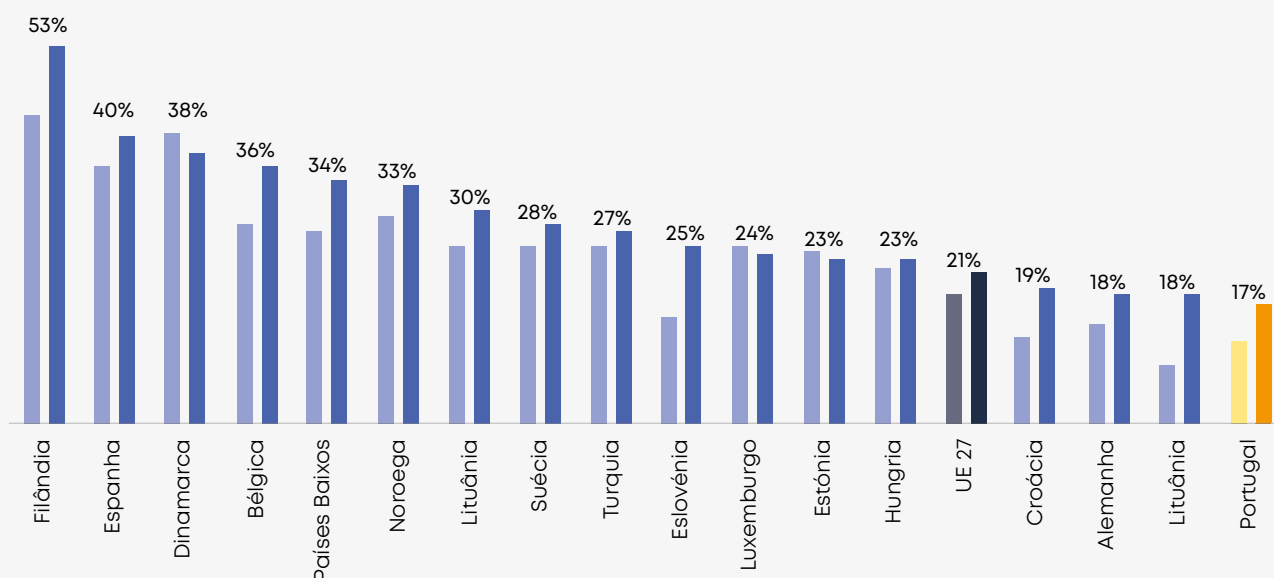
Centralidade no cliente (utente) – monitorização da experiência dos utentes e previsão das suas necessidades (na área da saúde este ponto pode ser promovido através da utilização de medidas de resultados e experiências relatados pelo utente, bem como o seu

envolvimento no desenho das tecnologias digitais);
 TIC e infraestrutura de processos – recursos TIC, gestão de processos;
 Talento, competências e fortalecimento de capacidades – cultura de investimento permanente em novas competências, conhecimento e capacidades;
 Cultura de inovação e compromisso organizacional – compromisso com a cultura organizacional, cultura de inovação e fatores organizacionais.

Estes determinantes apesar de não serem exclusivos à área da saúde são enquadráveis no seu ecossistema. Alguns exemplos em Portugal são de destacar como o projeto de teledermatologia que facilitou a integração de cuidados entre os cuidados de saúde primários (CSP) e a redução das listas de espera para consultas de especialidade nos hospitais; a implementação do AlertPI que veio facilitar a articulação entre os CSP e os Hospitais; ou o projeto de telecardiologia do CHUC (Jordanova & Lievens, 2022; Maria et al., 2022).

Por outro lado, a digitalização dos cuidados de saúde de uma forma global tem tido uma tendência crescente. Refletirmos onde estamos é essencial para percebermos para onde vamos. E efetivamente se nos compararmos com o que melhor se faz na Europa, temos soluções muito boas mas ainda muito atrás de países como a Estónia, a Finlândia ou a Dinamarca (Taylor et al., 2020). Estamos em diferentes velocidades. Por exemplo temos uma desmaterialização quase total das receitas com 98,5% de desmaterialização em abril de 2022 (SPMS, 2022) mas depois estamos atrás em outras áreas como o open data, a interoperabilidade, a desmaterialização de processos como o agendamento de consultas onde estamos na cauda da Europa (**Figura 21**) sendo um suporte essencial à integração de cuidados.

Figura 21. % utentes que usaram um website para agendamento de uma consulta



Fonte: (SPMS & CNTS, 2021)

De seguida é apresentado com maior detalhe um exemplo da aplicação da saúde digital no apoio à integração de cuidados.

Um dos modelos assistenciais que tem surgido no sentido de prestar cuidados mais centrados no utente, com benefício custo-efetivo é a hospitalização domiciliária. O princípio base da hospitalização domiciliária é o tratamento de utentes com doença em fase aguda ou crónica agudizada que requerem cuidados de nível hospitalar, mas que reúnem condições para ser tratados no seu domicílio. Este modelo é recomendado pela Organização Mundial de Saúde, apresentando-se como uma oportunidade para o desenvolvimento de respostas que promovem a integração, a continuidade de cuidados e a obtenção de melhores resultados em saúde. (Ministério da Saúde. ACSS, 2020a).

A utilização de tecnologias digitais é um imperativo na implementação deste modelo assistencial, das quais se destaca a telemonitorização. O kit de telemonitorização utilizado no âmbito desta unidade é composto por um conjunto de dispositivos, tais como tablet, termómetro e sensor de queda (Tec Labs, 2020) e apresenta-se como uma solução interativa que não exige literacia informática. Todos os sensores deste kit estão conectados a um *Health Hub* e ligam-se automaticamente. Em paralelo, o tablet dispõe de um software em que uma “enfermeira virtual” guia o utente na correta utilização dos dispositivos que compõem o kit (Tec Labs, 2020). As medições são realizadas de forma remota pelos profissionais de saúde que têm acesso em tempo real aos dados. Esta solução é, ainda, completada pela possibilidade de realização de videochamada que permite manter a proximidade dos cuidados, e o acesso aos mesmos, mesmo sem a presença física do profissional de saúde.

A integração da saúde digital contribui para potenciar os benefícios deste modelo ao promover uma maior proximidade entre o utente e a equipa de saúde, maior vigilância e maior fluidez na comunicação e transferência de informação. Este projeto expressa a confluência entre a saúde digital e a humanização e integração de cuidados, contribuindo para a prestação de cuidados mais personalizados e de maior qualidade.

A IMPORTÂNCIA DA CERTIFICAÇÃO E REGULAÇÃO

Com a evolução dos sistemas de informação na saúde e a sua expansão para fora dos muros das instituições, assumindo o doente uma participação ativa na sua relação com o sistema de saúde através do digital mas também na co-criação de soluções que sejam verdadeiramente úteis, colocam-se vários desafios, em particular ao nível da segurança, da interoperabilidade, da qualidade da solução e da própria prestação de cuidados de saúde digitais. Conforme apontado pelo atual Presidente do Infarmed “O digital é uma ferramenta poderosa, mas pode igualmente vir a ser uma arma” (Ivo, 2021, p. 121). A necessidade de regulação deste setor apresenta preocupações a um nível global e não sendo apenas um problema da área da saúde a “regulação vai tipicamente atrás da tecnologia” (Cruz, 2021, p. 127).

Vejamos por exemplo, a primeira proposta de regulamento da Comissão Europeia em matérias de inteligência artificial, que aparece apenas em abril de 2021, onde aborda os seus riscos e posiciona a Europa para desempenhar um papel de liderança a nível global (Comissão Europeia, 2021).

Por outro lado, no que respeita à área da saúde, a *Food and Drug Administration* (FDA), Health Canada e o *United Kingdom's Medicines and Healthcare products Regulatory Agency* (MHRA) identificaram conjuntamente dez princípios orientadores para o desenvolvimento de boas práticas de aprendizagem automática, no final de 2021. Estes princípios orientadores pretendem promover dispositivos médicos seguros, eficazes e de alta qualidade que utilizam inteligência artificial e *machine learning* (IA/ML) (U.S. *Food and Drug Administration* (FDA) et al., 2021). É também objetivo deste grupo começar a disciplinar o mercado e capacitar as partes interessadas a promover inovações responsáveis para uma futura regulação efetiva e certificada neste domínio.

É com agrado que vemos os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) no Plano Operacional 2021-2022 do Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022, a adotar um “posicionamento gradual como regulador em telessaúde e definição de requisitos de soluções de telessaúde, designadamente partilha de reforço das orientações da interoperabilidade como interesse nacional, dados no Registo de Saúde Eletrónico com o objetivo de aumentar a segurança e o valor das soluções de telessaúde” (SPMS & CNTS, 2021).

É nesta medida que percebemos que há muito ainda por fazer quer seja na emissão de normas e princípios orientadores, quer seja na sensibilização e na formação de empresas que desenvolvem nestas áreas e também dos profissionais de saúde.

Só para entendermos a problemática e tudo o que envolve e “apesar de já se encontrar na legislação há alguns anos, ainda existe por vezes a dificuldade de compreender que o termo <<dispositivo>> pode ser aplicado a algo intangível como um *software*” (Cruz, 2021, p. 127). Todas estas nuances são muito bem explicadas por Cruz (2021), onde nos faz um enquadramento legislativo sobre esta matéria em termos da União Europeia e ressalva o enquadramento das várias classes onde pode ser classificado um *software* enquanto dispositivo médico e como deve ser feita. Por exemplo, a maioria dos *software* que têm esta classificação requerem uma certificação por um Organismo Notificado (Cruz, 2021). Qual então o enquadramento legal para Portugal e quem deve regular e garantir standards e certificação? É necessário pois definir quem é quem e qual o papel de cada um.

A DIMENSÃO ECONÓMICA DA SAÚDE DIGITAL

O mercado da saúde digital continua em crescimento, com o desenvolvimento de soluções que permitem maior efetividade, eficiência, acessibilidade, segurança e personalização na área da saúde, com um enorme potencial como ferramentas promotoras da saúde e de melhoria da prestação de cuidados de saúde.

Contudo, apesar dos avanços, a confiança e receção dos principais *stakeholders* (doentes, profissionais de saúde, administradores e reguladores) à integração das soluções de saúde digital na prática médica, tem-se mantido baixa. Um dos fatores que sustenta esta dinâmica é a ausência de objetos de avaliação objetiva e transparente dos produtos de saúde digital. Sem a adoção alargada de mecanismos de validação padronizada, o valor, impacto e qualidade destes produtos não são garantidos.

Esta temática de processos de validação da Saúde Digital, tem sido explorada por vários autores, existindo um consenso sobre a necessidade de criação de uma estrutura comum de avaliação das intervenções de saúde digital, que permita gerar as evidências necessárias para integração das tecnologias nos sistemas de saúde, de forma abrangente. Neste âmbito, várias metodologias têm sido apresentadas (Mathews et al., 2019; WHO, 2016).

As avaliações das soluções de Saúde Digital apresentam desafios especiais, dado estarem na interseção da investigação biomédica, comportamental, computacional e de engenharia. Qualquer possível ganho de efetividade, acessibilidade e segurança com estes produtos depende do estabelecimento prévio de bases de evidência cumulativa. A ampliação do portfólio de questões de investigação e métodos de avaliação ajudará no desenvolvimento de conhecimento necessário para identificar as intervenções mais eficazes, custo-efetivas e seguras para a saúde individual e da população (Murray et al., 2016).

A IMPORTÂNCIA DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS

Um tema essencial, quando se fala em saúde digital, é a avaliação dos novos dispositivos. De facto, quando consideramos implementar e financiar um dispositivo de saúde digital ao nível SNS, precisamos de informação válida que confirme que a intervenção funciona, pode ser implementada, e justifica os eventuais custos adicionais. Assim, a avaliação deverá incluir várias dimensões: (i) avaliação do impacto clínico, nomeadamente, se o dispositivo permite ganhos em saúde (esperança ou qualidade de vida); (ii) avaliação da aceitação do dispositivo pelos utentes, que pode variar em função da doença, de características socioeconómicas, do período ou do local; (iii) avaliação da aceitação do dispositivo pelos profissionais de saúde, que poderá também variar pelos mesmos motivos; (iv) avaliação económica, nomeadamente, se os ganhos clínicos do dispositivo justificam os eventuais custos adicionais, ou eventualmente se existem poupanças para iguais resultados clínicos.

Nenhuma destas avaliações pode ser desligada das outras. Uma intervenção promissora do ponto de vista clínico não deve ser implementada se não houver adesão por parte dos

utentes e profissionais, seja, por exemplo, pela dificuldade da utilização ou de acesso, seja porque é percebida como ineficaz ou inadequada. Também não deverá ser implementada se impor custos insustentáveis para os serviços de saúde, custos estes não proporcionais aos ganhos obtidos. Ou, pelo contrário, não fará sentido uma intervenção que poupe recursos em detrimento da qualidade dos cuidados e do bem-estar dos utentes. Por isso, e não apenas para a saúde digital, mas também para qualquer tipo de intervenção em saúde, a avaliação económica não pode ser realizada se não houver, em primeiro lugar, uma avaliação robusta do impacto clínico.

Focando mais especificamente a eficiência económica, a saúde digital tem sido vista como uma área muito promissora. Pode evitar consultas, que são realizadas à distância; pode evitar internamentos hospitalares, através da monitorização do utente na sua casa; pode reduzir o tempo entre sintomas e diagnóstico através, mais uma vez, de sistemas de monitorização à distância; pode promover estilos de vida saudáveis, através de aplicações simples e sem intervenção direta dos profissionais; pode, finalmente, reduzir tempos e evitar desperdícios porque facilita a comunicação entre profissionais. Por sua vez, estas melhorias, caso se confirmem, poupam recursos em deslocações para o utente e o profissional; aumentam a qualidade dos cuidados pela maior rapidez de intervenção; aumentam a qualidade de vida se permitem manter o utente no seu local de vida; e aumentam a produtividade no trabalho se evitam perdas de tempo evitáveis.

Ora, estes ganhos têm sido apontados de um ponto de vista teórico, com experiências de avaliação ainda escassas e relativamente incipientes do ponto de vista metodológico. Uma revisão da literatura de estudos de avaliação económica, realizada em 2017, encontrou 39 estudos, dos quais apenas 12 foram considerados com qualidade suficiente para integrar a revisão (isto apesar da pesquisa ser muito alargada, sem restrição nem de doenças nem de tipo de intervenção). Destes 12 estudos, apenas 5 apresentavam resultados em termos de “euros por quality-adjusted life years”, ou seja, valor a pagar para obter um ano de vida adicional com qualidade, a medida padrão mais utilizada na área e que portanto permite comparações entre áreas e tratamentos muito diversos. Poucos estudos, também, consistiam numa avaliação de ganhos e custos no longo prazo, essencial quando se avaliam dispositivos médicos cuja utilização geralmente melhora com o tempo (ver texto abaixo). Finalmente, poucos estudos apresentavam evidência robusta dos ganhos clínicos, baseados em ensaios clínicos randomizados ou estudos observacionais adequadamente controlados.

Por um lado, é expectável que haja ainda pouco estudos numa área ainda relativamente nova, com uma implementação relativamente limitada até há dois anos, antes do grande desenvolvimento causado pela pandemia. Por outro lado, a avaliação económica de intervenções de saúde digital confronta-se com dificuldades metodológicas importantes, ainda para resolver, e que poderão explicar a escassa produção nesta área.

As dificuldades para avaliar dispositivos de saúde digital são as mesmas que genericamente são apontadas para os dispositivos médicos, por isso utilizámos os problemas identificados para os dispositivos como base para este texto (Tarricone et al., 2017). Em primeiro lugar, a implementação da intervenção, e do seu sucesso, depende da capacidade dos profissionais em aderir e utilizá-la, incluindo a seleção dos utentes mais suscetíveis de beneficiar. Esta dimensão difere muito do que acontece com os medicamentos, onde os resumos clínicos definem de forma muito precisa a forma de utilização. Em segundo lugar, no caso dos dispositivos, existe uma dimensão de aprendizagem da utilização, por parte de profissionais e utentes. Tal como na primeira dificuldade, as avaliações podem subestimar a mais-valia a longo prazo, quando a tecnologia é perfeitamente dominada por todos os intervenientes. Em terceiro lugar, os dispositivos podem ser melhorados de forma constante, em função da observação continua das dificuldades. Ou seja, a avaliação económica realizada num ponto no tempo pode ficar obsoleta muito rapidamente. Em quarto lugar, os preços evoluem de forma rápida, devido à entrada constante de produtos concorrentes e da evolução da tecnologia. Mais uma vez, a avaliação económica baseada num determinado preço pode rapidamente ficar obsoleta. Finalmente, a saúde digital implica mudanças organizacionais, incluindo o treino dos profissionais e utentes, cujos custos

e consequências vão muito além dos custos e consequências estritos da intervenção. Por sua vez, todas estas dimensões dependem do contexto dos cuidados de saúde, entre outros, do nível de motivação dos profissionais e utentes, da abertura dos decisores para este tipo de inovações, e da dimensão dos problemas que a nova tecnologia pretende resolver.

Assim, o papel do contexto é central. Como o resultado da intervenção depende da capacidade dos profissionais, do seu nível de experiência com a intervenção, do seu estágio no processo de melhoria, a comparação entre estudos é complexa. Noutros termos, duas intervenções relativamente similares podem ter avaliações pouco comparáveis porque foram implementadas em contextos muito diferentes. Assim, dificilmente teremos a homogeneidade que permitiria revisões sistemáticas e meta-análises. Em comparação, estes aspetos são muito marginais no caso do medicamento, cuja aplicação é fortemente padronizada.

Deste panorama, podemos retirar três conclusões:

A avaliação é essencial, mas deve ser uma avaliação observacional e continuada incluindo o pós implementação, porque os resultados podem variar ao longo do tempo. Poderemos considerar o financiamento do dispositivo condicional à recolha de mais informação para um maior período de tempo.

Todas as avaliações devem documentar, com o maior detalhe possível, o contexto da sua implementação, que afeta custos e benefícios, e comparabilidade com outros estudos. É essencial que financiadores, reguladores e empresas, definam à partida as dimensões mais relevantes para avaliar.

Apesar das limitações apresentadas acima, a revisão sistemática já mencionada aponta resultados muito favoráveis à saúde digital. Estes resultados devem ser um incentivo para prosseguir na estratégia da saúde digital.

SAÚDE DIGITAL E POLÍTICAS DE SAÚDE

Se olharmos para as propostas para a saúde no Orçamento Geral do Estado 2022, constatamos que a saúde digital tem um papel destacado. Noutros termos, o governo aponta a saúde digital como um objetivo em si, ao mesmo título, por exemplo, que o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários, a reforma da saúde mental, ou o reforço da rede de cuidados continuados. Por isso, a transição digital na saúde é vista como uma meta a atingir, e não como mero instrumento de apoio a outras políticas. Este ponto também já tinha ficado claro no Plano de Recuperação e Resiliência, ao qual o Orçamento Geral do Estado se refere.

Podemos em parte discordar desta visão, porque a digitalização é em primeiro lugar um instrumento suposto melhorar a eficiência do sistema. Como indicado acima, espera-se que a saúde digital melhore os processos de cuidados, através de uma melhor comunicação entre profissionais; que facilite e simplifique os cuidados, permitindo que sejam realizados à distância; e que favoreça a promoção da saúde, através de aplicações relativamente simples. No entanto, entende-se que a saúde digital também seja vista como um objetivo em si. De facto, ao simplificar a prestação de cuidados, a saúde digital pode gerar poupanças para os utentes, e uma melhoria da sua satisfação. Ora, a diminuição dos encargos para os utentes, e o aumento da sua satisfação, são geralmente considerados objetivos dos sistemas de saúde. Por outro lado, esta prioridade dada à digitalização responde também a objetivos económicos. De facto, a digitalização requer equipar os serviços e promover a procura pelos utentes de instrumentos digitais, contribuindo para os rendimentos das empresas tecnológicas, em particular na sua componente de investigação e desenvolvimento. Desta forma, espera-se que a digitalização da saúde represente um contributo para a economia do país. Num período de grandes dificuldades económicas, devidas à pandemia e à guerra na Ucrânia, que se seguem a um longo período de estagnação, não estranha que o governo deseje impulsionar a atividade económica enquanto promove instrumentos benéficos em termos de saúde.

Resta saber, como já indicamos, se a saúde digital irá cumprir as suas promessas. Considerando a escassa avaliação, trata-se de uma mera aposta por parte do governo. Resta saber, também, se o impulso à economia irá realmente favorecer as empresas nacionais, promovendo o consumo local e empregos qualificados em Portugal, ou se se traduzirá meramente em importações de países onde a tecnologia é um setor económico muito desenvolvido há longos anos.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Foram abordados ao longo deste capítulo os principais desafios relacionados com a saúde digital. Procurou-se, sempre que possível recorrer a dados para evidenciar tanto o panorama nacional como internacional.

Podemos afirmar que os sistemas de saúde procuram fornecer cuidados de saúde custo-efetivos, de maior qualidade e que respondam à crescente complexidade das necessidades dos cidadãos e do ecossistema da saúde. A integração de cuidados tem o potencial para promover a concretização destes objetivos, através da sua abordagem centrada na coordenação dos diferentes stakeholders para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos.

A saúde digital, ao permitir armazenar, analisar e partilhar informação relevante, promove o estabelecimento de uma rede de partilha e colaboração, fundamental na implementação de projetos de integração de cuidados, contribuindo para a prestação de cuidados mais centrados no utente, atendendo às suas necessidades específicas, e para a melhoria da efetividade, eficiência e qualidade dos cuidados.

Não obstante as múltiplas potencialidades da saúde digital na integração de cuidados, esta encontra desafios à sua implementação, em particular relacionados com a infraestrutura de tecnologias de informação. A falta de interoperabilidade dos sistemas de informação é uma das principais barreiras identificadas à implementação de um ecossistema de saúde integrado. A existência de informação de forma integrada, atualizada e acessível, é basilar para um sistema de saúde mais integrado. Para tal é necessária a definição de uma estratégia nacional para a integração de cuidados e para a saúde digital enquanto ferramenta que promova esta integração.

Várias reflexões foram sendo feitas ao longo do texto, apresentando-se de seguida as principais recomendações a retirar deste capítulo:

- Promoção da autonomia e da capacitação dos cidadãos em geral e das pessoas com doença em particular;
- Adequação e implementação transversal de modelos atualizados de consentimento informado para um ambiente digital;
- Estudo do impacto específico da inovação digital em saúde na relação médico-doente, tendo em vista evitar a erosão desta relação fundamental à qualidade dos cuidados;
- Promover mecanismos tendentes à justa distribuição de riscos, benefícios e custos do progresso científico e tecnológico e suas aplicações na área da saúde digital;
- Investimento na especificação de deveres e responsabilidades profissionais quando a atividade profissional em saúde é exercida em ambiente digital;
- Otimização da proteção de dados de saúde gerados pelos cidadãos e da sua utilização para fins de investigação e prestação de cuidados de saúde;
- Garantir a contínua avaliação da validade, utilidade e qualidade dos produtos, serviços, estratégias e intervenções digitais;
- Promover estratégias para que o doente assuma uma participação ativa na co-criação de soluções que sejam verdadeiramente úteis (atendendo às suas necessidades específicas), na sua relação com o sistema de saúde através do digital;
- Redobrar a atenção na cibersegurança em saúde;

- Promover a participação e sensibilização do público quanto aos principais desafios da saúde digital;
- Promover a contínua atualização e adequação dos currículos académicos das profissões de saúde;
- Criar as condições nas instituições de espaços dedicados tanto físicos como de agendas para a prática da teleconsulta. Incluindo os aspetos relacionados com a remuneração dos profissionais de saúde no uso de ferramentas digitais. Atualmente, a telemedicina surge como uma dimensão associada à esfera de atuação dos agrupamentos de centros de saúde, proposta pela ACSS na operacionalização da contratualização nos CSP.

Quanto ao financiamento:

- Financiamento dos cuidados de saúde no SNS acompanhar a inovação na prestação de cuidados, já que existe evidência de menores custos associados;
- Existência de uma agenda nacional para o desenvolvimento da saúde mental digital;
- As soluções de saúde digital devem constituir parte de uma estratégia integrada nas prioridades de saúde, devendo beneficiar a população de forma ética, segura, equitativa e sustentável.

Quanto à interoperabilidade:

- Criar um “Selo de Interoperabilidade”, para as aplicações em saúde, que leve em consideração os mecanismos e standards de interoperabilidade técnica e semântica adotados nos produtos ao dispor no mercado;
- Assegurar um vocabulário médico controlado e o recurso a catálogos nacionais, como parte de um programa de interoperabilidade, que garanta que as aplicações atuais e futuras interajam da forma desejada, sem propagar erros.

Recomendações quanto a medicina de precisão, tal como definidas em (APAH et al., 2019):

- Promover o acesso a diagnósticos e tratamentos inovadores;
- Capacitar centros para darem resposta a tratamentos inovadores;
- Estabelecer uma política nacional de dados em saúde;
- Investir numa plataforma integradora de dados e ferramentas de apoio à decisão clínica;
- Investir na caracterização molecular focada em subgrupos da população;
- Criar estratégia e coordenação para atrair investimento em infraestrutura;
- Fomentar colaboração nacional e internacional;
- Promover a literacia em saúde e medicina personalizada.

No que diz respeito a respostas aos desafios técnico-científicos, éticos, legais e sociais da saúde digital, cumpre salientar que as mesmas devem ser encontradas promovendo ambientes colaborativos e participativos, tendo em vista a equidade das soluções encontradas. Por outro lado, as necessidades das populações mais vulneráveis e com menor poder de representatividade devem ser consideradas na definição das políticas de saúde e na sua implementação, em particular ao nível do tratamento de dados de saúde. As políticas e respetivas intervenções devem ser objeto de avaliação/auditoria periódica, adaptando e corrigindo estratégias, sempre que necessário (Chen et al., 2021; Cordeiro, 2021).

Capítulo 6

MEDICAMENTOS E COVID

ACESSO À INOVAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICAS DURANTE O PERÍODO COVID

Filipa Duarte-Ramos^{1,2,3}, Fernanda S. Tonin^{4,5,6}, João Gonçalves^{1,2}

¹ Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, Portugal

² EPIUnit – Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), Portugal

³ iMed.Ulisa – Instituto de Investigação do Medicamento, Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa, Portugal

⁴ eEpiHealth – Formação e Consultoria em Saúde, Portugal

⁵ Health Technology Research Center, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL), Instituto Politécnico de Lisboa, Portugal

⁶ Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Paraná, Brasil

O entendimento mais consensual e mais abrangente do conceito de ‘inovação em saúde’ diz respeito ao desenvolvimento (descoberta), introdução (implementação ou adoção) e difusão intencional de uma ideia, processo, serviço, produto ou tecnologia em saúde (p.ex. medicamento, vacina, dispositivo, procedimento, técnica diagnóstica) por uma pessoa, grupo ou organização, com a finalidade de gerar benefícios individuais ou coletivos em saúde (Kelly & Young, 2017). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a ‘inovação em saúde’ tem o potencial de ‘agregar valor’ na forma de maior eficiência, qualidade, sustentabilidade, segurança e acessibilidade aos cuidados de saúde, através da otimização do desempenho dos sistemas e serviços (incluindo ao nível de recursos humanos, técnicos e logísticos), através da introdução de melhores tecnologias e pelo robustecimento das ações e processos de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde (Kelly & Young, 2017; *World Health Organization - WHO*, 2022). A abrangência de inovações bem-sucedidas (ou seja, utilizáveis e desejáveis ao longo do tempo) depende de três domínios: (i) inovação científica (investigação e desenvolvimento - I&D), (ii) inovação social e (iii) inovação empresarial (Berwick, 2003; Rejon-Parrilla et al., 2022).

A indústria farmacêutica (IF) tem um papel reconhecido e determinante no domínio da I&D, como ‘gerador’ de inovação em saúde, em particular, inovação farmacoterapêutica, através da promoção do desenvolvimento científico e clínico de medicamentos inovadores e contribuindo para o desenvolvimento tecnológico e económico do setor. De acordo com estudos internacionais que englobam diferentes empresas biofarmacêuticas, o investimento médio em I&D por cada novo fármaco aprovado no mercado (incluindo custos com insucessos) é de aproximadamente US\$ 1,5 a 2,3 mil milhões (billions) por ano (*Deloitte Center for Health Solutions*, 2022; DiMasi et al., 2016), sendo que um novo medicamento leva, em média, 10-15 anos para ser desenvolvido. Em Portugal, os dados mais recentes da APIFARMA (Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica) apontam para que a IF tenha sido responsável por cerca de 90% das investigações em saúde realizadas no país em 2020, com um investimento médio nos últimos anos superior a 100 milhões € (Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica - APIFARMA, 2021a). Além disso, observa-se uma tendência crescente no número de colaborações e parcerias científicas das IFs com outros agentes, incluindo a academia, instituições de investigação e consultoras, visando o aumento dos portfólios de inovação. Os dados mostram que as taxas de codesenvolvimento de produtos na IF cresceram de 32% em 2020, para 46% em 2021 (*Deloitte Center for Health Solutions*, 2022).

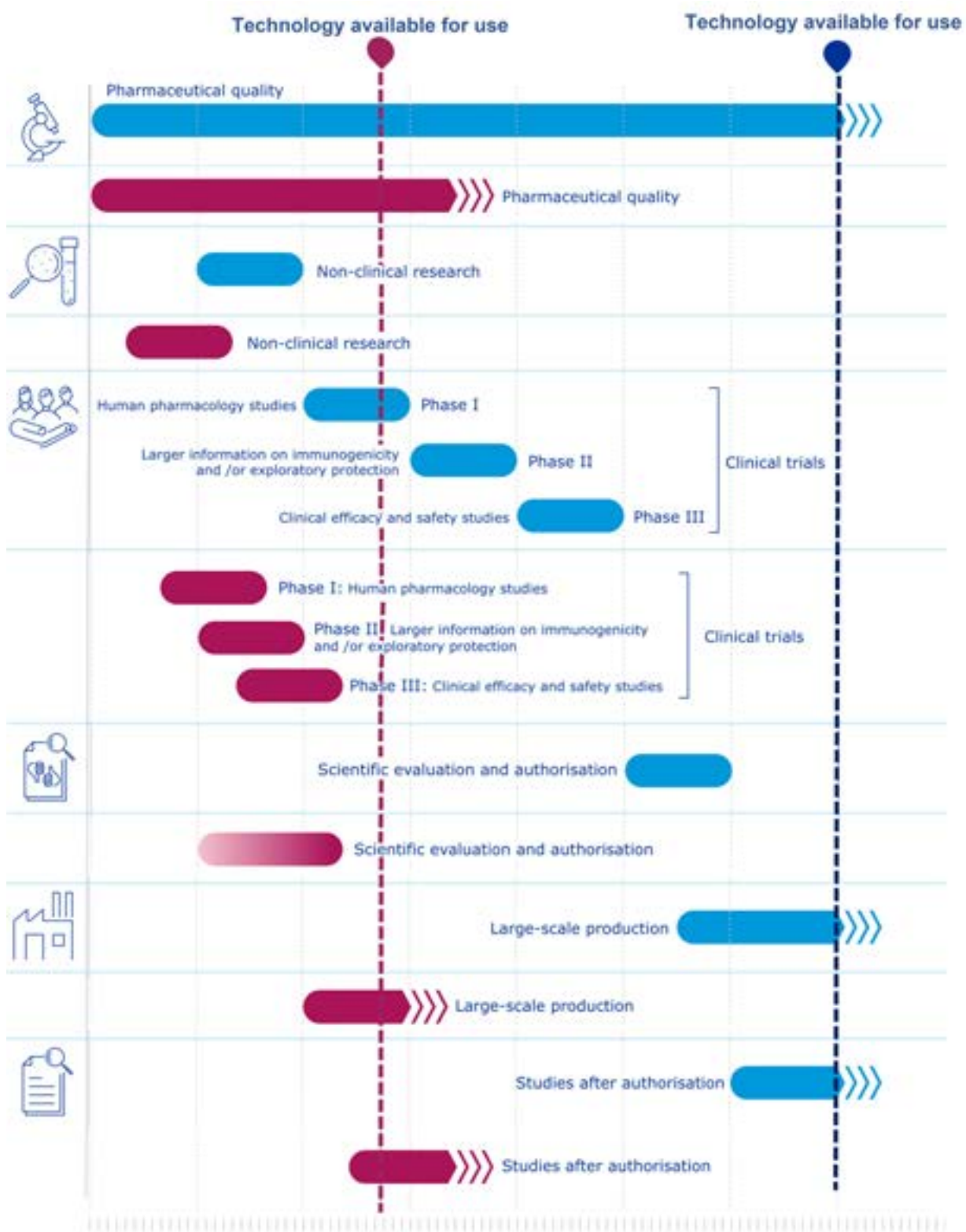
De acordo com Agência Europeia de Medicamentos (*European Medicines Agency – EMA*), só em 2021 mais de 50 novas substâncias ativas receberam parecer positivo de comercialização (autorização de introdução no mercado - AIM) na Europa, incluindo medicamentos autorizados ao abrigo do processo PRIME (EMA's PRiority Medicines scheme, um processo implementado em março de 2016, com o objetivo de agilizar a avaliação de medicamentos com potencial de darem resposta relevante a necessidades médicas não satisfeitas – patients' unmet medical needs), medicamentos órfãos e biossimilares, pertencentes sobretudo às áreas terapêuticas da oncologia, neurologia, imunologia, endocrinologia e hematologia. No período de 2017-2020, um total de 160 medicamentos inovadores obtiveram AIM centralizada na União Europeia, sendo que até 01/01/2022, Portugal tinha aproximadamente metade destes (n=82 medicamentos, 51,3%) disponíveis no mercado (Newton, 2022). De facto, a incorporação destes novos medicamentos no arsenal terapêutico tem levado, não só a melhores taxas de sobrevivência e de qualidade de vida para muitos doentes em todo mundo, como tem também modificado a história natural de doenças, como o HIV (p. ex. terapias antirretrovirais em regime simplificado) e certos cancros (p.ex. inibidores da tirosina quinase) (*Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD*, 2018).

Nos últimos dois anos, verificou-se um aumento expressivo na introdução de inovação em saúde devido, em grande medida, às novas necessidades médicas globais provocadas pela pandemia de COVID-19 (*European Medicines Agency*, 2020, 2021b). A sobrecarga dos sistemas de saúde, em particular dos hospitais e das unidades de cuidados intensivos, com a consequente necessidade de implementação urgente de medidas de prevenção e tratamento da COVID-19, levou ao direcionamento massivo da investigação para esta resposta (cerca de 5-25 vezes maior do que os esforços habituais para combater doenças mortais) (Agarwal & Gaule, 2022). Investigadores, IFs, entidades de saúde, instituições públicas e governos – sendo estes últimos responsáveis por cerca de 70 % dos apoios financeiros a ensaios clínicos em COVID-19, em 2020, em todo o mundo (Agarwal & Gaule, 2022) – direcionaram os seus esforços para o desenvolvimento de novas tecnologias, incluindo técnicas de diagnóstico mais exatas, novas vacinas e medicamentos para controlo/tratamento da doença (Flessa & Huebner, 2021; Rejon-Parrilla et al., 2022). Apenas 12 meses após a ocorrência dos primeiros casos relatados de infeção por SARS-CoV-2, algumas vacinas (como as da Pfizer/BionTech e da Moderna) já apresentavam resultados promissores contra a doença em ensaios clínicos de larga escala, tendo sido concedidas autorizações de uso condicional em vários países do mundo, incluindo na União Europeia e Espaço Económico Europeu (EU/EEE). Até 10 de abril de 2022, tinham sido administradas mais de 1,2 mil milhões de doses de vacinas contra COVID-19 nos 30 países da EU/EEE, com 328 milhões de pessoas com esquema vacinal primário completo (*European Centre for Disease Prevention and Control*, 2022). De igual forma, alguns medicamentos (incluindo bloqueadores de IL-6 e anticorpos monoclonais) com potencial de moderada redução das taxas de mortalidade por COVID-19, em especial em doentes graves ou com necessidade de ventilação, foram rapidamente incorporados em muitas *guidelines*/protocolos clínicos para gestão da doença na Europa (Chalmers et al., 2021; *European Medicines Agency*, 2021a).

O acesso a medicamentos inovadores para a COVID também foi coadjuvado por adaptações regulamentares por parte de agências reguladoras e órgãos competentes, face aos desafios colocados pela pandemia por COVID-19. Registou-se um aumento considerável de aprovações rápidas (*fast track*) e condicionais de medicamentos, por agências reguladoras como a *Food and Drug Administration* (FDA), nos Estados Unidos, e a EMA, na Europa, durante este período.

De acordo com a legislação farmacêutica na União Europeia, o prazo padrão para a avaliação de um medicamento pelas comissões responsáveis (Comissão de Avaliação de Tecnologias de Saúde – CATS, em Portugal) é de, no máximo, 210 dias úteis. No entanto, em situações de emergência de saúde pública, a EMA trata os pedidos de autorização de comercialização de produtos de maneira acelerada, reduzindo os prazos dos procedimentos para menos de 150 dias. Um esquema comparativo dos tempos dos processos I&D e aprovação de tecnologias (medicamentos, vacinas) convencionais *versus* aquelas em *fast track* (como as vacinas para COVID-19) está ilustrado na **Figura 22**.

Figura 22. Esquema comparativo dos tempos dos processos de desenvolvimento e aprovação de tecnologias convencionais (em azul) versus para situações de emergência em saúde, como a pandemia por COVID-19 (em rosa)



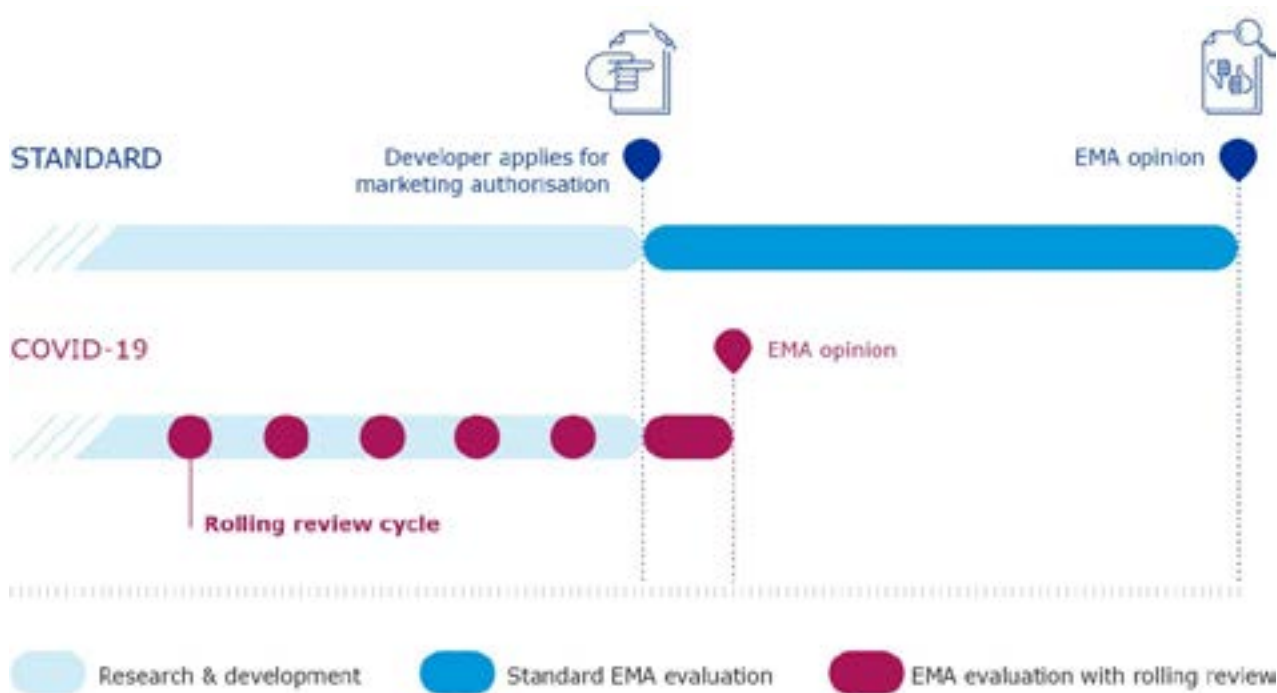
Fonte: adaptado (European Medicines Agency, 2022)

Para alcançar este objetivo, sem prejuízo da segurança, são utilizadas ferramentas regulatórias de revisão contínua (as chamadas *rolling reviews*) para avaliação de vacinas ou medicamentos promissores.

Em circunstâncias normais, toda a informação e documentação comprovativas de eficácia, segurança e qualidade do medicamento a ser analisado devem ser apresentadas aquando do pedido formal de AIM. No entanto, no caso das *rolling reviews*, o comité responsável pela avaliação do processo na EMA (*Committee for Medicinal Products for Human Use - CHMP*) analisa a evidência à medida que esta vai surgindo e é disponibilizada, sem necessidade de aguardar por toda a documentação para apresentação do processo (*European Medicines Agency, 2022; Marinus et al., 2022*).

A **Figura 23** ilustra o processo de *rolling reviews*, considerando o caso das vacinas contra COVID-19.

Figura 23. Processo de avaliação padrão pela EMA em comparação com a revisão contínua (*rolling review*) das vacinas para COVID-19

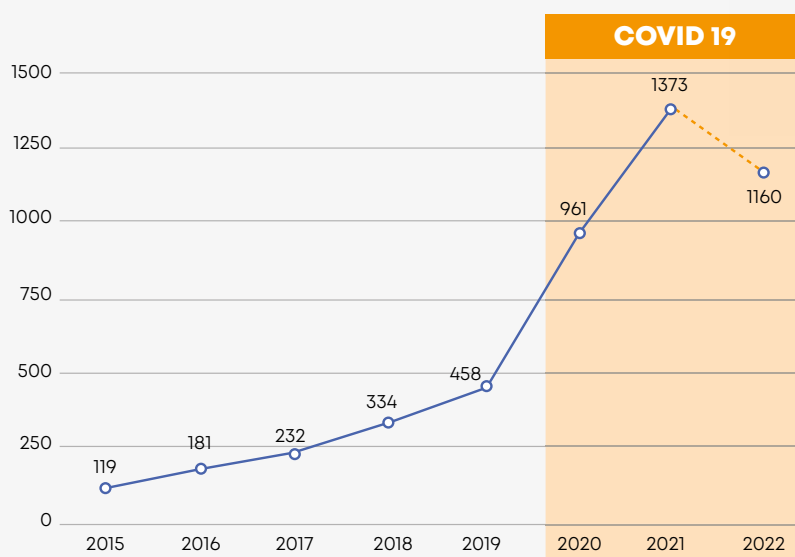


Fonte: (*European Medicines Agency, 2022*)

O reposicionamento de fármacos (*drug repurposing*) foi outra estratégia que teve alterações consideráveis desde 2019, registando um aumento exponencial do número de artigos publicados no PubMed – assumidos por nós como *proxy* de investigação na área – com a equação de pesquisa (“drug repositioning” or “drug repurposing”), como se pode observar na **Figura 24**.

Figura 24.

Número de referências bibliográficas obtidas após pesquisa PubMed com os descritores (“drug repositioning” or “drug repurposing”) referente ao período 2015-2022 (este último ano baseia-se numa estimativa calculada pelos autores = [nº refs a 31 maio 2022 x 2])



Fonte: elaborado pelos autores, com base no modelo de Gonçalves et al. (2019) e pesquisa PubMed.

O reposicionamento de fármacos (*drug repurposing*) refere-se à procura de novas indicações terapêuticas para medicamentos já aprovados – ou em avaliação – noutras indicações. Este conceito, com mais de 15 anos e considerado como uma estratégia de I&D muito eficiente, surgiu com o intuito de encurtar o período de I&D e de reduzir os custos e riscos para a IF na colocação de novos medicamentos no mercado, em comparação com o processo de descoberta de novo de um medicamento, premissas estas que voltaram a estar na origem da ‘explosão’ de trabalhos publicados. Com base nos conhecimentos de patogénese viral, do comportamento farmacodinâmico dos medicamentos em causa, bem como o recurso a ferramentas computacionais e à inteligência artificial (IA), várias moléculas foram elencadas como passíveis de repurposing nesta luta contra a COVID, com particular ênfase na fase inicial da pandemia, na qual nos deparávamos com uma doença frequentemente letal e para a qual não existiam opções terapêuticas disponíveis. Citam-se, a título de exemplo, a cloroquina e hidroxicloroquina, o remdesivir, o lopinavir/ritonavir, a ivermectina e dexametasona, entre muitas outras que poderiam ser nomeadas (Gonçalves et al., 2019; Kato et al., 2022; Mohamed et al., 2021; Parvathaneni & Gupta, 2020; Singh et al., 2020; Zhou et al., 2020). Contudo, apesar do elevado entusiasmo, cedo se percebeu que a chave do problema não seria assim tão simples, fundamentalmente por questões de segurança, relacionadas com a toxicidade de muitas destas tentativas de *drug repurposing* (Parvathaneni & Gupta, 2020; Punekar et al., 2022).

Para além das inovações farmacoterapêuticas, importa referir que durante a pandemia se verificaram ainda aperfeiçoamentos significativos dos sistemas de TI em saúde para lidar com a elevada quantidade de informação/dados dos doentes; adaptação dos processos remotos de certificação e registo de óbitos; adaptação dos processos de cuidado à distância (telemedicina, atendimentos telefónicos, *E-Health*), bem como alterações de infraestruturas de hospitais e unidades de saúde, entre outros, de maneira a dar resposta aos desafios em saúde, minimizando os riscos de contágio (Agarwal & Gaule, 2022).

Embora as inovações introduzidas tenham gerado benefícios indiscutíveis em termos de resultados em saúde, a sua disponibilidade, acesso e permanência a longo prazo – sustentabilidade – ainda são incertos (Agarwal & Gaule, 2022), em especial graças aos elevados custos da inovação, que aumentam consideravelmente os gastos em saúde em todo o mundo (Panteli, 2015). Em 2021, o valor total da despesa com medicamentos hospitalares no Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal alcançou 1 447,4 M€ (+11 % em relação ao ano anterior), sendo algumas das áreas com maior aumento de despesa a imunologia (+22%) e a oncologia (+12%) (Infarmed, 2021). Numa matemática longe de ser linear, sublinhamos que, apesar da

inquestionável relevância que o elevado montante da despesa com medicamentos representa, importa realçar que, de acordo com o relatório da EFPIA de 2021 – *The Pharmaceutical Industry in Figures* –, na Europa, os medicamentos representam apenas 19% do total dos custos em saúde, enquanto os custos com hospitalizações, por exemplo, representam 40,6%. A utilização de medicamentos pode ainda gerar poupanças adicionais, por exemplo por via da redução de custos noutras áreas da saúde, como as hospitalizações ou os cuidados de longa duração (*European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations - EFPIA, 2021*).

O indicador Patients W.A.I.T. (*Waiting to Access Innovative Therapies*) 2021, publicado em abril de 2022, o maior estudo europeu sobre o acesso a medicamentos inovadores, contando atualmente com dados de 39 países (27 da União Europeia), avaliou informação sobre 160 medicamentos com AIM centralizada (2017-2020), evidenciando marcadas assimetrias entre países. Os tempos médios de disponibilidade entre a AIM e o acesso à tecnologia por parte dos doentes chegam a registar diferenças de até 700% – podendo variar entre 4-6 meses (em países do norte e oeste da Europa como Alemanha, Dinamarca, Suíça) a até 28-30 meses (em países do sul e leste europeus como Bulgária, Polónia e Roménia). Portugal encontra-se no 21.º lugar no conjunto dos países da União Europeia, atrás da Hungria, Estónia, Eslovénia e Letónia, com tempo médio entre AIM e acesso a medicamentos inovadores por parte dos doentes de, aproximadamente, 22,5 meses, variando entre <6 meses até >50 meses. Observa-se ainda, dentro da União Europeia, que apesar de as taxas de disponibilidade de medicamentos oncológicos serem cerca de 9% mais elevadas, quando comparadas a outros medicamentos (não-oncológicos, medicamentos órfãos, terapias combinadas), os tempos médios para o acesso a estes produtos são aproximadamente um mês mais lentos (variando entre 3-31 meses no total). Por outro lado, a disponibilidade de medicamentos para doenças raras é menor, quando comparada a outros produtos (-9%) e apresenta ainda um atraso de comercialização de 3,5 meses até 3,6 anos. Em Portugal, até 1 de janeiro de 2022, um total de 29 fármacos oncológicos inovadores e outros 29 para doenças raras estavam disponíveis, parte deles com uso limitado (Newton, 2022).

Neste contexto, tem-se reforçado o papel das avaliações de tecnologias em saúde (ATS), como fica bem patente no recente Regulamento (UE) 2021/2282, aprovado e em vigor desde 15 de dezembro de 2021. Neste documento, é identificado que o desenvolvimento das tecnologias da saúde é um “*motor fundamental do crescimento económico e de inovação na União e é essencial para alcançar o elevado nível de proteção da saúde que as políticas de saúde devem garantir em benefício de todos*” (Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia, 2021).

Atendendo ao elevado peso económico e social das tecnologias da saúde, que constituem um sector económico inovador e que, no mercado global de despesas de saúde, representam cerca de 10 % do produto interno bruto da União, “*a avaliação das tecnologias da saúde (ATS) é um processo baseado em evidência científica que permite às autoridades competentes determinar a eficácia relativa das tecnologias da saúde novas ou já existentes. A ATS centra-se especificamente no valor acrescentado de uma tecnologia da saúde em comparação com outras tecnologias da saúde, novas ou já existentes*”. (Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia, 2021).

De acordo com a OMS, a ATS é uma abordagem sistemática das propriedades e efeitos clínicos, económicos e humanísticos de uma tecnologia, para determinar o seu valor em diferentes fases do seu ciclo de vida. O objetivo da ATS é informar os decisores em saúde e dar fundamento a tomadas de decisões mais assertivas, especialmente sobre a melhor forma de alocar recursos limitados. Em Portugal, a Comissão de Avaliação de Tecnologias de Saúde (CATS) é a comissão especializada da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED), à qual compete, genericamente, emitir pareceres e recomendações, apreciar estudos de avaliação económica e propor medidas adequadas aos interesses da saúde pública e do SNS, relativamente a tecnologias de saúde (Infarmed, 2016). No entanto, um dos maiores desafios atuais refere-se à definição e atribuição de ‘valor terapêutico acrescentado’(VTA) a uma determinada tecnologia (O’Rourke, 2020; *World Health Organization - WHO, 2021*). A maioria dos sistemas de ATS avalia características ‘estáticas’ da inovação no que se refere ao impacto de uma tecnologia sob a perspetiva dos doentes (benefício terapêutico, segurança) e dos

pagadores (custos) (Claxton, 2007). No entanto, esses indicadores são variáveis nas diferentes regiões e sistemas de saúde. De acordo com uma revisão sistemática recente sobre como a inovação pode ser definida, avaliada e recompensada em ATS, os autores destacam que países como França, Japão e Itália utilizam características sobre gravidade da doença ou condição de saúde, necessidade não atendida e valor terapêutico agregado, como indicadores do grau de inovação de uma tecnologia, enquanto Inglaterra e Espanha consideram o grau de inovação como um critério separado e adicional ao restante. Espanha coloca ainda como indicadores importantes de inovação a 'conveniência', a 'força da evidência' e o 'impacto na I&D futuros' (Rejon-Parrilla et al., 2022). Em Portugal, a APIFARMA reconhece no processo de ATS um modelo de quantificação e qualificação holístico do valor da inovação com base em indicadores sobre medidas terapêuticas, clínicas, qualidade de vida e de benefício socioeconómico em contexto de mundo real (Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica - APIFARMA, 2018).

O estudo 'O Valor do Medicamento em Portugal' elaborado para a APIFARMA, com a colaboração de consultores da McKinsey & Company, e apresentado no Congresso 'Compromisso com as Pessoas. Mais e Melhor Vida' (30 Outubro de 2018, Lisboa) já evidenciava que os medicamentos inovadores (em especial de áreas como oncologia, infeções virais, diabetes e doenças cardiovasculares) acrescentam um 'valor' significativo a Portugal em três diferentes dimensões: humana, social e económica. Desde 1990 até 2017, foram evitadas mais de 110 mil mortes e a esperança média de vida foi prolongada em até 10 anos. No plano social, as inovações permitiram que as pessoas com doença continuassem a ser produtivos, levando a aproximadamente 280 milhões de euros/ano em rendimento adicional para as famílias dos doentes. O número de hospitalizações neste período também foi reduzido, bem como outros custos diretos com saúde (cerca de 560 milhões de euros/ano) (Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica - APIFARMA, 2018).

Apesar destes resultados demonstrarem que o desenvolvimento de inovação em saúde, em especial de medicamentos, pode prosseguir rapidamente (sem comprometer a segurança dos doentes), mesmo na presença de uma emergência global como a pandemia por COVID-19 e de recursos limitados em saúde, ainda existem muitas barreiras e desafios a serem ultrapassados, incluindo uma melhor padronização dos indicadores de 'valor acrescentado', desenvolvimento de novos modelos de financiamento face a tecnologias cada vez mais caras, capacidade de aplicação da inovação em medicina personalizada e saúde digital e harmonização dos processos de aprovação de tecnologias em toda a Europa (Berwick, 2003; Flessa & Huebner, 2021).

De acordo com a estratégia da Rede Europeia de Agências de Medicamentos para 2025, elaborada pela EMA e HMA (*Heads of Medicines Agencies*), deve-se ter como áreas prioritárias para coletivamente fazer face aos desafios atuais e futuros em saúde, a disponibilidade e acessibilidade aos medicamentos, análise de dados, ferramentas digitais e transformação digital e inovação (*European Medicines Agency*, 2020, 2021b). É imperativo que todos os intervenientes (*stakeholders* – reguladores, autoridades e profissionais de saúde, doentes e familiares, academia, indústria farmacêutica) discutam novas formas de assegurar o acesso a novos medicamentos, garantindo a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Em Portugal, os participantes na Conferência Digital 'Inovação em Saúde: não deixar ninguém para trás', realizada em 7 de Abril de 2021 pela APIFARMA e a EFPIA (*European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations*), concordaram que, no que concerne ao tópico **de acesso à inovação em saúde** (Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica - APIFARMA, 2021b):

- É possível e desejável ter acesso a tecnologias de saúde inovadoras, de forma mais célere e acessível, garantindo maior equidade a nível europeu;
- É necessário manter os incentivos para a I&D da inovação, sobretudo nas áreas de saúde ainda sem resposta;
- É importante reconhecer o papel dos agentes económicos da saúde na recuperação económica da Europa no período pós-COVID;

- É fundamental evoluir para a aplicação de modelos de remuneração baseados em resultados em saúde e,
- É necessário estabelecer uma plataforma permanente de diálogo e cooperação entre todos os envolvidos.

Como forma de colmatar as diversas dificuldades antes enunciadas, e face à ineficiência da cooperação voluntária desenvolvida no âmbito de algumas avaliações conjuntas em ações comuns da EUnetHTA, surge o Regulamento (UE) 2021/2282, anteriormente mencionado, que **“estabelece um regime para apoiar a cooperação dos Estados-Membros e as medidas necessárias para a avaliação clínica das tecnologias da saúde”**: em concordância com o princípio da boa prática administrativa, visando alcançar o mais elevado nível de qualidade, transparência e independência, a fim de avaliar o VTA e a eficácia relativa das tecnologias da saúde, em comparação com a melhor alternativa terapêutica disponível, otimizando os esforços alocados aos processos de ATS e reduzindo as duplicações (Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia, 2021).

ENTREVISTAS

Em maio de 2022 foi realizado um estudo transversal qualitativo para melhor ilustrar a situação, através da resposta e análise da perceção de diferentes peritos (stakeholders) envolvidos no acesso à inovação terapêutica em Portugal, em especial durante a pandemia por COVID-19. O convite de resposta à entrevista foi enviado por email, após contacto telefónico a 41 peritos das seguintes áreas: associações de doentes, médicos, farmacêuticos, indústria farmacêutica e reguladores. Obteve-se a resposta de 14 (34 %) profissionais (indústria farmacêutica, médicos e farmacêuticos) que colaboraram com respostas às questões:

1. Considera que durante o período da pandemia (2020/2021) houve alterações no acesso à inovação terapêutica, em Portugal? Se sim, quais as que identifica e em que sentido se traduziram num diferente acesso à inovação (facilitaram/dificultaram)?
2. Quais são os principais determinantes que identifica para as mencionadas alterações?
3. Que propostas identifica para ultrapassar as alterações ao acesso à inovação que ainda não se encontram resolvidas?
4. De uma forma geral, quais considera serem os principais obstáculos no acesso à inovação terapêutica em Portugal e que medidas sugere para mitigar as dificuldades, caso considere que estas últimas existem?

A maior parte dos participantes (n=12/14; 86 %) referiram que ocorreram alterações consideráveis no acesso à inovação terapêutica em Portugal durante o período da pandemia, a diferentes níveis.

Os profissionais da indústria farmacêutica referiram atrasos importantes nos processos de avaliação técnico-científica das terapias inovadoras por parte do CATS (cerca de 2,8-3,0 anos versus 2,5 anos pré-pandemia), sobretudo na componente clínica dos processos e durante as negociações de financiamento ou assinaturas de contratos previamente aprovados pelo INFARMED (cerca de 5 meses versus 1,5 meses pré-pandemia). Os entrevistados afirmaram, também, que o tempo médio de todo o processo de aprovação de terapias inovadoras em Portugal ronda os 17,7 meses – como mencionado na revisão de literatura, os quais aumentam para mais de 20 meses, no caso de medicamentos para áreas de oncologia e doenças raras. Este tempo é cerca de 3 vezes superior ao tempo máximo legal previsto na legislação em vigor no país (210 dias). De acordo com a APIFARMA, em 2019 ocorreram 52 decisões de financiamento público de medicamentos, comparativamente a apenas 20 decisões em 2020 e 30 em 2021 – o que representa um decréscimo de aproximadamente 50%. Esse cenário, cuja recuperação gradual se observa desde o segundo semestre de 2021, é considerado pelos peritos como atribuível à falta de recursos humanos e às mudanças causadas pela pandemia nos sistemas de saúde, cujos esforços foram direcionados para a deteção, rastreio e prevenção da infeção pelo vírus

SARS-CoV-2, e no abastecimento de mercado por parte das autoridades responsáveis, para evitar ruturas de stock de medicamentos. Foi também identificado o acréscimo de trabalho que a autoridade reguladora nacional teve, decorrente da COVID.

Durante a pandemia, observou-se uma disrupção também nas atividades assistenciais dos cuidados de saúde primários e secundários e na sua articulação (provavelmente devida à reorientação de recursos humanos, técnicos e de investigação, como referido pelos médicos e farmacêuticos entrevistados), o que pode ter impactado negativamente nos rastreios e diagnósticos de diferentes outras doenças e no acesso atempado aos melhores tratamentos (farmacológicos, cirúrgicos ou paliativos).

Parte dos entrevistados assinalou que, quase 80% dos medicamentos inovadores aprovados em Portugal se destinam ao mercado hospitalar, o que significa que o nível de inovação no mercado ambulatorio (farmácia comunitária) é extremamente baixo no país. Foi ainda salientado que não está garantido o acesso à inovação de forma equitativa, uma vez que o processo dependerá, em última análise, da decisão de cada hospital. De acordo com o estudo Índice Nacional de Acesso ao Medicamento Hospitalar, promovido pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, Ordem do Farmacêuticos), **“87% dos hospitais do SNS têm acesso a medicamentos antes da decisão de financiamento, através do mecanismo de Autorização de Utilização Especial (AUE), com ou sem Autorização de Introdução no Mercado (AIM), garantindo assim, na globalidade, o acesso à inovação terapêutica, embora com níveis de acesso diferentes entre si, gerando assim desigualdades neste acesso.”**

Por outro lado, os participantes (indústria farmacêutica, farmacêuticos) referiram que houve uma resposta efetiva em relação ao acesso dos cidadãos aos medicamentos, mesmo durante a pandemia, com uma redução considerável entre 2020/2021 no número de medicamentos em falta no país (stock) face aos anos anteriores:

...“os hospitais responderam de forma positiva, por um lado cedendo medicamentos para maiores períodos de tempo (evitando que os doentes tivessem que voltar aos hospitais num curto espaço de tempo) e, por outro, através do fornecimento de medicamentos em modelos de proximidade ao doente, recorrendo à colaboração com a rede de farmácias ou com fornecimento direto aos doentes por serviço de transporte”...

Outro aspeto positivo referido em relação ao período COVID, foi a criação de medidas de exceção no âmbito da prescrição e dispensa de medicamentos nas farmácias comunitárias e da renovação automática das prescrições de maneira gratuita e confidencial, para salvaguardar a continuidade do acesso aos medicamentos, especialmente nos casos de doenças crónicas e, mais uma vez, com objetivo de evitar as deslocações às unidades de saúde e suprir a indisponibilidade dos médicos de família para atendimento presencial (no caso dos cuidados de saúde primários, muitos deles inteiramente dedicados à COVID). Outra medida que mereceu destaque foi a dispensa de medicamentos de regime ambulatorio hospitalar em farmácia comunitária, essencial para garantir a continuidade do acesso à terapêutica. Essa estratégia já havia sido desenvolvida e implementada em experiências-piloto (projetos TARV e Farma2Care) que demonstraram segurança, preferência e satisfação dos doentes:

... “A Operação Luz Verde (OLV) foi uma resposta farmacêutica de emergência, de carácter universal, articulada entre os vários profissionais de saúde e agentes do sector do medicamento, para assegurar a dispensa em regime de proximidade, nomeadamente através da farmácia comunitária, de medicamentos essenciais e habitualmente cedidos apenas em ambulatorio hospitalar. Esta iniciativa de âmbito nacional veio alargar o acesso em todas as regiões do país (continente e ilhas) e a todas as áreas terapêuticas, com cerca de 99,5 mil dispensas em 2411 farmácias de todo o país, abrangendo 16.973 pessoas seguidas em 34 hospitais, entre 23 de março de 2020 e 31 de dezembro de 2021....”

Além disso, diferentes ‘inovações’ chegaram ao mercado neste período, como é o caso de novos medicamentos, novas dosagens, vias de administração e indicações, pertencentes a diferentes áreas terapêuticas.

Contudo, mesmo com alguns avanços e medidas estratégicas de acesso ao medicamento implementados durante o período da pandemia, ainda existem muitos desafios em termos de acessibilidade que são agravados pelas assimetrias regionais dos serviços de saúde, como ressaltado por um dos peritos da indústria farmacêutica:

...“Existem cerca de 1,3 milhões de portugueses sem atribuição de médico de família, o que torna mais difícil todo o acesso ao SNS e a cuidados de saúde. Cerca de 3 milhões de portugueses têm hoje seguro de saúde, e recorrem de forma generalizada ao sector privado por falta de resposta do SNS”

Assim, no que se refere aos principais determinantes para a identificada redução no acesso à inovação em Portugal, em súpula, os entrevistados destacaram:

- Alteração de prioridades nos cuidados em saúde face à pandemia;
- Restrições orçamentais;
- Redução de recursos disponíveis (humanos, técnicos, tempo);
- Barreiras e atrasos nos processos de aprovação e financiamento da inovação;
- Processos de ATS (*health technology assessment* – HTA) pouco flexíveis e,
- Redução da comunicação/diálogo entre atores (*stakeholders*)

A nuvem de palavras da **Figura 25** a seguir apresentada sumariza os principais termos relacionados com os desafios fundamentais no acesso à inovação em Portugal, na perceção dos participantes. Para ultrapassar estes obstáculos e melhorar o acesso à inovação terapêutica no país, foram elencadas pelos peritos algumas propostas explanadas na **Tabela 13**.

Figura 25. Nuvem de palavras referentes aos principais desafios de acesso à inovação em Portugal na perceção dos entrevistados (n=14)



Tabela 13. Propostas e exemplos de medidas para mitigar as barreiras de acesso à inovação terapêutica em Portugal, de acordo com as respostas dos entrevistados (n=14)

PROFISSIONAL	PROPOSTA	EXEMPLO / COMENTÁRIO
INDÚSTRIA FARMACÊUTICA	Implementar novos modelos de financiamento e processos de negociação baseados em valor	<ul style="list-style-type: none"> Financiamento central (p. ex. doenças raras) Financiamento imediato condicional Acordos de partilha de risco Pagamento por performance
	Incorporar a valoração de outras dimensões de valor nos processos de avaliação (modelos de decisão multicritério)	<ul style="list-style-type: none"> Valor societal Valor humano Necessidade médica não atendida (<i>unmet medical need</i>)
	Elaborar metodologias de avaliação de tecnologias de saúde adequadas ao tipo de inovação	<ul style="list-style-type: none"> Priorizar a evidência de mundo real Adaptar modelos de custo-efetividade de acordo com dados locais e diferentes perspetivas Simplificar e flexibilizar o processo de avaliação de acordo com doença ou a terapêutica (p. ex. doenças raras, vacinas, terapêuticas <i>life saving</i>) Promover critérios transparentes para a seleção de comparadores para avaliação farmacoterapêutica Promover avaliações que incluam comparações indiretas e meta-análises em rede Avaliar indicações <i>off label</i>
	Padronizar os processos de aprovação em termos de pro-cedimentos e tempos*	<ul style="list-style-type: none"> Iniciar a avaliação da tecnologia em paralelo com submissão à EMA Avaliação clínica centralizada
	Aprimorar os processos de comunicação/diálogo entre atores (<i>stakeholders</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Formalizar pontos de contacto/gestores Promover uma relação de maior proximidade entre as empresas e as autoridades Aumentar a literacia Responsabilizar todos os <i>stakeholders</i> Decisões partilhadas
	Investir em recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> Reforço do quadro de profissionais qualificados em ATS Promover a formação Remunerar e incentivar os profissionais

PROFISSIONAL	PROPOSTA	EXEMPLO / COMENTÁRIO
MÉDICOS E FARMACÊUTICOS	Estabelecer critérios que permitam a equidade no acesso a fármacos inovadores	<ul style="list-style-type: none"> · Acesso aos medicamentos para todos os doentes em igualdade de circunstâncias
	Estabelecer critérios de monitorização de resultados	<ul style="list-style-type: none"> · Padronizar a avaliação de 'valor' · Monitorizar os resultados ao longo tempo (mundo real)
	Desenvolver propostas operacionais e legislativas para regulamentar a dispensa em proximidade	<ul style="list-style-type: none"> · Regularizar o estatuto de dispensa de medicamentos em proximidade, através da dispensa em farmácia comunitária
	Estabelecer centros de referência para medicamentos inovadores	<ul style="list-style-type: none"> · Permitir fácil acesso dos doentes · Melhorar o controlo de recursos · Obter dados de mundo real

*Face ao incumprimento dos prazos estabelecidos na legislação, falta de equivalência entre procedimentos, respostas mais céleres e equiparação dos processos com outras entidades congéneres da UE são essenciais

ACESSO AO MEDICAMENTO DE REGIME AMBULATORIO HOSPITALAR EM PROXIMIDADE

Inês Teixeira¹, António Teixeira Rodrigues^{1,2,3} e Filipa Duarte-Ramos^{4,5,6}

¹ Centre for Health Evaluation & Research/Infosaúde, National Association of Pharmacies, Lisbon, Portugal;

²Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal;

³ICVS/3Bs PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal;

⁴Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa;

⁵EPIUnit–Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP);

⁶iMed.Ulisboa, Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa.

ENQUADRAMENTO

Em Portugal, a dispensa de determinados medicamentos para patologias como a oncologia, vírus da imunodeficiência humana (VIH), esclerose múltipla (EM), entre outras, é feita exclusivamente através de ambulatório hospitalar, com financiamento pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS). Contudo, considerando a realidade internacional, as necessidades emergentes das pessoas que vivem com doença, e a experiência adquirida também em Portugal, tem sido equacionada - nas duas últimas décadas - a possibilidade de alguns medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) restrita de uso exclusivo hospitalar serem dispensados num regime de maior proximidade (Ministério da Saúde, 2003; Ministério da Saúde, 2005; Ministério da Saúde 2021).

O XXI Governo Constitucional recupera e materializa este tema em 2016 (Ministério da Saúde, 2016), assumindo como uma das suas metas na Estratégia Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde 2016-2020 (Presidência do Conselho de Ministros, 2016) o “Desenvolvimento de programas que permitam a dispensa de medicamentos até agora apenas dispensados em farmácia hospitalar, através da farmácia comunitária. Estes programas contribuirão para um melhor acesso do doente ao medicamento de forma controlada e segura.”

A resposta de proximidade continuou a ser uma prioridade contemplada, também, no Programa do XXII Governo Constitucional 2019-2023 (XXII Governo Constitucional, 2019), com o objetivo de tornar o SNS mais justo e inclusivo. Entretanto, a pandemia COVID-19 acelerou a necessidade de implementação de medidas de saúde pública que garantam a continuidade de cuidados, incluindo estratégias para promover o acesso a estes medicamentos (Bell, 2020). Foi então necessário assegurar o acesso e adesão aos medicamentos que, por norma, são cedidos em contexto de ambulatório hospitalar, para evitar as deslocações de grupos de risco aos hospitais e contribuindo e conter a transmissão da doença.

Neste contexto, o Governo criou enquadramento (Direção-Geral da Saúde e INFARMED, 2020; Ministério da Saúde, 2020a; INFARMED, 2020; Ministério da Saúde, 2020b) para, a pedido do utente, garantir continuidade terapêutica para o controlo das suas patologias, evitando deslocações dos utentes aos hospitais sem valor clínico adicional. Esta transferência do local de dispensa de medicamentos de regime ambulatório da farmácia hospitalar levou à criação de um grupo de trabalho (Ministério da Saúde, 2020c) cuja missão consiste em avaliar as experiências de transferência em curso, desenvolver modelos operacionais centrado na pessoa com doença quanto ao local de dispensa, e apresentar propostas legislativas para regulamentar a dispensa em proximidade.

Terminada a conjuntura excecional que vivemos, é importante avaliar a dimensão do valor social gerado por este serviço de proximidade com a devida articulação com os hospitais de referência.

sobrevivência de doentes com COVID-19. Constituiu objetivo secundário a avaliação do efeito da terapêutica concomitante com imunomoduladores (Sablerolles RSG H. F., 2020).

COMPARAÇÃO INTERNACIONAL

Em 2016, e decorrente do projeto-piloto de dispensa da terapêutica antirretroviral (TARV) em farmácia comunitária, lançado pelo Ministério da Saúde, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) publicara, no seu Relatório de Primavera (OPSS, 2016), uma comparação internacional da dispensa de TARV em Portugal e no mundo, evidenciando que a mesma já existia em farmácia comunitária em diversos sistemas de saúde (como a Austrália, Bélgica, Canadá, Holanda, Nova Zelândia e Sérvia).

A pandemia veio acelerar os modelos de proximidade, com a transferência, da farmácia hospitalar para a farmácia comunitária, da dispensa dos medicamentos que não requerem administração em ambiente hospitalar, em Portugal e noutros países europeus (Murteira, 2022; PGEU 2020). Contudo, esta realidade já existia por todo o mundo, mesmo antes da crise sanitária (Ministério da Saúde, 2020d), com exemplos como a Alemanha (Schmidt, 2015) ou a Austrália (Pharmaceutical Society of Australia, 2015) na terapêutica antirretroviral ou hepatites virais, Canadá (Vu, 2018) nas terapêuticas oncológicas orais, ou Bélgica (Gerken, 2020; Institut national d'assurance maladie-invalidité, 2020) nas imunossupressoras, incluindo financiamento deste serviço nas farmácias.

Entretanto, o grupo de trabalho para a dispensa de proximidade de medicamentos (Ministério da Saúde, 2021) realizou um questionário às agências reguladoras do medicamento da União Europeia (UE-27) sobre os modelos de acesso de proximidade para diferentes áreas terapêuticas (Ministério da Saúde, 2003), sendo que, dos 23 países respondentes, praticamente todos (22) referiram ter pelo menos uma destas áreas terapêuticas já com dispensa em farmácia comunitária. Por outro lado, países como a Áustria ou a Irlanda têm a totalidade das 12 áreas terapêuticas analisadas com dispensa em farmácia comunitária. A compilação desta informação encontra-se sumariada na **Figura 26** (Borges, 2018), constituindo uma importante evidência complementar para suporte à decisão em políticas públicas.



Figura 26. Países com dispensa de medicamentos hospitalares em farmácia comunitária

Fonte: CEFAR (2022), adaptado de Ministério da Saúde (2021) - Grupo de Trabalho: Relatório Projeto de Proximidade (Ministério da Saúde, 2021).

1.1. Iniciativas em Portugal e evidência gerada

Ao longo dos últimos anos, foram implementadas iniciativas de proximidade em vários hospitais do SNS, com o objetivo de responder às necessidades dos doentes. O grupo de trabalho da dispensa de proximidade (Ministério da Saúde, 2020d) mapeou os seguintes projetos-piloto pré-pandemia:

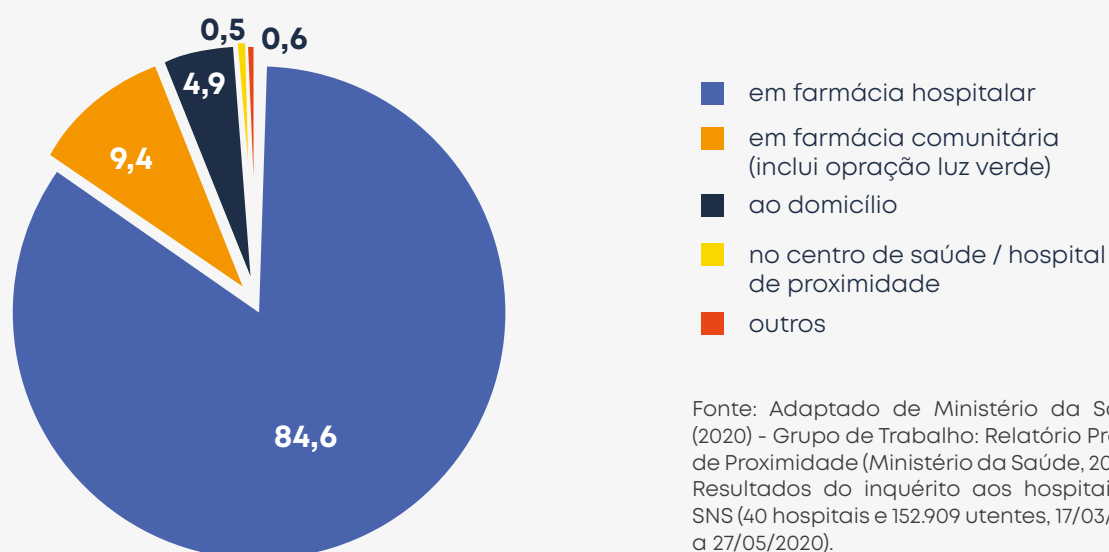
- TARV1/TARV2, do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (CHULC);
- PEMproxi, do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC) e do Centro Hospitalar Tondela Viseu;
- Farma2Care, do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ);
- Pharmaccess, do Hospital Garcia de Orta (HGO);
- Medicamento Próximo, do Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa;
- Novo projeto, do IPO de Lisboa;

com mais de 5.600 doentes com acesso à sua medicação hospitalar na farmácia comunitária de proximidade.

Já no contexto de pandemia por COVID-19, e com o intuito de evitar a propagação da infeção por SARS-CoV-2, foi necessário implementar regimes alternativos de dispensa (INFARMED, 2010). O INFARMED, I.P. analisou a implementação dos diferentes regimes previstos (Ministério da Saúde, 2020d), através de um inquérito realizado a todos os hospitais do SNS com dispensa em ambulatório hospitalar (n=40). Os resultados do questionário (Figura 27) indicam que o nível de adoção dos diferentes regimes, pelos cerca de 153.000 utentes seguidos entre 17 de março e 27 de maio de 2020, foi o seguinte:

- para a maioria dos utentes (84,6%), a dispensa manteve-se no hospital, através da farmácia hospitalar ou no hospital de dia/sistema “drive thru”; muitos hospitais reportaram alterações no próprio modelo de dispensa, como por exemplo o alargamento do horário de funcionamento ou dispensas por um período superior, sempre que possível;
- 9,4% das dispensas foram efectuadas através das farmácias comunitárias, o modelo de proximidade adotado em maior número, incluindo as realizadas no âmbito da Operação Luz Verde (OLV);
- 4,9% das dispensas foram efetuadas ao domicílio;
- e 1,1% através dos centros de saúde, hospitais de proximidade, ou outros.

Figura 27. Distribuição dos utentes dos hospitais pelos regimes previstos de dispensa de proximidade



De acordo com as conclusões do inquérito, a maioria dos hospitais adoptou mais do que um regime, em função das necessidades dos doentes, tendo sido identificadas novas oportunidades de cooperação com outras estruturas.

Adicionalmente, a auscultação realizada pelo grupo de trabalho aos diversos parceiros (Ministério da Saúde, 2020d) revela que a opção pela dispensa em proximidade em farmácias comunitárias é preconizada por Associações de Doentes, Ordens dos Médicos e dos Farmacêuticos, juntamente com as Associações da Indústria Farmacêutica, das Farmácias, dos Distribuidores Farmacêuticos e dos Administradores Hospitalares.

Por fim, o relatório final do grupo de trabalho de proximidade (Ministério da Saúde, 2021) inclui **um conjunto de recomendações, que visam centrar o processo nas necessidades e preferências da pessoa com doença, salvaguardando e assegurando a sua segurança, o sucesso da intervenção farmacológica e a sustentabilidade do processo**, e das quais destacamos:

- que a implementação de sistemas de dispensa em proximidade contemple dois eixos de ação distintos e complementares: a transferência de medicamentos para farmácia comunitária e a dispensa de proximidade.
- que determinados medicamentos passem em definitivo a ser dispensados em farmácia comunitária, continuando a garantir a segurança e o acesso sem custos para o doente.
- [...]
- que todos os modelos de dispensa em proximidade assentem nos seguintes aspetos: acompanhamento pelo farmacêutico hospitalar, com dispensa exclusivamente farmacêutica, proteção de dados pessoais, boas práticas de distribuição e dispensa de medicamentos, rastreabilidade e segurança do circuito, sistemas de informação e monitorização e sustentabilidade.
- que os modelos de dispensa em proximidade sejam monitorizados e avaliados de modo transparente, com base em indicadores de resultados em saúde, qualidade de vida, satisfação dos intervenientes e custos associados. A identificação e definição destes indicadores deverá ser um processo participativo.
- que as instituições de saúde sejam financeiramente compensadas pelo serviço prestado por estas novas intervenções no sistema de saúde, através de um mecanismo de financiamento, inscrito como linha de atividade a contratar nos Contratos-Programa das instituições do SNS, resultante de uma avaliação robusta, a realizar pela ACSS.

Em termos de evidência gerada, foram realizados estudos em três iniciativas de dispensa em proximidade, através das farmácias comunitárias. Tendo como ponto de partida as condições clínicas e sociais do doente, coube aos serviços farmacêuticos hospitalares e ao médico assistente, a definição das condições e critérios para que os utentes de ambulatório pudessem aceder à dispensa destes medicamentos em proximidade. Os principais resultados dos estudos em mundo real, destes três projetos, são os seguintes:

I. ESTUDO TARV

O primeiro projeto-piloto, iniciado em dezembro de 2016, visou a dispensa de terapêutica antirretrovírica (TARV) às pessoas que vivem com VIH/SIDA seguidas no Hospital Curry Cabral (do CHULC), através da farmácia comunitária escolhida pelos utentes. Esta iniciativa contou com o envolvimento de diversos parceiros, desde as instituições do Ministério da Saúde, às associações das farmácias e de distribuidores grossistas e à Ordem dos Farmacêuticos (OF).

A avaliação prevista do projeto TARV I, pelo *Imperial College of London*, foi cancelada, mas da análise dos dados da TARV II, realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em relação à carga viral, em qualquer momento do estudo e em termos cumulativos. Acresce que, do acompanhamento que foi feito do projeto por parte do CHULC, do INFARMED, I.P. e das associações de farmácias, não

foram detetados problemas, quer de acesso à medicação, quer de falta de adesão ou idas às consultas (Ministério da Saúde, 2020d). Um estudo, desenvolvido pelo Consórcio de Investigação entre o Centro de Estudos e Medicina Baseada na Evidência (CEMBE), o Centro de Estudos Aplicados (CEA) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) e o Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR) da Associação Nacional das Farmácias (ANF), seguiu 43 pessoas deste projeto (Borges, 2018) com dispensa através das farmácias comunitárias de cinco concelhos do distrito de Lisboa. Os resultados do estudo revelaram aumentos substanciais e estatisticamente significativos ($p < 0,05$) na satisfação das pessoas, relativamente ao atendimento em geral, às condições de privacidade, horário de atendimento e tempo de espera na farmácia comunitária, comparativamente com a farmácia hospitalar.

Adicionalmente, foram reportadas reduções significativas ($p < 0,05$) em termos do tempo médio de deslocação à farmácia de proximidade (de 46 para 12 minutos) e do tempo de espera de atendimento (de 16 para 4,5 minutos). Registou-se um aumento elevado ($p < 0,05$) de utentes que se deslocam a pé para levantar a medicação (de 37% para 79%).

Por sua vez, as pessoas mantiveram-se clinicamente estáveis, sem alterações na qualidade de vida, e não se verificou alteração da adesão à terapêutica (aumento não estatisticamente significativo).

Os resultados devem ser, contudo, interpretados com cautela, devido à reduzida dimensão amostral deste estudo, que dificulta a avaliação da significância estatística das diferenças encontradas, e ao recrutamento em contexto urbano, que pode contribuir para a subavaliação de algumas dimensões, nomeadamente em termos de impactos no acesso e na conveniência. Esta foi a primeira peça de evidência de dispensa em proximidade através da farmácia comunitária gerada em Portugal.

II. ESTUDO FARMA2CARE

O projeto Farma2Care teve início no dia 1 de dezembro de 2019, com dispensa de terapêutica antirretrovírica às pessoas que vivem com VIH/SIDA, seguidas no Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), através da farmácia comunitária (Ministério da Saúde, 2020d). Um ano após o seu início, o projeto foi alargado às áreas terapêuticas da EM e oncologia, particularmente do cancro da mama, e a decorrer em farmácias de sete distritos da região Norte do país.

Esta iniciativa resultou da colaboração entre o CHUSJ, a Ordem dos Farmacêuticos, a Associação Nacional das Farmácias (ANF) e a Associação de Distribuidores Farmacêuticos (ADIFA), e desde a sua implementação até 31 de dezembro de 2021, abrangeu 1.127 pessoas que vivem com doença, com seguimento de 1.068 através de 350 farmácias comunitárias (CEFAR, 2022).

Foi realizado um estudo longitudinal prospetivo (Correia, 2021), tendo sido recrutados 268 participantes, com seguimento após primeiro mês de dispensa na farmácia comunitária e três meses depois.

Sobre o impacto nos resultados em saúde, o estudo evidencia um aumento estatisticamente significativo ($p < 0,05$) na proporção de pessoas com elevada adesão à terapêutica, de 81% para 90,5% com a transferência da dispensa para a farmácia de proximidade, assegurando a manutenção da qualidade de vida das pessoas que vivem com doença (medida com EQ-5D-5L).

Os resultados do estudo mostram uma melhoria da experiência das pessoas, com aumento estatisticamente significativo ($p < 0,05$) de 83% para 90,1% na satisfação global com a transferência da dispensa. Esta melhoria nos níveis de satisfação foi também verificada nas várias dimensões avaliadas, nomeadamente no tempo de espera, horário de atendimento, condições de privacidade, com o farmacêutico que lhe dispensou a medicação, com disponibilidade dos profissionais e clareza da linguagem que o farmacêutico usou.

Em termos de acesso e conveniência, os participantes reportaram reduções significativas ($p < 0,001$) no tempo mediano de deslocação para acesso à medicação, de 60 minutos na farmácia hospitalar, para 10 minutos na farmácia comunitária, bem como no tempo de espera, de 10 para 3 minutos, respetivamente. Cerca de metade das pessoas (49,1%) reportou deslocação a pé para a farmácia de proximidade, enquanto praticamente ninguém (0,6%) reportou deslocação a pé para a farmácia hospitalar.

Esta alteração refletiu-se nos custos, com poupança estatisticamente significativa ($p < 0,001$) na deslocação, com encargo mediano de 5€ por ida e volta ao hospital, face a aproximadamente 0€ na farmácia comunitária. Observou-se, também, uma redução muito elevada ($p < 0,001$) no absentismo laboral.

III. ESTUDO OPERAÇÃO LUZ VERDE

No contexto da pandemia COVID-19, o Governo deu “luz verde” (Ministério da Saúde, 2020a; INFARMED, 2020; Ministério da Saúde, 2020b) a uma iniciativa de diversos parceiros do setor da saúde, que se mobilizaram para que a população tivesse acesso aos medicamentos hospitalares, em proximidade, sem restrição por área terapêutica, e em todo o território nacional, incluindo as regiões autónomas.

A Operação Luz Verde (OLV) surgiu a 23 de março de 2020 (Ministério da Saúde, 2020d), resultado do esforço articulado entre profissionais da saúde (farmacêuticos, médicos e administradores hospitalares), hospitais, distribuidores farmacêuticos e farmácias, com o apoio institucional das Ordens dos Farmacêuticos e dos Médicos, e de associações de doentes, para uma resposta de proximidade que assegurasse a continuidade do tratamento e reduzisse as deslocações das pessoas que vivem com doença, seus cuidadores ou familiares. A segunda fase desta iniciativa foi mantida através do Serviço da Assistência Farmacêutica (SAFE), em articulação com os hospitais que manifestaram a intenção de manter o serviço.

Desde o seu início, em março de 2020, e até 31 de dezembro de 2021, foram realizadas quase 100.000 dispensas a cerca de 17.000 pessoas que vivem com doença, através de mais de 2.400 farmácias comunitárias (CEFAR, 2022), que prestaram este serviço de forma voluntária e gratuita, assegurando a confidencialidade e liberdade de escolha.

Um estudo (Murteira, 2022) com um desenho de corte quase-experimental, antes e depois, envolvendo uma amostra selecionada aleatoriamente de participantes, com 3 meses de seguimento, foi realizado, com o objetivo de medir o valor gerado pela intervenção da farmácia comunitária na dispensa de medicamentos hospitalares, avaliando o impacto na vida das pessoas.

A maioria dos participantes do estudo, num total de 603, era constituída por pessoas que viviam com doença (84,6%), sendo os restantes cuidadores. As áreas terapêuticas mais prevalentes foram o VIH e a doença oncológica, abrangendo aproximadamente 25,2% e 20,6% das pessoas, respetivamente.

Os resultados do estudo mostram melhoria na adesão à terapêutica, com aumento estatisticamente significativo ($p < 0,001$) da já elevada proporção de pessoas identificadas como aderentes, de 99,2% para 100%, ao fim dos 3 meses de seguimento (escala Medida de Adesão aos Tratamentos MAT-7), e manutenção da qualidade de vida relacionada com a saúde das pessoas (EQ-5D-3L).







Relativamente à experiência com a dispensa, os participantes relataram um aumento significativo dos níveis de satisfação em todas as dimensões avaliadas: disponibilidade do farmacêutico, horário de atendimento, tempo de espera, condições de privacidade e experiência geral. E, não menos importante, 91% das pessoas declarou que, numa fase de pós-pandemia, optaria por continuar a ter acesso aos seus medicamentos através farmácia comunitária, em consonância com a evidência internacional (Jacomet, 2020).

Ocorreram reduções substanciais e significativas ($p < 0,0001$) no tempo médio de deslocação (ida e volta), de 117 para 15 minutos, com a transferência do local de dispensa, bem como no tempo de espera para atendimento (de 22 para 9 minutos).

Adicionalmente, a transferência de local de dispensa gerou poupanças anuais que rondam os 260€/pessoa, decorrentes de reduções significativas das despesas de deslocação (de 33,1 para 1,3 euros) e redução de absentismo (28% dos participantes referiram faltar pelo menos meio-dia ao trabalho no contexto hospitalar, versus 0,5% na farmácia).

A **Tabela 14** sumariza os resultados de acesso e comodidade das três iniciativas avaliadas, evidenciando - de forma generalizada e estatisticamente significativa - **a redução do tempo de deslocação e do tempo de espera para atendimento**, bem como o **aumento das pessoas que se deslocam a pé para acesso à sua terapêutica na farmácia comunitária**, em comparação com a farmácia hospitalar.

Tabela 14. Resultados no acesso ao medicamento e comodidade

Projeto	Tempo de deslocação (minutos)			Tempo de espera para atendimento (minutos)			Deslocação a pé (percentagem)		
	 Farmácia Hospitalar	 Farmácia Comunitária	p-value	 Farmácia Hospitalar	 Farmácia Comunitária	p-value	 Farmácia Hospitalar	 Farmácia Comunitária	p-value
TARV	46	12	<0,05	16	4,5	<0,05	37	79	<0,05
F2C	60	10	<0,001	10	3	<0,001	0,6	49,1	<0,001
OLV	117	15	<0,001	22	9	<0,001	10	55	<0,001



Farmácia Hospitalar







Farmácia Comunitária

Fonte: adaptado dos estudos (Murteira, 2022; Borges, 2018; Correia, 2021)

A **Tabela 15** sintetiza os resultados de poupanças para os utentes avaliados em dois estudos, **mostrando reduções estatisticamente significativas nos encargos com a deslocação e no absentismo laboral** com a transferência da dispensa do hospital para a farmácia comunitária.

Tabela 15. Resultados nos encargos com a deslocação e no absentismo laboral

Projeto	Encargos com deslocação (euros)			Absentismo laboral (percentagem)		
	 Farmácia Hospitalar	 Farmácia Comunitária	p-value	 Farmácia Hospitalar	 Farmácia Comunitária	p-value
F2C	5	0	<0,001	27,8	0	<0,001
OLV	33,1	1,3	<0,001	28	0,5	<0,001



Farmácia Hospitalar







Farmácia Comunitária

Fonte: adaptado dos estudos (Murteira, 2022; Correia, 2021)

Por fim, a **Tabela 16** resume os resultados da satisfação e da adesão à terapêutica, **evidenciando melhoria da satisfação global com estes programas de proximidade**, com aumento estatisticamente significativo em todos os estudos. Observou-se, igualmente, uma **melhoria na proporção de pessoas identificadas como aderentes com a transferência da dispensa** para a farmácia comunitária, com aumento estatisticamente significativo nos estudos do Farma2Care e OLV.

Tabela 16. Resultados na satisfação e adesão à terapêutica

Projeto	Satisfação (percentagem)			Adesão à terapêutica (percentagem)		
			p-value			p-value
TARV	39,0	82,5	<0,05	52,5	58,0	>0,05
F2C	83,0	90,1	<0,05	81,0	90,5	<0,05
OLV	50,0	77,9	<0,001	99,2	100	<0,001



Farmácia Hospitalar



Farmácia Comunitária

Fonte: adaptado dos estudos (Murteira, 2022; Correia, 2021)

DISCUSSÃO

Em Portugal, as despesas privadas com medicamentos, pagas diretamente do bolso dos utentes, são bastante elevadas quando comparadas com outros países europeus (OECD, 2021). O tema do acesso equitativo à saúde, e em particular ao medicamento, começa com as barreiras financeiras presentes, que motivam a necessidade de repensar o sistema de financiamento no nosso país. Contudo, a discussão da acessibilidade deve incluir também preocupações que abrangem outras barreiras, nomeadamente regulamentares, de literacia e, não menos importantes, as barreiras geográficas existentes.

Os resultados observados nos três estudos de avaliação destas iniciativas de transferência de medicamentos de regime ambulatorio hospitalar para a farmácia comunitária demonstram que dispensa em proximidade resulta em ganhos significativos nas diversas dimensões avaliadas de acesso, comodidade, satisfação, resultados em saúde e poupanças para o cidadão e para a sociedade.

Terminada a conjuntura excecional da pandemia COVID-19, é tempo de discutir a evidência encontrada do **valor social gerado pelos serviços de proximidade**, sendo fulcral combater as disparidades acentuadas, assegurando o acesso às terapêuticas inovadoras em termos equitativos para a população e sustentáveis para o sistema de saúde. Impõe-se, desde logo, promover a liberdade de escolha, seguindo o princípio da centralidade da pessoa no sistema de saúde, e salvaguardadas as condições de segurança e qualidade da prestação de cuidados. Esta alteração pode ser promotora de **melhor experiência, acesso e até adesão à terapêutica, aspetos da maior relevância na avaliação da forma como cada um vive com a sua doença**. Este princípio está em linha com a reconhecida **importância da inclusão da pessoa com doença, da sua experiência, necessidades e preferências, bem como as dos seus cuidadores e familiares, nos processos de decisão**, referindo-se, a título de exemplo, o projeto INCLUIR, do INFARMED, I.P (INFARMED, 2017).

O Relatório de Primavera de 2016 (OPSS, 2016), no capítulo de análise da dispensa da TARV em farmácia comunitária, incluía como recomendações que as medidas legislativas que viessem

a ser adotadas tivessem sempre a preocupação da melhoria no acesso ao tratamento, contando com todos os elos da cadeia do sistema de saúde, tentando eliminar todo o tipo de desigualdades, e que todas, sem exceção, fossem devidamente monitorizadas, para permitir uma correta e esclarecida tomada de decisões.

Um ano mais tarde, os investigadores do OPSS (OPSS, 2018) retomaram este tema, no âmbito da terapêutica Antineoplásica Oral, reforçando que o farmacêutico comunitário tem um posicionamento privilegiado para fazer a ponte entre esses doentes e as equipas hospitalares, e que futuras alterações deveriam basear-se na premissa da integração de níveis de cuidados de saúde no seguimento do doente oncológico.

O XXIII Governo Constitucional estabeleceu no seu Programa do Governo (XXIII Governo Constitucional, 2022) para os próximos quatro anos (2022-2026), entre os objetivos para melhorar o acesso ao SNS, “*Promover a intervenção das farmácias comunitárias, em especial no seu papel de estruturas de proximidade às necessidades das pessoas em todo o território*”. O documento refere que ter direito à Saúde é ter acesso, e que este que passa pela diminuição, designadamente, de barreiras financeiras, geográficas, administrativas e até de literacia.

Neste contexto, e no rescaldo de uma pandemia, aguarda-se que um tema como este, debatido ao longo das últimas duas décadas e com evidência gerada, seja estratégica e plenamente concretizado, maximizando os resultados, com salvaguarda da saúde pública e centralidade na pessoa.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A pandemia de COVID-19 enfatizou a necessidade de medidas de saúde pública que garantam a continuidade de cuidados, incluindo estratégias para promover o acesso aos medicamentos. Neste contexto, veio acelerar a necessidade da transferência da dispensa dos medicamentos – para patologias como a oncologia, VIH, esclerose múltipla, entre outras – de regime ambulatório da farmácia hospitalar para a farmácia comunitária, evitando as deslocações de grupos de risco aos hospitais e contribuindo para a contenção da transmissão da doença em Portugal. Contudo, esta realidade já existia por todo o mundo, mesmo antes da crise sanitária.

Os resultados dos estudos que avaliam três iniciativas de proximidade, implementadas em Portugal nos últimos anos, evidenciam que a transferência da dispensa destes medicamentos para a farmácia comunitária promove:

- melhor acesso, comodidade e conveniência nas deslocações;
- melhoria na satisfação e resultados em saúde;
- a adesão ao tratamento,
- poupanças significativas para o cidadão e para a sociedade.

Existe, assim, fundamento e evidência para a concretização deste serviço de proximidade - com a devida articulação com os hospitais de referência, alicerçado na liberdade de escolha dos doentes, consciente das vantagens clínicas, económicas e de experiência que delas emergem, e com lições aprendidas para humanizar a prestação de cuidados de saúde e da salvaguarda da saúde pública. Recomendações em linha de conta com as descritas no relatório do grupo de trabalho para a dispensa de medicamentos em proximidade, fomentando a centralidade na pessoa.

O ACESSO À VACINAÇÃO E TERAPÊUTICA PARA O TRATAMENTO DA COVID-19 (2020/2021)

Fátima Falcão^{1,2}, Erica Viegas^{1,2}, Filipa Duarte-Ramos^{1,3,4}, Pedro Póvoa^{2,5}

¹ Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

² Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

³ EPIUnit–Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP)

⁴ iMed.Ulisa, Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa

⁵ NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa

No final de 2019 foi identificado um novo coronavírus, o SARS-CoV-2, responsável pela síndrome respiratória aguda grave COVID-19 (Helmy, Fawzy, & Elswad, 2020).

Estávamos perante uma infeção, aparentemente com uma taxa de transmissão e de letalidade bastante elevadas, que provocava doença grave, com necessidade de hospitalização e muitas vezes de internamento, em Unidades de Cuidados Intensivos. Foi preciso adequar os hospitais a este novo perfil de doentes, com a criação de serviços de enfermagem e cuidados intensivos dedicados (Auerbach, O'Leary, Greysen, & et al, 2020).

Foi também essencial, ao nível hospitalar, a adequação dos stocks de medicamentos, prevenindo-se o aumento do consumo de determinadas classes terapêuticas, nomeadamente medicamentos de cuidados intensivos e oxigénio, pois estimava-se que as quantidades disponíveis fossem insuficientes. Esta adaptação envolveu, assim, alterações significativas em termos de infraestruturas, de contratação e formação de pessoal, de aquisição de material de proteção individual, entre outros. Embora tenham sido momentos de tensão e stress, houve uma grande união e trabalho de equipa entre todos os profissionais, o que foi decisivo para a resposta que foi possível dar. Estreitou-se a comunicação entre médicos e farmacêuticos, de modo a permitir fazer uma planificação preventiva.

Tentar perceber o comportamento, a patologia, o órgão ou sistemas de órgãos envolvidos, os principais fatores de risco, assim como possíveis terapêuticas com impacto no curso da doença, constituíram desde o início da pandemia, um esforço global da comunidade científica. Contudo, o enorme mediatismo associado à evolução da pandemia, a pressão da opinião pública e o acesso gratuito às mais diversas publicações, conduziu à disseminação de informação em tempo record, algumas vezes com um enorme “ruído” nesta matéria. Por vezes, esqueceu-se a importância da qualidade da terapêutica de suporte, à semelhança do que acontece com qualquer doença (Kalil, 2020).

Surgem várias teorias, nomeadamente sobre uma potencial exacerbação da infeção pelo SARS-CoV2 por medicamentos contendo antagonistas dos recetores AT1 da angiotensina II (ARAs), inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECAS) e anti-inflamatórios não esteroides (AINES). Questionou-se sobre se estas classes terapêuticas poderiam ser uma das causas do agravamento da situação clínica de muitos dos doentes infetados, o que condicionou, por parte do INFARMED, a realização de uma conferência sobre o tema. Na base desta discussão esteve, entre outros, o artigo publicado por Yang et al em Fevereiro de 2020 (Yang, Yu, Xu, & et al, 2020).

O COVID MEDICATION (COMET) study, estudo observacional, multinacional, coordenado pelo Erasmus University Medical Center, teve como objetivo principal descrever a relação entre a utilização de IECAS e ARAs e o resultado clínico, definido pela admissão hospitalar e pela admissão em unidade de cuidados intensivos (UCI), pelo tempo de internamento e pela sobrevivência de doentes com COVID-19. Constituiu objetivo secundário a avaliação do efeito da terapêutica concomitante com imunomoduladores (Sablerolles RSG H. F., 2020).

No estudo COMET participaram 63 hospitais/centros hospitalares de 10 países e Portugal esteve representado por um centro hospitalar. Foram incluídos 4 800 doentes e os resultados analisados indicaram que a utilização de inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona, prévia à admissão hospitalar, não se traduziu em efeito benéfico ou deletério nos *outcomes* estudados (Sablerolles RSG H. F., 2021). Também o potencial interesse da utilização destes fármacos no tratamento da COVID-19 foi refutado por alguns autores (Tralhão, Ferreira Moita, & Póvoa, 2020).

Em Março de 2020, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) alertava para o facto de a pandemia COVID-19 ser uma emergência global, que colocava grandes desafios à Sociedade e à Medicina Intensiva, em particular. Nesse documento, referia-se que um número significativo de doentes teria risco de desenvolver insuficiência respiratória aguda, necessitando de ventilação mecânica, como veio a verificar-se (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2020).

Este foi um tempo em que a rápida disseminação do SARS-CoV-2 e a falta de tratamentos para a COVID-19 causaram uma situação sem precedentes, em que esquemas terapêuticos com valor terapêutico incerto são usados em todo o mundo, enquanto, em simultâneo, são avaliados em estudos clínicos (Harrington, Baden, & Hogan, 2021).

A SPCI emite uma primeira recomendação para a abordagem da COVID-19 em Medicina Intensiva, não recomendando qualquer tratamento antivírico específico, em virtude da falta de evidência resultante de estudos randomizados e controlados. Considera, no entanto, a possibilidade de utilização do esquema terapêutico experimental com remdesivir (RDV) em doentes com critérios clínicos de gravidade. Enquanto este medicamento não se encontrar disponível, admite a hipótese da utilização de lopinavir/ritonavir (LPV/r) ou, em alternativa, de hidroxicloroquina (HCQ) (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos). Esta norma é atualizada no final do mês de Março, sugerindo a utilização de HCQ, na ausência de contraindicações, e RDV na terapêutica de doentes com COVID-19 em estágio II/III, com insuficiência respiratória. Recomenda a não utilização por rotina de outros antivíricos (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2020).

Também em Março de 2020, o INFARMED, com base na informação disponibilizada pela Agência Europeia do Medicamento (EMA), ECDC, OMS e outras fontes, emite Orientações de Acesso a Terapêuticas Experimentais no tratamento da COVID-19. Este documento informa sobre as potenciais terapêuticas experimentais ou vacinas para a doença pelo novo Coronavírus 2019 e o potencial acesso às mesmas; refere ainda que, não existindo à data medicamentos autorizados para o tratamento de COVID-19, nem estando autorizadas quaisquer vacinas, existiriam várias moléculas apontadas como possíveis candidatos terapêuticos. O RDV é considerado uma molécula promissora, tendo em conta o seu largo espetro antiviral, a informação *in vitro* e *in vivo* disponível para os coronavírus, assim como a extensiva base de dados de segurança clínica (proveniente de ensaio clínico do vírus Ébola e no contexto do *Monitored Emergency Use of Unregistered and Investigational Interventions –MEURI2*). Adicionalmente, foram também considerados os dados preliminares, publicados na *Nature Communications*, de dois ensaios clínicos na China e três ensaios clínicos nos EUA, por iniciativa do NIH, em fase de recrutamento. Muitas outras moléculas foram apresentadas como possíveis candidatos terapêuticos (INFARMED, 2020).

Em linha com a informação internacional, referida, e a orientação do INFARMED, a Direção-Geral da Saúde emite a Norma n.º 004/2020, referindo não existirem medicamentos autorizados para o tratamento de COVID-19 nem quaisquer vacinas autorizadas. Considera ser de equacionar terapêuticas antivíricas (remdesivir, lopinavir/ritonavir, e cloroquina ou hidroxicloroquina) de acordo com o local de internamento (enfermaria ou UCI) e com o juízo clínico (Direção-Geral da Saúde, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) inicia um grande ensaio clínico internacional em doentes internados, randomizado, *open-label*, para avaliação da mortalidade intra-hospitalar associada a quatro medicamentos antivíricos estudados em outras indicações, o remdesivir,

a hidroxicloroquina, o lopinavir e o interferão beta-1a. Os dados que foram sendo gerados conduziram a que fossem retirados do estudo a hidroxicloroquina, o lopinavir e o interferão, a 19 de junho, 4 de julho, e 16 de outubro de 2020, respectivamente, mantendo-se o remdesivir.

De acordo com a análise interina publicada em Fevereiro de 2021, os 4 medicamentos referidos teriam pouca ou nenhuma eficácia, medida pela sobrevivência global, início de ventilação ou tempo de internamento (WHO *Solidarity Trial Consortium*, 2021). De considerar que embora o protocolo do estudo tenha sido desenhado de modo a incluir centenas de hospitais, como veio a acontecer, tendo abrangido 405 hospitais em 30 países e recrutado, aquando da análise interina, 11 330 doentes, em países desenvolvidos como o Canadá, a França e a Suíça, este recrutamento abrangeu também países em vias de desenvolvimento, como o Perú, as Filipinas e a África do Sul, com grande assimetria de inclusão, constituindo para alguns países o único modo de obtenção deste fármacos. A heterogeneidade da amostra, nomeadamente nos cuidados de suporte prestados e nas condições de verificação da infeção, diferentes conforme o país de origem, bem como a ausência de estratificação de acordo com a gravidade, que normalmente não se encontra em ensaios clínicos convencionais, conduziu a limitações na análise dos resultados apresentados, que de acordo com alguns autores, não podiam ter sido compensadas pela dimensão do recrutamento (MarcadorPosição1).

Numa primeira fase, o acesso ao medicamento remdesivir (análogo nucleótido com largo espetro de atividade antiviral), ainda em fase experimental, faz-se através de procedimento regulamentar específico, de carácter excecional, na medida em que o medicamento não se encontrava autorizado em nenhum país, nem tinham sido demonstradas a sua eficácia e a sua segurança. Assim, de acordo com informação prestada pelo Departamento Médico da Gilead a 12/03/2020, os pedidos de acesso para utilização excecional deste medicamento experimental deveriam ser submetidos à Gilead, através de um portal criado para o efeito, pelo médico que segue o doente e em estreita articulação com o INFARMED, a quem deveria ser enviado um formulário de pedido de autorização. Para além da aprovação da Gilead, é necessário obter autorização de utilização excecional (AUE) pelo INFARMED. Através do programa de uso compassivo, são considerados pedidos individuais de acesso para utilização excecional deste medicamento experimental em mulheres grávidas e crianças com idade inferior a 18 anos, com COVID-19 confirmada e manifestações graves da doença. A 23 de Março, a Gilead informa que está a alterar o mecanismo através do qual é possível passar a solicitar o acesso a RDV através de um protocolo de acesso alargado, o GS-US-540-5821, que tem como objetivo secundário avaliar a segurança do fármaco, através da análise da incidência e tratamento de eventos adversos (U.S. *National Library of Medicine ClinicalTrials.gov*). De acordo com a mesma fonte, através de um programa de uso compassivo, foram tratados mais de 1700 doentes em estado crítico em todo o mundo e a implementação do Programa de Acesso Precoce (PAP) a nível global teve em conta a evolução epidemiológica e geográfica da pandemia, pelo que foram prioritários os países em que o impacto da COVID-19 era maior. Utilizando igual critério, a seleção dos centros em Portugal recaiu na Unidade de Cuidados Intensivos / Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar de São João, do Centro Hospitalar e Universitário do Porto e do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral.

A 30 de Abril a *European Medicines Agency* (EMA) inicia avaliação contínua (rolling review) do medicamento, processo que permite acelerar a avaliação de um medicamento experimental promissor durante uma emergência de saúde pública, como a pandemia em curso. Deste modo, os dados são analisados à medida que ficam disponíveis, enquanto, em circunstâncias normais, todos os dados de apoio a um pedido de autorização de introdução no mercado devem ser apresentados no início do procedimento de avaliação (*European Medicines Agency*, 2020). Deste modo, a COVID-19 representou uma oportunidade para integrar dados de Real World Data (RWD) e *Real World Evidence* (RWE) nas decisões da entidade reguladora (Concato & Corrigan-Curay, 2022).

Na mesma altura, a 23 de Abril, a EMA alerta para os eventos adversos associados à utilização de cloroquina e hidroxicloroquina, particularmente quando em altas doses, ou em associação a outros medicamentos com efeitos semelhantes, como a azitromicina. Recomenda que

sejam utilizados apenas no âmbito de ensaio clínico, e que sejam reportadas, às autoridades competentes de cada país, as possíveis reações adversas medicamentosas identificadas (RAM) (*European Medicines Agency*).

Em maio, outros autores chamam a atenção para o risco da utilização *off label*, não controlada, de fármacos como cloroquina/hidroxicloroquina, azitromicina e lopinavir-ritonavir, com efeitos secundários importantes, como prolongamento do intervalo QT, hepatite, pancreatite aguda, neutropenia e anafilaxia. Referem que a maioria dos doentes que, à época, morreu de COVID-19, eram idosos, com comorbilidades cardiovasculares, podendo o tratamento condicionar o aumento do risco de morte cardíaca. Também a disfunção hepática e da medula óssea associada a esta terapêutica poderia contribuir para incrementar o risco de hepatite e neutropenia, manifestações clínicas da COVID-19. Salientam que embora muitos fármacos tenham atividade *in vitro* contra diferentes coronavírus, nenhuma evidência clínica suportava, em termos de eficácia e segurança, a sua utilização na infeção por coronavírus em humanos, incluindo o SARS-CoV-2, uma vez que a atividade *in vitro* não pode ser traduzida automaticamente em atividade clínica. Apenas os melhores cuidados de suporte eram inquestionáveis na abordagem destes doentes, pelo que deveriam constituir o grupo controlo em ensaios clínicos com novas abordagens terapêuticas (Kalil, 2020).

Em Portugal, entre Março e Setembro de 2020, foram notificadas ao Sistema Nacional de Farmacovigilância 85 suspeitas de RAM, a estes medicamentos, em doentes com COVID-19 (Ferreira-da-Silva, Ribeiro-Vaz, Morato, & et al, 2021).

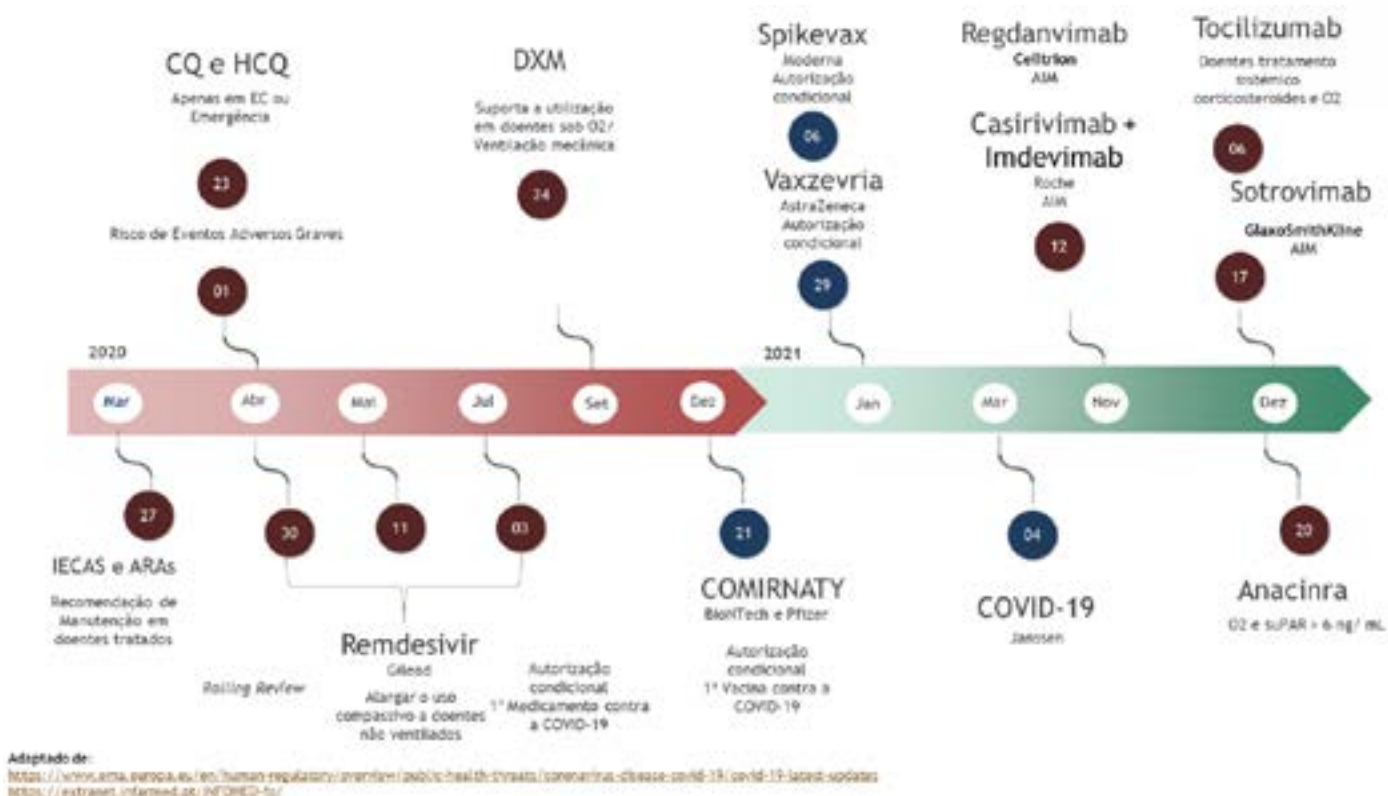
Um estudo observacional que decorreu entre Março e Agosto de 2020, com 149 doentes, para avaliar reações adversas a medicamentos em doentes com COVID-19 tratados com remdesivir ou hidroxicloroquina (com ou sem azitromicina ou lopinavir/ ritonavir), permitiu identificar uma maior incidência de RAM no grupo tratado com hidroxicloroquina (47.5 % vs 12.5 %; $p < 0.001$). As manifestações mais comuns foram de natureza hepatobiliar, seguidas das gastrointestinais, renais e cardíacas (Falcão, Viegas, Carmo, & et al, 2021).

A *Food and Drug Administration* (FDA), a 1 de Maio, com base nos resultados de 3 ensaios clínicos e, considerando que a diminuição no tempo de recuperação e alta hospitalar, mesmo sem redução na mortalidade intra-hospitalar, é importante, tanto para doentes como para os sistemas de saúde, muito sobrecarregados à data, emite uma primeira autorização de emergência para o RDV (Rubin D, 2020).

A 11 de maio a EMA recomenda o alargamento do programa de uso compassivo de RDV (*European Medicines Agency*). Posteriormente, a alocação de RDV passa a ser feita por país e não por centro, o que permite novo Programa de Acesso Precoce abrangendo todos os Hospitais, para o tratamento de adultos e doentes com mais de 12 anos, com peso de pelo menos 40 Kg, com COVID-19, confirmado por PCR ou aguardando PCR após contacto com caso confirmado de COVID-19, com manifestação grave, submetidos a ventilação mecânica invasiva, ou doentes que necessitam de oxigénio suplementar, ventilação não invasiva, dispositivos de alto fluxo de oxigénio ou oxigenação por membrana extracorporal (ECMO). Para utilização do medicamento é necessária autorização do INFARMED, e entrega atempada por parte do laboratório. Deste modo, são criados mecanismos de articulação entre hospitais, entidade reguladora e laboratório fornecedor, que permitem ter o medicamento disponível em tempo útil, incluindo fim de semana e feriados. Em 3 de julho de 2020 com base nos estudos NIAID ACTT-1 (CO-US-540-5776) (Beigel, Tomashek, Dodd, & et al, 2020), GS-US-540-5773 (Goldman, Lye, Hui, & et al, 2020) e GS-US-540-9012 (Gottlieb, Vaca, Paredes, & et al, 2022) o remdesivir obtém, centralmente, autorização de introdução no mercado (AIM), condicional (*European Medicines Agency*).

A 11 de novembro de 2020, com base nos resultados do ensaio clínico, randomizado, duplamente cego e controlado por placebo ACTT-2 promovido pelo *National Institute of Allergy and Infectious Diseases* (NIAID) a FDA atribui autorização especial à utilização da associação de remdesivir com baricitinib (*Food and Drug Administration*, 2020).

Figura 28 Alguns marcos na autorização de medicamentos e vacinas contra a COVID-19



Considerando que as vacinas seriam, para a maioria das pessoas, o método mais efetivo na proteção contra a COVID-19, a comunidade científica centrou a sua capacidade de pesquisa, desenvolvimento e produção na obtenção de vacinas seguras e eficazes. Tradicionalmente, a produção de vacinas pode demorar anos ou mesmo décadas, mas a reunião de esforços, sem precedentes (Singh, Sharma, Lee, & Yadav, 2022), conduziu a uma primeira aprovação em dezembro de 2020. Assim, no dia 21 é aprovada a primeira vacina contra a COVID-19 (COMIRNATY), à qual se vão juntar mais 3, até Abril de 2021 (Spikevax, Vaxzevria e COVID-19 Janssen), permitindo passar de uma abordagem da doença em que todos os esforços se encontravam concentrados na diminuição da propagação e no tratamento, para um novo objetivo: dotar a população da imunidade adequada.

Entretanto, o aparecimento de novas variantes, observado em todo o mundo, dificulta o processo de desenvolvimento de medicamentos. Assim, no que respeita a fármacos, é preciso passar mais de um ano sobre a primeira autorização de um medicamento para o tratamento da COVID-19 para que, em novembro e dezembro de 2021, surjam mais três aprovações de novos medicamentos, regdanvimab, casirivimab + imdevimab e sotrovimab. Todos eles, anticorpos monoclonais – IgG1 humano produzidos através de tecnologia de ADN recombinante numa linha celular de mamíferos (ovário de hamster chinês). Os anticorpos monoclonais constituem uma alternativa na profilaxia pós exposição, em indivíduos não vacinados ou que não responderam adequadamente à vacinação, como é o caso dos imunocomprometidos (Singh, Sharma, Lee, & Yadav, 2022). Encontram-se indicados no tratamento da COVID-19 em doentes com risco elevado de progressão para doença grave, sendo que o casirivimab + imdevimab se encontra também aprovado na prevenção da COVID-19. Pretende-se um início de terapêutica cada vez mais precoce, em doentes não hospitalizados, sem necessidade de qualquer forma de suplementação de oxigénio, mas que apresentem fatores de risco de progressão para doença grave (doença cardiovascular, incluindo hipertensão; doença respiratória crónica, incluindo asma; diabetes mellitus tipo I ou tipo II; insuficiência renal crónica, incluindo doentes em diálise; doença hepática crónica e doentes imunodeprimidos) (European Medicines Agency) (European Medicines Agency) (European Medicines Agency).

Também em dezembro de 2021, outros dois medicamentos, o tocilizumab e o anacinra, até aí indicados em outras doenças, nomeadamente na artrite reumatoide, obtêm indicação na COVID-19.

Analisando retrospectivamente os anos 2020 e 2021 no que respeita ao acesso a medicamentos e vacinas para a COVID-19, algumas mensagens serão de reter:

- O elevado mediatismo associado à evolução da pandemia, a pressão da opinião pública e o acesso gratuito às mais diversas publicações, algumas delas sem revisão por pares, conduziu à disseminação de informação em tempo recorde, algumas vezes com um enorme “ruído” no que ao medicamento diz respeito. Em consequência, a lista de medicamentos com potencial efetividade contra o SARS-CoV-2 abrangeu dezenas de medicamentos, a maioria sem qualquer fundamentação científica, podendo constituir um risco para os doentes;
- Apenas ensaios clínicos (EC), randomizados, bem desenhados, garantem que os medicamentos que serão utilizados apresentam eficácia e segurança. Em particular, EC com dupla ocultação, controlados por placebo;
- Uma vez que a atividade *in vitro* não pode ser traduzida automaticamente em atividade clínica, a utilização *off label*, nomeadamente quando envolve medicamentos com efeitos secundários importantes, será de evitar;
- A nível central, a utilização, pela Agência Europeia do Medicamento, de mecanismos de avaliação contínua em que os dados são analisados à medida que ficam disponíveis, permitiu encurtar o prazo de aprovação de novos medicamentos;
- Em Portugal, embora não existindo uma estrutura científica permanente, pluridisciplinar, para aconselhamento científico, foi a articulação e a criação de mecanismos privilegiados de comunicação, nunca antes utilizados, entre entidade reguladora, instituições hospitalares e indústria farmacêutica que permitiu o acesso aos medicamentos autorizados em tempo útil;
- O foco colocado pela comunidade científica na pesquisa, desenvolvimento e produção permitiu a obtenção de vacinas seguras e eficazes em tempo recorde;
- A nível local, considerando as alterações estruturais e de isolamento para tratamento de doentes, que foi necessário criar nos hospitais, é de destacar a flexibilidade, capacidade de adaptação e troca de experiências, como um dos fatores que permitiu disponibilizar os medicamentos necessários.

Capítulo 7

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

É referido na Introdução a este RP que as grandes crises, por norma, revelam as nossas maiores fragilidades e por isso devem ser, essencialmente, grandes desafios aos quais precisamos responder com inteligência para sairmos das mesmas com maior capacidade de resiliência. Tendo isso em consideração enunciam-se, brevemente, os três grandes desafios do SNS: (i) o acesso aos cuidados de saúde; (ii) os recursos humanos; e (iii) a saúde pública. Enunciam-se, paralelamente as “tentativas de resposta”: a reforma da saúde mental; a digitalização da saúde; a Lei de Bases da Saúde e o Estatuto do SNS; a dedicação plena apenas para alguns profissionais; e a criação dos Sistemas Locais de Saúde.

Apesar de se vislumbrar alguma proximidade entre os desafios por nós apresentados e as tentativas de resposta, sobra-nos uma questão fundamental: qual é a orientação estratégica estrutural das tentativas de resposta? Tomemos como exemplo a digitalização da saúde. Provavelmente não haverá ninguém minimamente informado que não concorde com isso. Todavia, dada a transversalidade do seu impacto, pergunta-se:

- A digitalização será desenvolvida com base em que modelo de cuidados?
- De que modo será motor de transformação?
- Como contribuirá para os três princípios fundamentais: a centralização dos cuidados na pessoa/família, a integração e a continuidade de cuidados?
-

Esta reflexão remete-nos diretamente para os temas escolhidos para o presente RP. Logo no primeiro olhamos para o impacto da pandemia COVID19 na utilização de cuidados de saúde, necessidades não satisfeitas em saúde e telessaúde. Evidencia-se a imensa capacidade de reorganizar as respostas em função da emergência de saúde pública que vivemos, mas ao mesmo tempo, o quanto isso afetou a capacidade de resposta a outros cuidados que não os relacionados com a pandemia, contribuindo assim para o aumento das necessidades não satisfeitas, ou seja qualquer aspeto dos cuidados omitido ou atrasado.

Enuncia-se ao mesmo tempo o esforço que foi feito para incrementar a capacidade de resposta através do recurso a estratégias da telessaúde. Mas também se destacam as limitações desta estratégia quer pela ausência de um modelo de cuidados que a estruture, quer pela própria limitação dos recursos tecnológicos disponíveis, quer também pela falta de preparação dos profissionais na utilização de recursos que exigem competências próprias, nomeadamente de criação de novas formas de interação e relacionamento com os utentes; quer por último, pela limitada literacia tecnológica dos utilizadores mais frequentes dos cuidados, ou seja, pessoas idosas com multimorbilidade e dependência.

Neste contexto, é pertinente a reflexão com que começámos este capítulo, tal como o é perguntar: fala-se em retoma da atividade do SNS próximos dos níveis pré pandémicos, mas apenas queremos retomar os níveis ou queremos aumentar a capacidade de resposta, mas com base em modelos de cuidados novos resultantes do que aprendemos com a pandemia? O segundo capítulo deste Relatório aborda a problemática dos recursos humanos e a

concorrência público/privada. Tal como afirmamos na introdução, esta é uma das áreas onde se colocam alguns dos desafios mais estruturais do SNS. Dito por outras palavras, não há SNS sem um corpo de profissionais dedicado. Isto não é sinónimo, tal como é demonstrado neste RP, de apenas contratar mais profissionais. Demonstra-se, com recurso aos dados publicamente acessíveis, que a um forte incremento na contratação de profissionais de saúde não tem correspondido um incremento na produtividade. Demonstra-se ainda que para isso contribuirão muitos fatores, desde os modelos de cuidados, aos modelos remuneratórios, passando pelas taxas de absentismo, pelas condições estruturais de exercício e pela concorrência do setor privado, todas elas contribuindo de forma mais ou menos acentuada para elevados níveis de burnout, entrando-se assim num círculo vicioso do qual dificilmente sairemos.

A resposta ensaiada passa por uma proposta de dedicação plena. Todavia, mais uma vez surgem múltiplas questões às quais urge responder.

- Esse modelo é para todos os profissionais? Apenas para alguns? Quais e porquê?
- Esse modelo exige que se estabeleça um contrato com base em compromissos de produtividade. Que indicadores de produtividade serão adotados?
- Recorreremos de novo à produtividade ao ato (número de consultas e de cirurgias) e ao modelo biomédico? De que modo estes indicadores demonstram resultados em saúde?
- De que modo os compromissos referidos serão feitos com base num modelo de cuidados que tenha em conta a atual realidade epidemiológica?

Tal como é afirmado, esta é uma reforma incontornável e essencial para o SNS porque “nenhum modelo remuneratório dos profissionais, antigo ou inovador, poderá ter sucesso na retenção dos profissionais no SNS”.

O terceiro capítulo do RP é dedicado aos cuidados em casa. A justificação do mesmo reside nos factos de assistirmos a uma crescente discussão internacional acerca deste tipo de resposta, e de, quase diariamente, termos notícias de novas respostas de cuidados domiciliários no nosso país.

Mais uma vez afirmamos que não faz sentido apenas aumentarmos o número de respostas sem previamente definirmos uma estratégia construída com base nos princípios já referidos (cuidados centrados na pessoa/família, integrados e que garantam continuidade). Por tal razão, começamos por um breve enquadramento concetual, onde se aborda a necessidade da definição de um modelo de cuidados domiciliários.

Como não é possível pensar os cuidados domiciliários sem equacionar a problemática do cuidador informal/familiar, fazemos uma reflexão que inclui uma definição e enquadramento legal dos cuidadores informais, incluindo os seus direitos e deveres; uma sua caracterização; os cuidados que são prestados; as dificuldades e necessidades; bem como, dados relativos à sobrecarga do cuidador e o impacto no seu bem-estar e qualidade de vida.

Sobre o cuidador informal antecipam-se uma maior procura deste tipo de cuidados, decisões públicas no sentido de melhorar o acesso, grandes alterações no estatuto do cuidador informal, para além de uma necessária articulação entre a vida profissional destes cuidadores e as funções que desempenham em casa da pessoa dependente, assim como a criação de uma carteira de benefícios, incluindo uma redução nos impostos.

Da análise feita à capacidade de resposta de cuidados domiciliários instalada, constata-se que a mesma inclui: ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, cuidados domiciliários de enfermagem e/ou médicos a utentes pertencentes às USF/UCSP, e Equipas de Cuidados Continuados Integrados; por sua vez os hospitais dispõem, entre outros, de Serviços de Hospitalização Domiciliária; por último, a Segurança Social oferece o Serviço de Apoio Domiciliário. Dessa análise pode concluir-se a enorme capacidade para criarmos respostas “novas”, mas também de não as pensarmos global e estrategicamente, quer do ponto de vista da sua verdadeira inovação, uma utilização racional de recursos, de uma lógica territorial, de uma integração de cuidados, de tal modo que, em conjunto contribuam para garantir uma efetiva continuidade de cuidados em proximidade.

Conclui-se pela necessidade de uma orientação política estratégica explícita e integrada para a domiciliação de cuidados; corrigir e superar a sobreposição e a desarticulação entre os diferentes tipos de resposta de diferentes níveis de cuidados e de diferentes sectores; delinear um sistema de monitorização e de avaliação das respostas de domiciliação de cuidados existentes; definir normas de qualidade em saúde para este contexto de cuidados; e de corrigir a desigual distribuição de respostas.

Dado o seu carácter estrutural e, ao mesmo tempo, a sua promessa de futuro, dedicamos um capítulo à inovação tecnológica e terapêutica. De facto, a inovação, de forma ampla, e a digitalização em particular são-nos sistematicamente apresentadas como um contributo inquestionável para o incremento da capacidade de resposta do SNS aos desafios com que se confronta. Porque tal como se afirma a “saúde digital, ao permitir armazenar, analisar e partilhar informação relevante, promove o estabelecimento de uma rede de partilha e colaboração, fundamental na implementação de projetos de integração de cuidados, contribuindo para a prestação de cuidados mais centrados no cidadão, atendendo às suas necessidades específicas, e para a melhoria da efetividade, eficiência e qualidade dos cuidados”. Porém, sendo isto verdade, também precisamos apelar à história e recordar o que correu menos bem com a primeira vaga de digitalização da saúde e que ainda persistem. Referimo-nos a um sistema de informação em saúde com proliferação de aplicativos e evidentes lacunas de interoperabilidade entre níveis de cuidados e que, em boa verdade, pouco contribui para a integração e continuidade de cuidados.

Ao mesmo tempo, precisamos ter consciência dos desafios à implementação da digitalização em saúde, em particular os relacionados com a infraestrutura de tecnologias de informação. Tal como é afirmado neste RP a “falta de interoperabilidade dos sistemas de informação é uma das principais barreiras identificadas à implementação de um ecossistema de saúde integrado. A existência de informação de forma integrada, atualizada e acessível, é basilar para um sistema de saúde mais integrado. Para tal é necessária a definição de uma estratégia nacional para a integração de cuidados e para a saúde digital enquanto ferramenta que promova esta integração”.

Consequentemente, são feitas um conjunto de recomendações que sintetizamos:

Promoção da autonomia e da capacitação dos cidadãos em geral e das pessoas com doença em particular;

- Adequação e implementação transversal de modelos atualizados de consentimento informado para um ambiente digital;
- Estudo do impacto específico da inovação digital em saúde na relação médico-doente,

tendo em vista evitar a erosão desta relação fundamental à qualidade dos cuidados;

- Promover mecanismos tendentes à justa distribuição de riscos, benefícios e custos do progresso científico e tecnológico e suas aplicações na área da saúde digital;
- Investimento na especificação de deveres e responsabilidades profissionais quando a atividade profissional em saúde é exercida em ambiente digital;
- Otimização da proteção de dados de saúde gerados pelos cidadãos e da sua utilização para fins de investigação e prestação de cuidados de saúde;
- Garantir a contínua avaliação da validade, utilidade e qualidade dos produtos, serviços, estratégias e intervenções digitais;
- Promover estratégias para que o doente assuma uma participação ativa na co-criação de soluções que sejam verdadeiramente úteis (atendendo às suas necessidades específicas), na sua relação com o sistema de saúde através do digital;
- Redobrar a atenção na cibersegurança em saúde;
- Promover a participação e sensibilização do público quanto aos principais desafios da saúde digital;
- Promover a contínua atualização e adequação dos currículos académicos das profissões de saúde;

Criar as condições nas instituições de espaços dedicados tanto físicos como de agendas para a prática da teleconsulta. Incluindo os aspetos relacionados com a remuneração dos profissionais de saúde no uso de ferramentas digitais. Atualmente, a telemedicina surge como uma dimensão associada à esfera de atuação dos agrupamentos de centros de saúde, proposta pela ACSS na operacionalização da contratualização nos CSP.

Quanto ao financiamento:

- Financiamento dos cuidados de saúde no SNS acompanhar a inovação na prestação de cuidados, já que existe evidência de menores custos associados;
- Existência de uma agenda nacional para o desenvolvimento da saúde mental digital;
- As soluções de saúde digital devem constituir parte de uma estratégia integrada nas prioridades de saúde, devendo beneficiar a população de forma ética, segura, equitativa e sustentável.

Quanto à interoperabilidade:

- Criar um “Selo de Interoperabilidade”, para as aplicações em saúde, que leve em consideração os mecanismos e standards de interoperabilidade técnica e semântica adotados nos produtos ao dispor no mercado;
- Assegurar um vocabulário médico controlado e o recurso a catálogos nacionais, como parte de um programa de interoperabilidade, que garanta que as aplicações atuais e futuras interajam da forma desejada, sem propagar erros.

Quanto a medicina de precisão:

- Promover o acesso a diagnósticos e tratamentos inovadores;
- Capacitar centros para darem resposta a tratamentos inovadores;

- Estabelecer uma política nacional de dados em saúde;
- Investir numa plataforma integradora de dados e ferramentas de apoio à decisão clínica;
- Investir na caracterização molecular focada em subgrupos da população;
- Criar estratégia e coordenação para atrair investimento em infraestrutura;
- Fomentar colaboração nacional e internacional;
- Promover a literacia em saúde e medicina personalizada.

Por fim, recentemente, no início de maio último, a OMS visitou Portugal no âmbito da iniciativa piloto do *Universal Health and Preparedness Review*. Desta visita resultou um relatório breve que, apesar de ter sido divulgado após o encerramento do período normal de análise dos Relatórios de Primavera, incluímos aqui pela relevância do seu conteúdo. De facto, reconhecendo a escassez de recursos humanos e a falta de um plano de resposta a emergências de saúde pública, a OMS realça o compromisso político do Governo, e a colaboração entre os vários setores da sociedade, assim como a capacidade de dedicação dos profissionais de saúde. Foi também recomendado o aumento em inovação e na tecnologia digital.

REVISORES

Aida Tavares

Ana Rita Maria

Bruno Heleno

José Aranda da Silva

Margarida Caramona

Paulo Sousa

Rui Santana

Vítor Ramos

REFERÊNCIAS

CAPÍTULO 1 O QUE A EPIDEMIA FEZ?

Middleton J, Martin-Moreno JM, Barros H, Chambaud L, Signorelli C. ASPHER statement on the novel coronavirus disease (COVID-19) outbreak emergency. *Int J Public Health*. 2020 Apr;65(3):237-238. doi: 10.1007/s00038-020-01362-x. Epub 2020 Mar 29. PMID: 32227250; PMCID: PMC7103891.

Leão T, Amorim M, Fraga S, Barros H. What doubts, concerns and fears about COVID-19 emerged during the first wave of the pandemic? *Patient Educ Couns*. 2021 Feb;104(2):235-241. doi: 10.1016/j.pec.2020.11.002. Epub 2020 Nov 5. PMID: 33172735; PMCID: PMC7644195.

Rodrigues C, Baía I, Domingues R, Barros H. Pregnancy and Breastfeeding During COVID 19 Pandemic: A Systematic Review of Published Pregnancy Cases. *Front Public Health*. 2020 Nov 23;8:558144. doi: 10.3389/fpubh.2020.558144. PMID: 33330308; PMCID:PMC7719788.

Severo M, Ribeiro AI, Lucas R, Leão T, Barros H. Urban Rail Transportation and SARS-Cov-2 Infections: An Ecological Study in the Lisbon Metropolitan Area. *Front Public Health*. 2021 Feb 3;9:611565. doi: 10.3389/fpubh.2021.611565. PMID: 33614581; PMCID:PMC7887317.

Meireles P, Amaro J, Pinto da Costa J, Lopes MM, Varandas T, Norton P,Guimarães JT, Severo M, Barros H. Prevalence of SARS-CoV-2 antibodies among workers of the public higher education institutions of Porto, Portugal: a cross-sectional study. *Occup Environ Med*. 2021 Sep;78(9):648-653. doi:10.1136/oemed-2021-107519. Epub 2021 Jun 30. PMID: 34193594; PMCID: PMC8380891.

Pedro N, Fernandes V, Cavadas B, Guimarães JT, Barros H, Tavares M, Pereira L. Field and Molecular Epidemiology: How Viral Sequencing Changed Transmission Inferences in the First Portuguese SARS-CoV-2 Infection Cluster. *Viruses*. 2021 Jun 10;13(6):1116. doi: 10.3390/v13061116. PMID: 34200621; PMCID: PMC8226748.

Leão T, Severo M, Barros H; Public Health Research Group. COVID-19 transmission and case fatality in long-term care facilities during the epidemic first wave. *J Am Geriatr Soc*. 2021 Dec;69(12):3399-3401. doi: 10.1111/jgs.17427. Epub 2021 Aug 25. PMID: 34409592; PMCID: PMC8447024. Euro-Peristat Research Network. Population birth data and pandemic readiness in Europe. *BJOG*. 2021 Sep 27;10.1111/1471-0528.16946. doi: 10.1111/1471-0528.16946. Epub ahead of print. PMID: 34569700; PMCID:PMC8652502.

Leite A, Leão T, Soares P, Severo M, Moniz M, Lucas R, Aguiar P, Meireles P, Lunet N, Nunes C, Barros H. A Case-Control Study of Contextual Factors for SARS-CoV-2 Transmission. *Front Public Health*. 2021 Nov 4;9:772782. doi:10.3389/fpubh.2021.772782. PMID: 34805081; PMCID: PMC8599439.

Goncalves M, Henriques A, Costa AR, Correia D, Severo M, Lucas R, Barros H; Task Force COVID-19 ISPUP – INESC TEC. Insomnia and nightmare profiles during the COVID-19 pandemic in Portugal: characterization and associated factors. *Sleep Med*. 2022 Feb;90:44-52. doi: 10.1016/j.sleep.2021.12.018. Epub 2022 Jan 10. PMID: 35093683; PMCID: PMC8744402.

Costa JPD, Meireles P, Rodrigues PNS, Barros H. Incidence of SARS-CoV-2 infection in a cohort of workers from the University of Porto, Portugal. *Infect Dis (Lond)*. 2022 Jun;54(6):441-447. doi: 10.1080/23744235.2022.2035429. Epub 2022 Feb 7. PMID: 35129057.

CAPÍTULO 2 PANDEMIA COVID-19 – IMPACTO NA UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE, NECESSIDADES NÃO SATISFEITAS EM SAÚDE E TELESSAÚDE

ACSS. (2021). Relatório Anual - Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas em 2020. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf

Barros, P. P. (2020). Acesso a Cuidados de Saúde, 2020 - As escolhas dos cidadãos. <https://www2.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Reports/AF-HealthReport-2020-S.pdf>

Berenson, R. A., Shartzter, A., & Murray, R. C. (2020). Strengthening Primary Care Delivery through Payment Reform. U. Institute. <https://www.urban.org/research/publication/strengthening-primary-care-delivery-through-payment-reform>

DGS. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. In: Direção-Geral da Saúde.

- Entidade Reguladora da Saúde. (2020). Informação de Monitorização: Impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde – período de março a junho de 2020. <https://www.ers.pt/media/3487/im-impacto-covid-19.pdf>
- Eurofound. (2020). Living, working and COVID-19. In. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurofound. (2021). Living, working and COVID-19 (Update April 2021): Mental health and trust decline across EU as pandemic enters another year. In. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Commission. (2022). State of Health in the EU Companion Report 2021. In. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fagherazzi, G., Goetzinger, C., Rashid, M. A., Aguayo, G. A., & Huiart, L. (2020). Digital Health Strategies to Fight COVID-19 Worldwide: Challenges, Recommendations, and a Call for Papers. *J Med Internet Res*, 22(6), e19284. <https://doi.org/10.2196/19284>
- Garfan, S., Alamoodi, A. H., Zaidan, B. B., Al-Zobbi, M., Hamid, R. A., Alwan, J. K., . . . Momani, F. (2021). Telehealth utilization during the Covid-19 pandemic: A systematic review. *Computers in Biology and Medicine*, 138, 104878. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.compbimed.2021.104878>
- Greenhalgh, T., Koh, G. C. H., & Car, J. (2020). Covid-19: a remote assessment in primary care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 368, m1182. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1182>
- Greenhalgh, T., Wherton, J., Shaw, S., & Morrison, C. (2020). Video consultations for covid-19. *BMJ (Clinical research ed.)*, 368, m998. <https://doi.org/10.1136/bmj.m998>
- INE. (2021a). Informação à comunicação social - Dia Mundial da Saúde: Quebras sem precedentes no número de atos assistenciais prestados em 2020 (Destaque, Issue. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=554697353&att_display=n&att_download=y
- INE. (2021b). Rendimento e Condições de Vida 2020 (Dados provisórios). I. N. d. Estatística. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=482413323&att_display=n&att_download=y
- Kaye, A. D., Okeagu, C. N., Pham, A. D., Silva, R. A., Hurley, J. J., Arron, B. L., . . . Cornett, E. M. (2021). Economic impact of COVID-19 pandemic on healthcare facilities and systems: International perspectives. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 35(3), 293-306. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.11.009>
- Lourenço, Ó., Quintal, C., Moura-Ramos, L., & Antunes, M. (2022). The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Unmet Healthcare Needs in People Aged Over 50 in Portugal. *Acta medica portuguesa*, 35(13).
- Mann, D. M., Chen, J., Chunara, R., Testa, P. A., & Nov, O. (2020). COVID-19 transforms health care through telemedicine: Evidence from the field. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 27(7), 1132-1135. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa072>
- Mansfield, K. E., Mathur, R., Tazare, J., Henderson, A. D., Mulick, A. R., Carreira, H., . . . Langan, S. M. (2021). Indirect acute effects of the COVID-19 pandemic on physical and mental health in the UK: a population-based study. *The Lancet Digital Health*, 3(4), e217-e230. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(21\)00017-0](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(21)00017-0)
- Mazzucato, M., & Kattel, R. (2020). COVID-19 and public-sector capacity. *Oxford Review of Economic Policy*, graa031. <https://doi.org/10.1093/oxrep/graa031>
- Mazzucato, M., Kattel, R., Quaggiotto, G., & Begovic, M. (2021). COVID-19 and the need for dynamic state capabilities: an international comparison. UCL Development Futures Series Working Papers. London: UCL.
- Michalowsky, B., Hoffmann, W., Bohlken, J., & Kostev, K. (2021). Effect of the COVID-19 lockdown on disease recognition and utilisation of healthcare services in the older population in Germany: a cross-sectional study. *Age and Ageing*, 50(2), 317-325. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa260>
- Miralles, O., Sanchez-Rodriguez, D., Marco, E., Annweiler, C., Baztan, A., Betancor, É., . . . Vall-Ilosera, E. (2021). Unmet needs, health policies, and actions during the COVID-19 pandemic: a report from six European countries. *European Geriatric Medicine*, 12(1), 193-204. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00415-x>
- Moynihan, R., Sanders, S., Michaleff, Z. A., Scott, A. M., Clark, J., To, E. J., . . . Albarqouni, L. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. *Bmj Open*, 11(3), e045343. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045343>
- OECD. (2020). Unmet needs for health care: Comparing approaches and results from international surveys. In: OECD.
- OECD. (2021). Health at a Glance 2021: OECD Indicators. O. Publishing.
- Patel, S. Y., Mehrotra, A., Huskamp, H. A., Uscher-Pines, L., Ganguli, I., & Barnett, M. L. (2021a). Trends in Outpatient Care Delivery and Telemedicine During the COVID-19 Pandemic in the US. *JAMA Internal Medicine*, 181(3), 388-391. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.5928>
- Patel, S. Y., Mehrotra, A., Huskamp, H. A., Uscher-Pines, L., Ganguli, I., & Barnett, M. L. (2021b). Variation In Telemedicine Use And Outpatient Care During The COVID-19 Pandemic In The United States. *Health Affairs*, 40(2), 349-358. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01786>

Sagan, A., Webb, E., Azzopardi-Muscat, N., Mata, I. d. I., McKee, M., & Figueras, J. (Eds.). (2021). Health systems resilience during COVID-19: Lessons for building back better.

Tavares, A. I. (2022). Older Europeans' experience of unmet health care during the COVID-19 pandemic (first wave). *Bmc Health Services Research*, 22(1), 182. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07563-9>

Tribunal de Contas. (2020). Relatório COVID-19 - Impacto na atividade e no acesso ao SNS. <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/relatorios-oac/Documents/2020/relatorio-oac-2020-05.pdf>

CAPÍTULO 3

RECURSOS HUMANOS E CONCORRÊNCIA PÚBLICO/PRIVADO

Ministério da Saúde. Relatório social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde, 2018. Lisboa; 2018.

Maroco J, Maroco AL, Leite E, Bastos C, Vazão MJ, Campos JADB. Burnout em profissionais da saúde portugueses: Uma análise a nível nacional. *Acta Med Port*. 2016;29:24–30.

CAPÍTULO 4

CUIDAR EM CASA

Alliance for Home Health Quality and Innovation. (2022). What is Home Health Care. <https://ahhqi.org/home-health/what-is>

Lei n.º 100, Pub. L. No. Diário da República, 1.ª série, Diário da República, 1.ª série (2019).

Comissão Europeia, Direção-Geral do Emprego, dos A. S. e da I., & Zigante, V. (2018). Informal care in Europe: Exploring Formalisation, Availability and Quality.

EUROCARERS. (2020). Definition of informal caregiving. European Association Working for Carers.

European Commission, & Directorate-Generale for Employment, S. A. an I. (2021). Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. <https://doi.org/10.2767/183997>

Genet, N., Boerma, W. G., Kringos, D. S., Bouman, A., Francke, A. L., Fagerström, C., Melchiorre, M., Greco, C., & Devillé, W. (2011). Home care in Europe: A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-207>

INE. (2020). Inquérito Nacional de Saúde-2019.

INE. (2022). Estatísticas da Saúde - 2020. www.ine.pt

Lefèvre, T., d'Ivernois, J. F., de Andrade, V., Crozet, C., Lombraill, P., & Gagnayre, R. (2014). What do we mean by multimorbidity? An analysis of the literature on multimorbidity measures, associated factors, and impact on health services organization. *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*, 62(5), 305–314. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2014.09.002>

Lopes, M., Fonseca, C., Pinho, L., Goes, M., & Rodrigues, A. (2022). Cuidados à pessoa com multimorbilidade e dependência: a mudança de paradigma necessária. In H. Canhã, A. P. Gil, P. P. Barros, & J. C. Branco (Eds.), *Desafios do Envelhecimento para a Saúde, a Economia e a Sociedade*. Principia.

Lopes, M. J. (2021). *Desafios de Inovação em Saúde: Repensar os Modelos de Cuidados*. Imprensa Universidade de Évora.

MISSOC. (2022). Mutual Information System on Social Protection. <https://www.missoc.org/>

MISSOC SECRETARIAT. (2009). MISSOC ANALYSIS 2009. LONG-TERM CARE.

OECD. (2018). *Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia* (OECD Publishing, Ed.). OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264085107-en>

OECD. (2021). *Health at a Glance 2021 (Health at a Glance)*. OECD. <https://doi.org/10.1787/AE3016B9-EN>

Quinaz Romana, G., Kislaya, I., Salvador, M. R., Cunha Gonçalves, S., Nunes, B., & Dias, C. (2019). Multimorbidity in Portugal: Results from The First National Health Examination Survey. *Acta Médica Portuguesa*, 32(1), 30–37. <https://doi.org/10.20344/AMP.11227>

Roll, A., & Litwin, H. (2013). The exchange of support and financial assistance: Differences in exchange patterns and their implications for ageing well. In *Active Ageing and Solidarity Between Generations in Europe* (pp. 289–300). Walter de Gruyter GmbH. <https://doi.org/10.1515/9783110295467.289/MACHINEREADABLECITATION/RIS>

Tur-Sinai, A., Teti, A., Rommel, A., Hlebec, V., & Lamura, G. (2020). How Many Older Informal Caregivers Are There in Europe? Comparison of Estimates of Their Prevalence from Three European Surveys. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249531>

CAPÍTULO 5 A SAÚDE DIGITAL EM PORTUGAL

- Albrecht, T., Dyakova, M., Schellevis, F. G., & Van den Broucke, S. (2016). Many Diseases, One Model of Care? *Journal of Comorbidity*, 6(1), 12–20. <https://doi.org/10.15256/joc.2016.6.73>
- Aldoory, L. (2017). The Status of Health Literacy Research in Health Communication and Opportunities for Future Scholarship. *Health Communication*, 32(2), 211–218. <https://doi.org/10.1080/10410236.2015.1114065>
- Alkhalidi, B., Sahama, T., Huxley, C., & Gajanayake, R. (2014). Barriers to Implementing eHealth: A Multi-dimensional Perspective. *Studies in Health Technology and Informatics*, 205, 875–879. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-432-9-875>
- Alwashmi, M. F. (2020). The use of digital health in the detection and management of COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph17082906>
- Amalraj, S., Starkweather, C., Nguyen, C., & Naeim, A. (2009). Health literacy, communication, and treatment decision-making in older cancer patients. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 23(4), 369–375. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19476267>
- APAH, Ordem dos Médicos, & EY. (2019). *Agenda Estratégica para o Futuro da Medicina de Precisão em Portugal - Orientações para implementação 2020-2023*.
- Arriaga, M., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., Silva, C., Câmara, G., Sørensen, K., Dietscher, C., & Costa, A. (2022). Health Literacy in Portugal: Results of the Health Literacy Population Survey Project 2019–2021. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 4225. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074225>
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., & Thompson, J. A. (2008). Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), 723–726. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0566-4>
- Baltaxe, E., Czypionka, T., Kraus, M., Reiss, M., Askildsen, J. E., Grenkovic, R., Lindén, T. S., Pitter, J. G., Molken, M. R. Van, Solans, O., Stokes, J., Struckmann, V., Roca, J., & Cano, I. (2019). Digital health transformation of integrated care in Europe: Overarching analysis of 17 integrated care programs. *Journal of Medical Internet Research*, 21(99), 1–14. <https://doi.org/10.2196/14956>
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759–769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
- Brandstätter, J. (2020). *Austrian National eHealth Infrastructure Use-cases, Policies and Architecture (ELGA)*. Ministério Da Saúde Grego.
- Brewer, L. P. C., Fortuna, K. L., Jones, C., Walker, R., Hayes, S. N., Patten, C. A., & Cooper, L. A. (2020). Back to the future: Achieving health equity through health informatics and digital health. *JMIR MHealth and UHealth*, 8(1). <https://doi.org/10.2196/14512>
- Carnicero, J., & Serra, P. (2020). *Governance for Digital Health: The art of health systems transformation*. In IDB - Governance. <https://publications.iadb.org/en/governance-digital-health-art-health-systems-transformation>
- Centro Nacional de Telessaúde (CNTS). (2022). *BI das Teleconsultas*. <https://www.cnts.min-saude.pt/2017/04/13/bi-das-teleconsultas/>
- Chen, I. Y., Pierson, E., Rose, S., Joshi, S., Ferryman, K., & Ghassemi, M. (2021). Ethical Machine Learning in Healthcare. *Annual Review of Biomedical Data Science*, 4(1), 123–144. <https://doi.org/10.1146/annurev-biodatasci-092820-114757>
- Chuo, J., Macy, M. L., & Lorch, S. A. (2020). Strategies for evaluating telehealth. *Pediatrics*, 146(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-1781>
- Comissão Europeia. (2021). *Proposta de regulamento que estabelece regras harmonizadas em matéria de inteligência artificial*. Bruxelas. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/proposal-regulation-laying-down-harmonised-rules-artificial-intelligence>
- Contandriopoulos, A. P., Denis, J.-L., Touati, N., & Rodríguez, C. (2003). *THE INTEGRATION OF HEALTH CARE: DIMENSIONS AND IMPLEMENTATION*.
- Cordeiro, J. V. (2021). Digital Technologies and Data Science as Health Enablers: An Outline of Appealing Promises and Compelling Ethical, Legal, and Social Challenges. *Frontiers in Medicine*, 8. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.647897>
- Council of the European Union. (2021). *Portuguese Presidency of the Council of the European Union | EU2021PT: Digital and social Europe*. <https://www.2021portugal.eu/en/>
- Crawford, A., & Serhal, E. (2020). Digital health equity and COVID-19: The innovation curve cannot reinforce the social gradient of health. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), 1–5. <https://doi.org/10.2196/19361>

- Cruz, C. (2021). Lacunas na regulação. In T. (ed. . Magalhães (Ed.), *Transformação digital em saúde: contributos para a mudança* (pp. 127–133). Almedina.
- Delloite. (2021). Estudo sobre os serviços digitais no setor da saúde em Portugal.
- Dorsey, E. R., & Topol, E. J. (2016). State of Telehealth. *New England Journal of Medicine*, 375(2), 154–161. <https://doi.org/10.1056/nejmra1601705>
- Dufts Schmid, G., Dorda, W., & Gall, W. (2009). The ELGA initiative : A plan for implementing a nationwide electronic health records system in Austria. Medical University of Vienna. <http://www.meduniwien.ac.at/msi/mias/papers/DuftsSchmid2009a.pdf>
- Ekman, B. (2018). Cost Analysis of a Digital Health Care Model in Sweden. *PharmacoEconomics - Open*, 2(3), 347–354. <https://doi.org/10.1007/s41669-017-0059-7>
- Erikainen, S., Pickersgill, M., Cunningham-Burley, S., & Chan, S. (2019). Patienthood and participation in the digital era. *Digital Health*, 5, 1–10. <https://doi.org/10.1177/2055207619845546>
- European Commission. Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). (2019). Assessing the impact of digital transformation of health services. In European Commission, Brussels. <https://doi.org/10.2875/09099>
- European Commission. (2012). eHealth action plan 2012-2020: Frequently asked questions. European Commission, Brussels, December 2012, Memo. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/MEMO_12_959
- Fagherazzi, G., Goetzinger, C., Rashid, M. A., Aguayo, G. A., & Huiart, L. (2020). Digital health strategies to fight COVID-19 worldwide: Challenges, recommendations, and a call for papers. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6). <https://doi.org/10.2196/19284>
- Ferrando, M., Hoogerwerf, E.-J., & Kadyrbaeva, A. (2019). Qualitative research on the factors affecting transferability of digital solutions for integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 19(4), 236. <https://doi.org/10.5334/ijic.s3236>
- Frank, S. R. (2000). Digital Health Care—The Convergence of Health Care and the Internet. *Journal of Ambulatory Care Management*, 23(2), 8–17. <https://doi.org/10.1097/00004479-200004000-00003>
- Glintt. (2020). GLINTT, APAH e OMS juntas contra a Covid-19. Glintt. <https://www.glintt.com/pt/o-que-somos/noticias/Paginas/glintt-apah-oms-juntas-contra-covid19.aspx>
- Goodwin, N. (2016). Understanding Integrated Care. *International Journal of Integrated Care*, 16(4), 1–4. <https://doi.org/10.5334/ijic.2530>
- Greenhalgh, T., Koh, G. C. H., & Car, J. (2020). Covid-19: A remote assessment in primary care. *The BMJ*, 368(March), 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1182>
- Greenhalgh, T., Wherton, J., Shaw, S., & Morrison, C. (2020). Video consultations for covid-19. *The BMJ*, 368(March), 1–2. <https://doi.org/10.1136/bmj.m998>
- Haas, P., & Sembritzki, J. (2006). The european eHealth initiative - Objectives and solutions. European Conference on EHealth 2006, Proceedings of the ECEH 2006, 13–24.
- Holko, M., Litwin, T. R., Munoz, F., Theisz, K. I., Salgin, L., Jenks, N. P., Holmes, B. W., Watson-McGee, P., Winford, E., & Sharma, Y. (2022). Wearable fitness tracker use in federally qualified health center patients: strategies to improve the health of all of us using digital health devices. *Npj Digital Medicine*, 5(1), 53. <https://doi.org/10.1038/s41746-022-00593-x>
- Huizinga, M. M., Beech, B. M., Cavanaugh, K. L., Elasy, T. A., & Rothman, R. L. (2008). Low numeracy skills are associated with higher BMI. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 16(8), 1966–1968. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.294>
- IHME. Measuring what matters. (2021). GBD Compare | IHME Viz Hub. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- Instituto Português de Acreditação e Instituto Português da Qualidade. (2021). Certificação de Maturidade Digital. <https://selosmaturidadedigital.incm.pt/SMD/About?Section=0>
- IQVIA. (2021). Digital Health Trends 2021: Innovation, evidence, regulation and adoption. https://doi.org/10.1007/978-3-030-12719-0_15
- Ivo, R. S. (2021). A Regulação - Instituições responsáveis. In T. (ed. . Magalhães (Ed.), *Transformação digital em saúde: contributos para a mudança* (pp. 119–121). Almedina.
- Jordanova, M., & Lievens, F. (2022). A Century of Telemedicine: Curatio Sine Distantia et Tempora. A World Wide Overview – Part V. In *NASPA Journal* (Vol. 42, Issue 4). Malina Jordanova.
- Khan, S. I., & Hoque, A. S. M. L. (2016). Digital Health Data : A Comprehensive Review of Privacy and Security Risks and Some Recommendations. *Computer Science Journal of Moldova*, 24(2), 273–292.
- Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2006). *Navigating health: the role of health literacy*. London: Alliance for Health and the Future.

- Lee, S.-Y. D., Arozullah, A. M., Cho, Y. I., Crittenden, K., & Vicencio, D. (2009). Health Literacy, Social Support, and Health Status Among Older Adults. *Educational Gerontology*, 35(3), 191–201. <https://doi.org/10.1080/03601270802466629>
- Loureiro, P. (2021). Telessaúde em Portugal. In T. Magalhães (Ed.), *Transformação digital em saúde: contributos para a mudança*. Almedina.
- Lurie, N., & Carr, B. G. (2018). The role of telehealth in the medical response to disasters. *JAMA Internal Medicine*, 178(6), 745–746. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.1314>
- Magalhães, T. (ed). (2021). *Transformação digital na saúde: Contributos para a mudança*. Almedina.
- Manganello, J. A. (2007). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840–847. <https://doi.org/10.1093/her/cym069>
- Marcelo, A., Medeiros, D., Ramesh, K., Roth, S., & Wyatt, P. (2018). *Transforming Health Systems Through Good Digital Health Governance* adb Sustainable Development working paper series. 51.
- Maria, A. R. J., Serra, H., & Heleno, B. (2022). Teleconsultations and their implications for health care: A qualitative study on patients' and physicians' perceptions. *International Journal of Medical Informatics*, 162(December 2021), 104751. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104751>
- Mathews, S. C., McShea, M. J., Hanley, C. L., Ravitz, A., Labrique, A. B., & Cohen, A. B. (2019). Digital health: a path to validation. *Npj Digital Medicine*, 2(1), 1–9. <https://doi.org/10.1038/s41746-019-0111-3>
- Melchiorre, M. G., Papa, R., Rijken, M., van Ginneken, E., Hujala, A., & Barbabella, F. (2018). eHealth in integrated care programs for people with multimorbidity in Europe: Insights from the ICARE4EU project. *Health Policy*, 122(1), 53–63. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.08.006>
- Mendes-Santos, C., Andersson, G., Weiderpass, E., & Santana, R. (2020). Mitigating COVID-19 Impact on the Portuguese Population Mental Health: The Opportunity That Lies in Digital Mental Health. *Frontiers in Public Health*, 8, 553345. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.553345>
- Mesko, B. (2018). Health IT and digital health: the future of health technology is diverse. *Journal of Clinical and Translational Research*, 3, 431–434. <https://doi.org/10.18053/jctres.03.2017s3.006>
- Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2020a). *Modelo de acompanhamento das Unidades de Hospitalização Domiciliária no SNS: conceitos, registos, codificação clínica, faturação e processo de acompanhamento* (p. 18).
- Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2020b). *Relatório Anual: Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas 2020*.
- Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2021). *Condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde que devam ser cobradas pelas Instituições Hospitalares ao abrigo dos Contratos (Circular Normativa n.o 3/2021. DPS/ACSS. (2021-02-26).)*.
- Murray, E., Hekler, E. B., Professor, A., Andersson, G., Collins, L. M., Doherty, A., Hollis, C., Rivera, D. E., West, R., Wyatt, J. C., Director, F., & Murray FRCGP FRCP, E. (2016). Evaluating digital health interventions: key questions and approaches HHS Public Access Background & Aims. *Am J Prev Med*, 51(5), 843–851. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.06.008>.Evaluating
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (2004). *Health Literacy: a prescription to end confusion*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10883>
- Niknami, M., Mirbalouchzahi, A., Zareban, I., Kalkalinia, E., Rikhtgarha, G., & Hosseinzadeh, H. (2018). Association of health literacy with type 2 diabetes mellitus self-management and clinical outcomes within the primary care setting of Iran. *Australian Journal of Primary Health*, 24(2), 162. <https://doi.org/10.1071/PY17064>
- Nunes-Ferreira, A., Agostinho, J. R., Rigueira, J., Aguiar-Ricardo, I., Guimarães, T., Santos, R., Rodrigues, T., Cunha, N., António, P. S., Pereira, S. C., Morais, P., Pedro, M. M., Veiga, F., Pinto, F. J., & Brito, D. (2020). Non-invasive telemonitoring improves outcomes in heart failure with reduced ejection fraction: a study in high-risk patients. *ESC Heart Failure*, 7(6), 3996–4004. <https://doi.org/10.1002/ehf2.12999>
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*, 54(5), 303–305. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0050-x>
- O'Neill, C., Matias, M. V., Peixoto, V. R., O'Neill, H., Aguiar, P., & Castela, E. (2022). Consulta Não Presencial no Serviço Nacional de Saúde Português Durante a Pandemia de COVID-19: Estudo da Opinião dos Médicos e Implicações para o Futuro. *Acta Médica Portuguesa*, 35(13). <https://doi.org/10.20344/amp.16724>
- OECD. (2018). *Health at a glance: Europe 2018: state of health in the EU cycle*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- OECD, & European Union. (2020). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. In OECD Publishing (Health at a Glance: Europe). OECD. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>

- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31 Suppl 1, S19–26. <https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S19>
- Panch, T., Szolovits, P., & Atun, R. (2018). Artificial intelligence, machine learning and health systems. *Journal of Global Health*, 8(2), 1–8. <https://doi.org/10.7189/jogh.08.020303>
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Pereira, A. T., Mota, D. M., Samico, A., Horta, P., Rodrigues, T., Moura, B., & Ribeiro, L. (2021). Linha de apoio direto ao doente psiquiátrico de um centro hospitalar de Portugal durante a pandemia COVID-19. *Revista de Medicina*, 100(3), 197–203. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v100i3p197-203>
- Pereira, S., Mota, P., & Pais, J. (2021). O Uso da Telepsiquiatria Durante a Pandemia COVID-19: Que Lições Podemos Retirar para o Futuro? *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 7(2), 81–83. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2021.v7i2.220>
- Pignone, M., DeWalt, D. A., Sheridan, S., Berkman, N., & Lohr, K. N. (2005). Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. A systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 20(2), 185–192. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40208.x>
- Pihir, I., Tomičić-Pupek, K., & Furjan, M. T. (2018). Digital Transformation Insights and Trends. 29th CECIIS, 141–149.
- Pinto, F., & Magalhães, T. (2021). A formação de profissionais de saúde na era do digital. In T. Magalhães (Ed.), *Transformação digital em saúde: contributos para a mudança* (pp. 37–41). Almedina.
- Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Regulamento Nacional de Interoperabilidade Digital (Resolução do Conselho de Ministros n.º 2/2018; Diário Da República, Nr. 4, Série I, 5 de Janeiro).
- Quaglio, G., Sørensen, K., Rübigen, P., Bertinato, L., Brand, H., Karapiperis, T., Dinca, I., Peetso, T., Kadenbach, K., & Dario, C. (2017). Accelerating the health literacy agenda in Europe. *Health Promotion International*, 32(6), 1074–1080. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw028>
- Sabutsch, S. (2013). ELGA The course is set for Austria's national health record system. *HL7 Europe News*, 3, 8–10.
- Santana, R., & Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. Temát, 29–56. <https://run.unl.pt/handle/10362/19698>
- Singh, K., Meyer, S. R., & Westfall, J. M. (2019). Consumer-facing data, information, and tools: Self-management of health in the digital age. *Health Affairs*, 38(3), 352–358. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05404>
- Smith, A. C., Thomas, E., Snoswell, C. L., Haydon, H., Mehrotra, A., Clemensen, J., & Caffery, L. J. (2020). Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of Telemedicine and Telecare*, 26(5), 309–313. <https://doi.org/10.1177/1357633X20916567>
- Snowdon, A. (2020). *Digital Health: A Framework for Healthcare Transformation*.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agraftiotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Broucke, S. van den, & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- SPMS. (2022). Desmaterialização Eletrónica da Receita. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/desmaterializacao-eletronica-da-receita/information/?sort=periodo>
- SPMS, & CNTS. (2021). PENTS - Plano Operacional 2021-2022. https://www.cnts.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/07/PENTS_2021_22-Julho42.pdf
- Tarricone, R., Callea, G., Ogorevc, M., & Prevotnik Rupel, V. (2017). Improving the Methods for the Economic Evaluation of Medical Devices. *Health Economics*, 26, 70–92. <https://doi.org/10.1002/hec.3471>
- Taylor, K., Siegel, S., & Hall, B. (2020). Digital transformation Shaping the future of European healthcare. In *Digital Transformation* (Issue September). <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/nl/Documents/public-sector/deloitte-nl-shaping-the-future-of-european-healthcare.pdf>
- Tec Labs. (2020). Lean Health participa em solução de monitorização remota. <https://teclabs.pt/lean-health-vodafone/>
- U.S. Food and Drug Administration (FDA), Health Canada, & Medicines & Healthcare products Regulatory agency. (2021). Good Machine Learning Practice for Medical Device Development: Guiding Principles. Fda. Gov, October, 1. <https://www.fda.gov/medical-devices/software-medical-device-samd/good-machine-learning-practice-medical-device-development-guiding-principles>

- Vayena, E., Haeusermann, T., Adjekum, A., & Blasimme, A. (2018). Digital health: meeting the ethical and policy challenges. *Swiss Medical Weekly*, 148(January), w14571. <https://doi.org/10.4414/smw.2018.14571>
- Veloso, R., Pedrosa, A., Sousa, C., Pinho, M. C. De, Magalhães, T., Dantas, I., & Santo, Z. E. (2021). Melhorar a experiência dos profissionais de saúde com os sistemas de informação. *Revista de Gestão Hospitalar*, 25, 42–48. <https://www.yumpu.com/pt/document/read/65823364/gestao-hospitalar-n-25-2021/42>
- Victorino, G., Cordeiro, J., & Magalhães, T. (2021). A transformação digital nas suas diversas dimensões. In T. Magalhães (Ed.), *Transformação digital em saúde: contributos para a mudança* (pp. 21–36). Almedina.
- Wolf, M. S., Davis, T. C., Tilson, H. H., Bass, P. F., & Parker, R. M. (2006). Misunderstanding of prescription drug warning labels among patients with low literacy. *American Journal of Health-System Pharmacy : AJHP : Official Journal of the American Society of Health-System Pharmacists*, 63(11), 1048–1055. <https://doi.org/10.2146/ajhp050469>
- World Health Organisation (WHO). (2016). Global diffusion of eHealth : making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth. World Health Organization. [http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules%0AReport of the third global survey on eHealth Global Observatory for eHealth](http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules%0AReport%20of%20the%20third%20global%20survey%20on%20eHealth%20Global%20Observatory%20for%20eHealth)
- World Health Organization (WHO). (2016). Monitoring and evaluating digital health interventions. A practical guide to conducting research and assessment. In Who. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/mhealth/digital-health-interventions/en/%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/mhealth/digital-health-interventions/en/>
- World Health Organization (WHO). (2021). Global strategy on digital health 2020–2025. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344249>
- Yogesani, K., Bos, L., Brett, P., & Gibbons, M. C. (2009). Digital Homecare – An Introduction. 1–4. https://doi.org/10.1007/978-3-642-01387-4_1

CAPÍTULO 6

MEDICAMENTOS E COVID

ACESSO À INOVAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICAS DURANTE O PERÍODO COVID

- Agarwal, R., & Gaule, P. (2022). What drives innovation? Lessons from COVID-19 R&D. *J Health Econ*, 82, 102591. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102591>
- Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica - APIFARMA. (2018). O Valor do Medicamento. <https://www.apifarma.pt/homepage/valor-do-medicamento/>
- Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica - APIFARMA. (2021a). Indústria Farmacêutica em Portugal. <https://www.apifarma.pt/conhecimento/indicadores/industria-farmaceutica-em-portugal/>
- Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica - APIFARMA. (2021b). Inovação em Saúde: Não deixar ninguém para trás. <https://www.apifarma.pt/media/eventos/inovacao-em-saude-nao-deixar-ninguem-para-tras/>
- Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *JAMA*, 289(15), 1969–1975. <https://doi.org/10.1001/jama.289.15.1969>
- Chalmers, J. D., Crichton, M. L., Goeminne, P. C., Cao, B., Humbert, M., Shteinberg, M., . . . Roche, N. (2021). Management of hospitalised adults with coronavirus disease 2019 (COVID-19): a European Respiratory Society living guideline. *Eur Respir J*, 57(4). <https://doi.org/10.1183/13993003.00048-2021>
- Claxton, K. (2007). Oft, Vbp: Qed? *Health Econ*, 16(6), 545–558. <https://doi.org/10.1002/hecl.1249>
- Deloitte Center for Health Solutions. (2022). Nurturing growth - Measuring the return from pharmaceutical innovation 2021. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/it/Documents/life-sciences-health-care/Measuring-the-return-of-pharmaceutical-innovation-2021-Deloitte.pdf>
- DiMasi, J. A., Grabowski, H. G., & Hansen, R. W. (2016). Innovation in the pharmaceutical industry: New estimates of R&D costs. *J Health Econ*, 47, 20–33. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.01.012>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2022). Overview of the implementation of COVID-19 vaccination strategies and deployment plans in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2022. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Overview-of-the-implementation-of-COVID-19-vaccination-strategies-and-deployment-plans-in-the-EU-EEA-April-2022.pdf>
- European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations - EFPIA. (2021). The pharmaceutical industry in figures - Key data 2021. www.efpia.eu
- European Medicines Agency. (2020). Annual Report 2020 - The European Medicines Agency's contribution to science, medicines and health in 2020.

- European Medicines Agency. (2021a). COVID-19 treatments: authorised. <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/treatments-vaccines/treatments-covid-19/covid-19-treatments-authorised>.
- European Medicines Agency. (2021b). Human Medicines - Highliths 2021 <https://www.ema.europa.eu/en/news/human-medicines-highlights-2021>.
- European Medicines Agency. (2022). COVID-19 vaccines: development, evaluation, approval and monitoring. <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/treatments-vaccines/vaccines-covid-19/covid-19-vaccines-development-evaluation-approval-monitoring>.
- Flessa, S., & Huebner, C. (2021). Innovations in Health Care-A Conceptual Framework. *Int J Environ Res Public Health*, 18(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph181910026>
- Gonçalves, J. M. M., Quintas, C., Silva, D., Queiroz, G., & Fresco, P. (2019). Efeitos Terapêuticos Improváveis de Fármacos Comuns: Lições de 15 Anos de Drug Repurposing. *Rev Port Farmacoter*, 117-185. <https://doi.org/10.25756/rpf.v11i4.228>
- Infarmed. (2016). Comissão de Avaliação de Tecnologias de Saúde - Regulamento da CATS. Deliberação n.º 662/2016. <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/institucional/estrutura-e-organizacao/comissoes-tecnicas-especializadas/comissao-de-avaliacao-de-tecnologias-de-saude>.
- Infarmed. (2021). Meio Hospitalar - Monitorização do consumo de medicamentos <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/profissionais-de-saude/utilizacao-e-despesa/relatorios/hospitalar>.
- Kato, Y., Nishiyama, K., Nishimura, A., Noda, T., Okabe, K., Kusakabe, T., . . . Nishida, M. (2022). Drug repurposing for the treatment of COVID-19. *J Pharmacol Sci*, 149(3), 108-114. <https://doi.org/10.1016/j.jphs.2022.04.007>
- Kelly, C. J., & Young, A. J. (2017). Promoting innovation in healthcare. *Future Healthc J*, 4(2), 121-125. <https://doi.org/10.7861/futurehosp.4-2-121>
- Marinus, R., Mofid, S., Mpandzou, M., & Kuhler, T. C. (2022). Rolling Reviews During COVID-19: The European Union Experience in a Global Context. *Clin Ther*, 44(3), 352-363. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2022.01.001>
- Mohamed, K., Yazdanpanah, N., Saghazadeh, A., & Rezaei, N. (2021). Computational drug discovery and repurposing for the treatment of COVID-19: A systematic review. *Bioorg Chem*, 106, 104490. <https://doi.org/10.1016/j.bioorg.2020.104490>
- Newton, M. e. a. (2022). EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2021 Survey. <https://www.efpia.eu/media/636821/efpia-patients-wait-indicator-final.pdf>.
- O'Rourke, B. e. a. (2020). The new definition of health technology assessment: a milestone in international collaboration. *Int J Technol Assess Health Care*, 36(3), 187-190.
- Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD. (2018). Pharmaceutical Innovation and Access to Medicines. <https://www.oecd.org/health/pharmaceutical-innovation-and-access-to-medicines-9789264307391-en.htm>.
- Panteli, D. e. a. (2015). From market access to patient access: overview of evidence-based approaches for the reimbursement and pricing of pharmaceuticals in 36 European countries. *Health Res Policy Syst*, 13, 39.
- Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia. (2021). Regulamento (UE) 2021/2282 do Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia de 15 de dezembro de 2021 relativo à avaliação das tecnologias da saúde e que altera a Diretiva 2011/24/UE. *Jornal Oficial da União Europeia*. <https://eur-lex.europa.eu>
- Parvathaneni, V., & Gupta, V. (2020). Utilizing drug repurposing against COVID-19 - Efficacy, limitations, and challenges. *Life Sci*, 259, 118275. <https://doi.org/10.1016/j.lfs.2020.118275>
- Punekar, M., Kshirsagar, M., Tellapragada, C., & Patil, K. (2022). Repurposing of antiviral drugs for COVID-19 and impact of repurposed drugs on the nervous system. *Microb Pathog*, 168, 105608. <https://doi.org/10.1016/j.micpath.2022.105608>
- Rejon-Parrilla, J. C., Espin, J., & Epstein, D. (2022). How innovation can be defined, evaluated and rewarded in health technology assessment. *Health Econ Rev*, 12(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s13561-021-00342-y>
- Singh, T. U., Parida, S., Lingaraju, M. C., Kesavan, M., Kumar, D., & Singh, R. K. (2020). Drug repurposing approach to fight COVID-19. *Pharmacol Rep*, 72(6), 1479-1508. <https://doi.org/10.1007/s43440-020-00155-6>
- World Health Organization - WHO. (2021). Health Technology Assessment. Geneva: WHO; 2021.
- World Health Organization - WHO. (2022). Health Topics <https://www.who.int/health-topics/>.
- Zhou, Y., Wang, F., Tang, J., Nussinov, R., & Cheng, F. (2020). Artificial intelligence in COVID-19 drug repurposing. *Lancet Digit Health*, 2(12), e667-e676. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30192-8](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30192-8)

ACESSO AO MEDICAMENTO DE REGIME AMBULATORIO HOSPITALAR EM PROXIMIDADE

Bell, J.S., Reynolds, L., Freeman, C., Jackson, J.K. (2020). Strategies to promote access to medications during the COVID-19 pandemic. *Australian Journal of General Practice*, 49(8):530-532. doi: 10.31128/AJGP-04-20-5390.

Borges, M., Gouveia, M., Costa, J., Fiorentino, F., Sousa, R., Jesus, G., Rodrigues, A.T., Cary, M., Guerreiro, J.P., Heudtlass, P., Costa, S., Carneiro, A.V. (2018). Impact of transferring ARTS dispensing from hospital to community pharmacies: a pilot study in Portugal. *Value in Health*, 21:S233-S234. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2018.09.1395>.

Centro de Estudos e Avaliação em Saúde, CEFAR. (2022). Dispensa de medicamentos de regime ambulatorio de farmacia hospitalar para a farmacia comunitaria: dossier de valor. Infosaúde, Associação Nacional das Farmácias, Lisboa (fevereiro 2022).

Correia, S., Rodrigues, A.T., Teixeira, I., Murteira, R., Borges, M., Costa, J. (2021). Resultados para o doente do programa de dispensa de medicamentos de âmbito hospitalar em farmácias comunitárias (Farma2Care). Consórcio de Investigação: Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP),

Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (CEMBE) da Faculdade de Medicina de Lisboa, Nova School of Business and Economics, e Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR-Infosaúde/ANF).

Direção-Geral da Saúde e INFARMED. (2020). Norma Conjunta DGS/INFARMED n.º 003/2020, de 16 de março atualizada a 22 de março de 2020 (p.1-14): Estabelece que, pelo papel fulcral que representam no sistema de saúde, e pelas especificidades da população que servem, as farmácias devem ainda adotar uma serie de medidas que visem proteger os seus colaboradores e cidadãos, bem como contribuir para impedir a propagação da COVID-19, onde se inclui a cedência de medicação de dispensa exclusiva hospitalar.

<https://www.infarmed.pt/documents/15786/3584301/>

Orienta%C3%A7%C3%B5es+t%C3%A9cnicas+para+farm%C3%A1cias/a7c224f8-9051-068a-1703-e7e783cd68da.

Gerken, S., Merkur, S. (2020) Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2020;22(5):1-237. PMID: 33527904. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf>.

INFARMED. (2017). Projeto INCLUIR. Envolvimento de doentes e associações de doentes na avaliação de tecnologias de saúde.

<https://www.infarmed.pt/documents/15786/2304493/Reuni%ff%ffo%2bCATS%2bde%2b11-12-2017%2b-%2bProjeto%2bIncluir/e28088bc-4044-48dc-beac-9da1e14d39f9>

INFARMED. (2020). Circular Informativa INFARMED n.º 005/CD/550.20.001, de 7 de abril: Orientações sobre acesso de proximidade a medicamentos dispensados em regime ambulatorio de farmacia hospitalar no atual contexto de pandemia por COVID-19.

Institut national d'assurance maladie-invalidité, INAMI. (2020). Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses (MORSE). Rapport 2019. <https://www.riziv.fgov.be/fr/publications/Pages/rapport-morse.aspx>.

Jacomet, C., Langlois, J., Secher, S., Coban, D., Lambert, C., Zucman, D., Trout, H., Maarek, R., Billaud, E., & Certain, A. (2020). Pharmacist's role in HIV care in France. Implication for clinical improvement of people living with HIV worldwide. *Pharmacology Research & Perspectives*, 8(5):e00629. <https://doi.org/10.1002/prp2.629>

Ministério da Saúde. (2003). "Despacho n.º 21930/2003, de 13 de novembro". *Diário da República n.º 263/2003, Série II de 2003-11-13*, p. 16932-3: Cria um grupo de trabalho que tem por missão estudar e preparar um projecto de diploma, visando regulamentar os termos e as condições em que se poderá processar a dispensa por parte das farmácias de oficina de determinados medicamentos. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/21930-2367272>.

Ministério da Saúde. (2005). Relatório do Grupo de Trabalho para regulamentar a dispensa por parte das farmácias de oficina de alguns medicamentos actualmente dispensados exclusivamente na farmacia hospitalar.

Ministério da Saúde. (2016). "Decreto-Lei n.º 62/2016, de 12 de setembro". *Diário da República n.º 175/2016, Série I de 2016-09-12*, p. 3154-5: Estabelece os termos e condições da prestação de serviços de intervenção em saúde pública pelas farmácias comunitárias. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/62-2016-75307907>.

Ministério da Saúde. (2020a). "Despacho n.º 4270-C/2020, de 7 de abril". *Diário da República n.º 69/2020, 3º Suplemento, Série II de 2020-04-07*, p.2-3: Determina as medidas de carácter excecional e temporário de fornecimento de medicamentos dispensados por farmacia hospitalar em regime de ambulatorio, a pedido do utente, através da dispensa em farmacia comunitaria ou da entrega dos medicamentos no domicilio. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/4270-c-2020-131246680>.

Ministério da Saúde. (2020b). "Despacho n.º 5315/2020, de 3 de maio". *Diário da República n.º 89/2020, Série II de 2020-05-07*, p.82: Determina que os medicamentos dispensados por farmacia hospitalar em regime de ambulatorio podem, excecionalmente, a pedido do utente, ser dispensados nas farmácias comunitárias por si indicadas, ou no seu domicilio, enquanto a situação epidemiológica do País assim o justifique.

<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5315-2020-133226623>.

Ministério da Saúde. (2020c). “Despacho n.º 6971/2020, de 7 de julho”. Diário da República n.º 130/2020, Série II de 2020-07-07, p. 102-3: cria um Grupo de Trabalho para a Dispensa de Proximidade de Medicamentos com a missão de: a) Avaliar as várias experiências em curso nos diferentes hospitais do SNS, em termos de resultados obtidos, benefícios para o utente e custos associados; b) Desenvolver modelos de circuito de prescrição, gestão e dispensa a adotar pelas instituições do SNS a nível nacional, centrado nas preferências do doente relativamente ao local de dispensa, garantindo proximidade, segurança, efetividade e terapêutica ao melhor custo; c) Apresentar propostas, incluindo, se necessário, alterações legislativas, a respeito da transferência da dispensa em farmácia hospitalar para dispensa em farmácia comunitária de determinados medicamentos e da dispensa descentralizada de outros. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/6971-2020-137350411>.

Ministério da Saúde. (2020d). Grupo de Trabalho: Relatório Projeto de Proximidade (outubro 2020). https://www.infarmed.pt/documents/15786/1568238/Proximidade_Rel_GT.pdf/f267fc45-9555-22f1-b039-59350076e9e7.

Ministério da Saúde. (2021). Grupo de Trabalho: Relatório Projeto de Proximidade (abril 2021). <https://www.infarmed.pt/documents/15786/2304493/Projeto+de+proximidade+-+Relat%C3%B3rio/d478b639-2c72-45f6-ef65-bc881eeea06aa>.

Murteira, R., Romano, S., Teixeira, I., Bulhosa, C., Sousa, S., Conceição, M.I., Silva, A.F., Martins, H., Rodrigues, A.T. (2022). Real-world impact of transferring the dispensing of hospital-only medicines to community pharmacies during the COVID-19 pandemic. *Value in Health*, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2022.03.004>.

OECD. (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde, OPSS. (2016). Relatório Primavera 2016: Saúde - Procuram-se outros caminhos (Capítulo 6: Uma vez mais, o acesso ao medicamento). https://www.academia.edu/26255627/Sa%C3%BAde_Procuram_se_novos_caminhos_Relat%C3%B3rio_de_Primavera_2016.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde, OPSS. (2017). Relatório Primavera 2017: Viver em tempos incertos: sustentabilidade e equidade na saúde (Capítulo 5: Política do Medicamento em análise). https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Sa%c3%bade_Relatorio_Primavera_2017.pdf.

Pharmaceutical Group of the European Union, PGEU. (2020). Position paper on the role of community pharmacists in COVID-19 - lessons learned from the pandemic. <https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2020/03/PGEU-Position-Paper-on-on-the-Lessons-Learned-from-COVID-19-ONLINE.pdf>.

Pharmaceutical Society of Australia. (2015). Community pharmacy and HIV. https://my.psa.org.au/servlet/fileField?entityId=ka17F000000yATQAY&field=PDF_File_Member_Content__Body__s.

Presidência do Conselho de Ministros. (2016). “Resolução do Conselho de Ministros n.º 56/2016, de 13 de outubro”. Diário da República n.º 197/2016, Série I 2016-10-13, p 3684-7: Aprova a Estratégia Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde 2016-2020. <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/56-2016-75521164>.

Schmidt, D., Kollan, C., Stoll, M., Stellbrink, H.J., Plettenberg, A., Fätkenheuer, G., Bergmann, F., Lunzen, J.V., Rockstroh, J., Bogner, J.R., Esser, S., Jensen, B.E., Horst, H.A., Fritzsche, C., Kühne, A., Heiden, M., Hamouda, O., Bartmeyer, B. (2015). From pills to patients: an evaluation of data sources to determine the number of people living with HIV who are receiving antiretroviral therapy in Germany. *BMC Public Health*, 15:252, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1598-4>.

Vu, K., Emberley, P., Brown, E., Abbott, R., Bates, J.J., Bourrier, V., Djordjevic, K., Greenall, J., Leung, M., Pasetka, M., Paquet, L., Logan, H. (2018). Recommendations for the safe use and handling of oral anticancer drugs in community pharmacy: A pan-Canadian consensus guideline. *Canadian Pharmacists Journal* (Ott), 151(4):240-253. <https://doi.org/10.1177/1715163518767942>.

XXII Governo Constitucional. (2019). Programa do XXII Governo Constitucional 2019-2023.

<https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3D%3DBAAAAB%2BLCAAAAAAABACzSDA1AQB5jSa9BAAAAA%3D%3D>.

<https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3D%3DBAAAAB%2BLCAAAAAAABACzSDA1AQB5jSa9BAAAAA%3D%3D>.

XXIII Governo Constitucional. (2022). Programa do XXIII Governo Constitucional 2022-2026. <https://www.portugal.gov.pt/gc23/programa-do-governo-xviii/programa-do-governo-xviii-pdf.aspx?v=%C2%ABmlkvi%C2%BB=54f1146c-05ee-4f3a-be5c-b10f524d8cec>.

O ACESSO À VACINAÇÃO E TERAPÊUTICA PARA O TRATAMENTO DA COVID-19 (2020/2021)

- Auerbach, K., O'Leary, K., Greysen, S., & et al. (2020). Hospital Ward Adaptation During the COVID-19 Pandemic: A National Survey of Academic Medical Centers. *Journal of Hospital Medicine*, 15 (8), pp. 483-488. Retrieved Apr 4, 2022, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7518133/pdf/0150483.pdf>
- Beigel, J. H., Tomashek, K. M., Dodd, L. E., & et al. (2020). Remdesivir for the Treatment of Covid-19 — Final Report. *N Engl J Med*, 383, pp. 1813-1826. doi:10.1056/NEJMoa2007764
- Concato, J., & Corrigan-Curay, J. (2022, May 5). Real-World Evidence — Where Are We Now? *N ENGL J MED*, 386;18, pp. 1680-1682. Retrieved May 31, 2022, from <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp2200089?articleTools=true>
- Direção Geral da Saúde. (2020). Norma nº 004 / 2020 - COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO Abordagem do Doente com Suspeita ou Infecção por SARS-CoV-2. Retrieved Apr 4, 2022, from <https://www.ond.pt/content/uploads/2020/03/20200323-covid19-dgs-norma-0042020-mitigacao.pdf>
- European Medicines Agency. (2020). EMA starts rolling review of remdesivir for COVID-19. Retrieved Apr 13, 2022, from https://www.ema.europa.eu/en/documents/press-release/ema-starts-rolling-review-remdesivir-covid-19_en.pdf
- European Medicines Agency. (n.d.). COVID-19: reminder of risk of serious side effects with chloroquine and hydroxychloroquine. Retrieved Apr 12, 2022, from https://www.ema.europa.eu/en/documents/press-release/covid-19-reminder-risk-serious-side-effects-chloroquine-hydroxychloroquine_en.pdf
- European Medicines Agency. (n.d.). EMA recommends expanding remdesivir compassionate use to patients not on mechanical ventilation. Retrieved Apr 13, 2022, from https://www.ema.europa.eu/en/documents/press-release/ema-recommends-expanding-remdesivir-compassionate-use-patients-not-mechanical-ventilation_en.pdf
- European Medicines Agency. (n.d.). regkirona-epar-product-information_pt. Retrieved Apr 19, 2022, from https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/regkirona-epar-product-information_pt.pdf
- European Medicines Agency. (n.d.). ronapreve-epar-medicine-overview_pt. Retrieved Apr 19, 2022, from https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/ronapreve-epar-medicine-overview_pt.pdf
- European Medicines Agency. (n.d.). xevudy-epar-product-information_pt. Retrieved Apr 14, 2022, from https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/xevudy-epar-product-information_pt.pdf
- Falcão, F., Viegas, E., Carmo, I., & et al. (2021). A prospective, observational study to evaluate adverse drug reactions in patients with COVID-19 treated with remdesivir or hydroxychloroquine: a preliminary report. *Eur J Hosp Pharm*, 0, pp. 1-6. doi:10.1136/ejhpharm-2020-002613
- Ferreira-da-Silva, R., Ribeiro-Vaz, I., Morato, M., & et al. (2021). The Role of Pharmacovigilance in the COVID-19 Pandemic. *Acta Medica Port*, 34(3), pp. 173-175. doi:10.20344/amp.15375
- Food and Drug Administration. (2020, 11 19). Coronavirus (COVID-19) Update: FDA Authorizes Drug Combination for Treatment of COVID-19. Retrieved Apr 27, 2022, from <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fda-authorizes-drug-combination-treatment-covid-19>
- Goldman, J. D., Lye, D. C., Hui, D. S., & et al. (2020). Remdesivir for 5 or 10 Days in Patients with Severe Covid-19. *N Engl J Med*, 383, pp. 1827-1837. doi:10.1056/NEJMoa2015301
- Gottlieb, R. L., Vaca, C. E., Paredes, R., & et al. (2022). Early Remdesivir to Prevent Progression to Severe Covid-19 in Outpatients. *N Engl J Med*, 386, pp. 305-315. doi: 10.1056/NEJMoa2116846
- Harrington, D., Baden, L., & Hogan, J. (2021, Nov 11). A Large, Simple Trial Leading to Complex Questions. *N Engl J Med*, 384(6), pp. 576-577. doi:10.1056/NEJMe2034294
- Helmy, Y., Fawzy, M., & Elswad, A. (2020). The COVID-19 pandemic:: A comprehensive review of taxonomy, genetics, epidemiology, diagnosis, treatment, and control. *J Clin Med*, 9(4), p. E1225. Retrieved 04 19, 2022, from chrome-extension://dagcmkpagijlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fmdpi-res.com%2Fd_attachment%2Fjcm%2Fjcm-09-01225%2Farticle_deploy%2Fjcm-09-01225.pdf
- INFARMED. (2020). Orientações de Acesso a Terapêuticas Experimentais no tratamento de COVID-19 - infecção pelo SARS-CoV-2. Retrieved Apr 7, 2022, from <https://www.infarmed.pt/documents/15786/3584301/Orientação%20de%20Acesso%20a%20Terapêuticas%20Experimentais%20no%20tratamento%20de%20COVID-19%20-%20infecção%20pelo%20SARS-CoV-2/c9595d6a-6a2f-255d-1f45-668b20db0ed6>
- Kalil, A. (2020). Treating COVID-19—Off-Label Drug Use, Compassionate Use, and Randomized Clinical Trials During Pandemics. *JAMA*, 323 (19), pp. 1897-1898. doi:10.1001/jama.2020.4742
- Rubin D, C.-T. K. (2020). FDA approval of remdesivir — a step in the right direction. *N Engl J Med*, 383, pp. 2588-2600.

- Sablerolles RSG, H. F. (2020). COvid MEDicaTion (COMET) study: protocol for a cohort study. *Eur J Hosp Pharm*, 27, pp. 191-193. doi:0.1136/ejhpharm-2020-002329
- Sablerolles RSG, H. F. (2021). No association between use of angiotensin-converting enzyme inhibitors or angiotensin II receptor blockers prior to hospital admission and clinical course of COVID-19 in the COVID MEDicaTion (COMET) study. *Br J Clin Pharmacol*, 87 (8), pp. 3301-3309. doi:10.1111/bcp.14751
- Singh, D. D., Sharma, A., Lee, H.-J., & Yadav, D. K. (2022). SARS-CoV-2: Recent Variants and Clinical Efficacy of Antibody-Based Therapy. *Front. Cell. Infect. Microbiol.*, pp. 1-13. doi:10.3389/fcimb.2022.839170
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (n.d.). Retrieved Apr 12, 2022, from RECOMENDAÇÕES DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA A ABORDAGEM DO COVID-19 EM MEDICINA INTENSIVA: https://www.spci.pt/media/covid-19/COVID_19_R.pdf
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2020). RECOMENDAÇÕES DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA A ABORDAGEM DO COVID-19 EM MEDICINA INTENSIVA - Atualização. Retrieved Apr 12, 2022, from https://www.spci.pt/media/covid-19/Revisao_Recomendacoes_COVID-19-31_3V2.pdf
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos;. (2020). Newsletter especial COVID-19. Retrieved Apr 7, 2022, from <https://www.spci.pt/news/2020/03/11/index.html>
- Tralhão, A., Ferreira Moita, L., & Póvoa, P. (2020). Potential benefit of angiotensin II in COVID19 patients: beyond reasonable doubt? *Critical Care*, 24, p. 324. doi:10.1186/s13054-020-03027-w
- U.S. National Library of Medicine ClinicalTrials.gov. (n.d.). Expanded Access Treatment Protocol: Remdesivir (RDV; GS-5734) for the Treatment of SARS-CoV2 (CoV) Infection (COVID-19). Retrieved Apr 13, 2022, from <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04323761>
- WHO Solidarity Trial Consortium. (2021). Repurposed Antiviral Drugs for Covid-19 — Interim WHO. *N Engl J Med*, pp. 497-511. doi:10.1056/NEJMoa2023184
- Yang, X., Yu, Y., Xu, J., & et al. (2020). Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single centered, retrospective, observational study. doi:[https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30079-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5)