

Patrícia Andreia de Sousa Rodrigues

Equidade no Acesso a Medicamentos Oncológicos

Faculdade Ciências da Saúde
Universidade Fernando Pessoa
Porto, 2020

Patrícia Andreia de Sousa Rodrigues

Equidade no Acesso a Medicamentos Oncológicos

Faculdade Ciências da Saúde
Universidade Fernando Pessoa
Porto, 2020

Equidade no Acesso a Medicamentos Oncológicos

Patrícia Andreia de Sousa Rodrigues
(assinatura)

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção de grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Orientador:

Professor Doutor Pedro Barata

Sumário

Portugal possui uma política de saúde e medicamento cujo, principal, objetivo é promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde e medicamentos, independentemente, das condições socioeconómicas ou culturais dos cidadãos. Contudo, face à crise mundial, devido ao coronavírus, o aumento da despesa em medicamentos e à criação de medicamentos inovadores muito caros, faz com que os orçamentos de saúde não consigam suportar de forma sustentável os custos resultantes da introdução de novas terapias no Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Num cenário perfeito os custos em saúde deveriam ser vistos como um investimento, e não como uma despesa, cujo retorno é o aumento não só da esperança como, também, da qualidade de vida.

Palavras-chave:

Políticas da saúde e medicamento, oncologia, farmacêutico clínico.

Abstract

Portugal has a health and medicine policy whose main objective is to promote equity in access to health care and medicines, regardless of the socioeconomic or cultural conditions of the citizens. However, in the face of the global crisis, due to the coronavirus, the increase in spending on medicines and the creation of very expensive innovative medicines, means that health budgets cannot sustainably support the costs resulting from the introduction of new therapies in the national system of health.

In an perfect scenario, health costs should be seen as an investment, and not as an expense, whose return is the increase not only in hope, but also, in the quality of life.

Key words

Health and medicine policies, oncology, clinical pharmacist.

Agradecimentos

Devo dizer que parte desta tese foi escrita em quarentena, devido à crise do coronavírus, com uma criança de 18 meses “elétrica” e um marido ansioso acerca de um futuro nunca antes tão incerto, fechados em casa 24h, durante 2 meses.

Nestes tempos tão difíceis os agradecimentos, na minha modesta opinião, deveriam ser mais do que nunca, humildes e com verdadeiro sentido. Mas antes dos agradecimentos, tão sentidos, tenho a necessidade e o dever de dedicar esta tese, de alma e coração, ao meu mentor, um verdadeiro herói, o meu tão amado pai. Aonde quer que estejas sei que estás cheio de orgulho.

Agradeço-te mãe por me mostrares o que é ser uma verdadeira mulher, por me ensinares a buscar forças aonde não sabia que existiam e que desistir não faz parte do nosso vocabulário.

Agradeço ao meu filhote e marido pela verdadeira “montanha russa” que me proporcionaram, porque, demonstraram-me que a um período baixo segue-se um alto.

Agradeço à minha irmã, aos meus sogros, cunhados e sobrinhos por todo o apoio e força; especialmente, à minha princesa nonô por demonstrar o que podemos alcançar além dos nossos limites.

Agradeço a todos os meus professores por me transmitirem os devidos ensinamentos e as novas amizades criadas, ao longo de todo o meu percurso académico.

Agradeço ao Professor Doutor Pedro Barata, meu orientador, por todo apoio prestado.

Índice

Sumário.....	i
Abstract.....	ii
Agradecimentos.....	iii
Índice de Figuras	vii
Índice de Tabelas.....	viii
Abreviaturas.....	ix
Capítulo I - Introdução	1
Capítulo II - Cuidados de Saúde em Portugal	3
2.1. Financiamento dos Cuidados de Saúde em Portugal	3
2.2. Equidade no Acesso à Saúde em Portugal	4
2.3. As Doenças Oncológicas em números	7
2.3.1. Enquadramento da análise	7
2.3.2. Incidências de tumores malignos	8
2.3.3. Rastreiros oncológicos	9
Capítulo III - Acesso aos Medicamentos Oncológicos	11
3.1. Política do Medicamento	11
3.2. Acesso ao Medicamento em Portugal	13
3.3. Comparticipação de medicamentos para doentes oncológicos	14
3.4. Medicamentos Oncológicos	14
3.4.1. Identificação dos medicamentos oncológicos, devidamente, aprovados e comercializados, em Portugal	16
3.5. Critérios de seleção	19

3.5.1. Avaliação do perfil de segurança dos medicamentos oncológicos por um painel de peritos e identificação dos medicamentos passíveis de serem dispensados em FO	19
Capítulo IV - Acesso à inovação e novas terapêuticas na área da oncologia	24
4.1. Inovação terapêutica	24
4.2. Modelos de financiamento e metodologias de avaliação das tecnologias da saúde	25
4.3. Avaliação e aprovação das novas terapêuticas	26
Capítulo V - Conclusão	28
Capítulo VI - Referências	33
Anexos	36
Anexo 1 - Taxas de adesão do rastreio cancro da mama 2014 da ARS Norte/ ACES	37
Anexo 2 - Taxas de adesão do rastreio cancro do colo do útero 2014 da ARS Norte/ ACES	37
Anexo 3 - Taxas de adesão do rastreio cancro da mama 2014 da ARS Centro/ ACES	38
Anexo 4 - Taxas de adesão do rastreio do cancro do colo do útero 2014 da ARS Centro/ ACES	38
Anexo 5 - Taxas de adesão do rastreio do cancro do cólon e reto 2014 da ARS Centro/ ACES	38
Anexo 6 - – Taxas de adesão do rastreio do cancro do cólon e reto 2014 da ARS LVT/ ACES	39
Anexo 7 - Taxas de adesão do rastreio do cancro da mama 2014 da ARS Alentejo/ ACES	39

Anexo 8 - Taxas de adesão do rastreio do cancro colo do útero 2014 da ARS Alentejo/ ACES	39
Anexo 9 - Taxas de adesão do rastreio do cancro cólon e reto 2014 da ARS Alentejo/ ACES	40
Anexo 10 - Taxas de adesão do rastreio do cancro da mama 2014 da ARS Algarve/ ACES	40
Anexo 11 - Taxas de adesão do rastreio do cancro do colo do útero 2014 da ARS Algarve/ ACES	40

Índice de Figuras

Figura 1 – Estrutura da pirâmide populacional em Portugal em 2015 e previsão para 2030 e 2060	7
Figura 2 – Previsão da evolução da incidência de cancro em Portugal (2015 a 2035)	8
Figura 3 – Evolução da taxa de incidência de tumores malignos	8
Figura 4 – Processo de avaliação de Tecnologias de saúde	27

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Taxa de incidência de tumores malignos, no sexo masculino, Portugal 2010	9
Tabela 2 – Taxa de incidência de tumores malignos, no sexo, feminino, Portugal 2010	9
Tabela 3 – Medicamentos do Grupo 16, Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores, com a devida AIM, em Portugal	16
Tabela 4 – Medicamentos do Grupo 16, Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores, com a devida AIM, em Portugal (cont.)	17
Tabela 5 – Medicamentos do Grupo 16, Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores, com a devida AIM, em Portugal (cont.)	18
Tabela 6 – Avaliação do painel de peritos dos medicamentos do grupo 16 não comercializados em FO e classificados como MSRMR – alínea b)	20
Tabela 7 – Avaliação do painel de peritos dos medicamentos do grupo 16 não comercializados em FO e classificados como MSRMR – alínea c)	21

Abreviaturas

AIM – Autorização de Introdução no Mercado

CFT - Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos

DCI – Denominação Comum internacional

DGC – Direção-Geral da Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

IARC - *International Agency for Research on Cancer*

INE – Instituto Nacional de Estatística

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

IVA – Imposto sobre o Valor Acrescentado

MNSRM – Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

MSRM – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

MSRMR – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica Restrita

OMS – Organização mundial de saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PVA – Preço de venda aos armazenistas

PVP – Preço de Venda ao Público

QALYs – Quality Adjusted Life Years

SNS – Sistema nacional de saúde

SPR – Sistema de Preços de Referência

UE – União Europeia

WHO – World Health Organization

I. Introdução

A equidade, quer no acesso à saúde ou ao medicamento, é um dos objetivos mais importantes do sistema de saúde português. Equidade em saúde remete-nos para a ausência de diferenças e justiça distributiva dos recursos e serviços de saúde no que respeita ao acesso aos cuidados e à obtenção de resultados de saúde por parte dos cidadãos, independentemente, da sua condição económica ou cultural. Contudo, face à crise mundial, devido ao coronavírus, o aumento da despesa em medicamentos e à criação de medicamentos inovadores muito caros, faz com que os orçamentos de saúde não consigam suportar de forma sustentável os custos resultantes da introdução de novas terapias no Sistema Nacional de Saúde (SNS).

O medicamento é considerado um bem económico e o uso correto dele permite que se alcancem ganhos em saúde. Entre o Sistema Nacional de Saúde, a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED) e o Estado, este último funciona como o mediador no acesso aos medicamentos através de modelos de financiamento baseado num sistema de escalões, determinando deste modo o acesso, a equidade e a eficiência associada ao consumo de medicamentos.

O cancro traduz-se num conjunto de doenças em que um tipo de células se multiplica sem parar. As doenças oncológicas são cada vez mais frequentes e quer seja diretamente ou enquanto cuidador, amigo ou familiar, a verdade é que quase toda a gente lida, ou já lidou com um cancro. Os cancros mais comuns são o do pulmão e da mama, seguindo-se o do cólon e o da próstata. Apesar desta doença poder atingir qualquer órgão; o cancro do fígado, pâncreas e ovário são os mais mortais. Contudo a ciência tem evoluído e a taxa de sobrevivência ao cancro está a aumentar (Observador, 2019).

Os medicamentos oncológicos inserem-se no grupo 16 – “Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores” - da Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos (CFT), aprovada pelo Despacho nº 4742/2014, de 2 de abril. Este grupo divide-se em três subgrupos: citotóxicos; hormonas e anti hormonas; e imunomoduladores (Despacho nº 4742/2014, de 2 de abril. Diário da República. Nº 65(2ª Série)).

Os medicamentos oncológicos são classificados na sua maioria como medicamentos sujeitos a receita médica restrita (MSRMR) e dispensados apenas em farmácia hospitalar (INFARMED, 2019).

De um modo geral, a iniquidade é uma realidade inevitável face à atual crise económica e ao elevado preço de novos fármacos e, conseqüentemente, novas terapêuticas. Esta iniquidade vai contra os valores fundamentais do Plano Nacional de Saúde.

O presente trabalho teve como principais objetivos:

- Identificar, segundo a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED) quais os medicamentos oncológicos aprovados e comercializados em Portugal;
- Fazer uma análise geral sobre o financiamento dos cuidados de saúde e como é garantida a equidade no acesso quer aos cuidados de saúde quer aos medicamentos oncológicos;
- Analisar o acesso aos medicamentos oncológicos em Portugal, no âmbito da Política do Medicamento em Portugal, regimes de comparticipação pelo Estado e Sistema de Preços de Referência como promotores de equidade e acessibilidade aos medicamentos oncológicos.

A metodologia usada para a realização deste trabalho foi fundamentada numa pesquisa bibliográfica usando como motores de busca: Pubmed de artigos e livros, Google Scholar, webpages de organizações oficiais como, por exemplo, Liga Portuguesa Contra o Cancro ou Organização Mundial de Saúde, INFARMED, Direção Geral de Saúde e dissertações. Os limitadores utilizados para as pesquisas acima mencionados foram dos últimos 10 anos.

II. Cuidados de saúde em Portugal

2.1 Financiamento dos cuidados de saúde em Portugal

Atualmente, dispomos de cuidados de saúde que são financiados através de sistemas compulsórios e sistemas voluntários. Os sistemas compulsórios incluem, fontes de financiamento como, os impostos e seguros sociais, enquanto, que os sistemas voluntários compreendem seguros voluntários e pagamentos diretos feitos pelos utentes.

Uma vez, que o sistema de saúde não depende apenas de uma fonte de financiamento; Portugal é, assim, agrupado num sistema de transição, quando comparado com os restantes países da União Europeia. Isto é, de modo a poderem elevar a cobertura e prestação dos serviços de saúde a toda a população, houve a necessidade de transitar do financiamento baseado no seguro social para o modelo de financiamento baseado nos impostos (Barros e Gomes, 2002).

Resumidamente, os cuidados de saúde podem ser pagos pelas seguintes vias (Furtado e Pereira, 2010):

- Impostos diretos e indiretos como, por exemplo, IRS, IRC e IVA;
- Seguros sociais como, por exemplo, ADSE, direcionada à função pública. Fruto de contribuições obrigatórias em função do rendimento, os cidadãos são cobertos por este seguro;
- Seguro privado: que consiste no pagamento voluntário de seguros privados, cujos valores são calculados de acordo com os riscos quer individual ou de grupo;
- Pagamento direto: que é realizado no momento em que se recorre ao cuidado de saúde.

O doente oncológico com um grau de incapacidade igual ou superior a 60%, portador de um Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, esta isento do pagamento das taxas moderadoras, pagamento de consultas, exames e tratamentos no Hospital onde está a ser acompanhado. Esta isenção abrange, também, a utilização do Serviço de Urgência dos Hospitais e Centros de Saúde. (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2020)

2.2 Equidade no acesso à saúde em Portugal

Mais do que nunca, temos a noção que a saúde é um bem social e, portanto, necessita de uma política de proteção adaptada a uma justiça distributiva que num acesso generalizado aos cuidados de saúde, não coloca em causa a equidade do sistema e a igualdade de oportunidades dos cidadãos.

A equidade no acesso à saúde é um dos pilares fundamentais na política do sistema de saúde português, a Lei de Bases de Saúde, elaborada em 1990, e que refere a equidade como a não existência de diferenças relativamente ao acesso aos cuidados e à obtenção de resultados em saúde por parte dos cidadãos, independentemente, da sua condição socioeconómica ou cultural e garantir uma justiça distributiva dos recursos e a utilização dos serviços do sistema. Nesta lei está, ainda, mencionada a responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde de garantir aos utentes a equidade no acesso e atenuar quaisquer desigualdades para o acesso aos cuidados de saúde. (Portal da Saúde, 2011).

O artigo nº 64, da Constituição da República diz que: “todos os indivíduos têm o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”. A proteção da saúde é da responsabilidade do Estado e este direito é garantido através do acesso a cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação por parte de todos os cidadãos, bem como, entre outras ações, salvaguardar padrões de eficiência e qualidade adequados, junto das instituições públicas e privadas de medicina. (Assembleia da República, 2005).

Pretende-se obter a equidade, a nível nacional, através de um modelo flexível que tem como base a lei da procura e da oferta. “A igualdade de oportunidades de acesso para igual necessidade”, está presente quando todos os utentes de todas as regiões de Portugal têm acesso aos mesmos cuidados básicos de saúde, com os mesmos custos e com a mesma brevidade no acesso aos mesmos; este conceito relaciona-se sobretudo com a perspetiva da oferta. “A igualdade de utilização para igual necessidade” refere-se aos utentes que têm menos propensão para a utilização dos cuidados de saúde, implicando uma certa discriminação a favor dos mesmos, este conceito é identificável nas classes socioeconómicas mais baixas e insere-se numa perspetiva da procura de cuidados de saúde (Giralde, 2001).

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) as desigualdades são, geralmente, influenciadas por questões sociais como, por exemplo, as condições socioeconómicas, estilo de vida e nível educacional, que vão afetar, sem sombra de dúvida, os grupos mais debilitados, sejam estes definidos pela sua condição económica, como é o caso dos sem-abrigos, desempregados, pobres e imigrantes; limitações como, portadores de deficiência ou doenças raras; ou a faixa etária (crianças e idosos). Posto isto, é de extrema importância reconhecer que o acesso apropriado aos cuidados de saúde permite proporcionar não só a coesão e justiça social, como também o desenvolvimento de um país através dos ganhos de saúde que proporcionam e da atenuação das desigualdades (Direção-Geral da Saúde, 2012).

O percurso individual de saúde não é constante, tem necessidades específicas e momentos particularmente importantes, denominados por períodos críticos que, pela forma como decorrem, influenciam diretamente, de forma positiva ou negativa, as fases seguintes da vida. A intervenção nestes momentos, janelas de oportunidade, é promotora e protetora da saúde e tem elevada relevância a longo prazo (Plano Nacional de Saúde, 2011-2016). Tendo em conta os períodos críticos e as janelas de oportunidade, destacam-se as seguintes estratégias para a promoção do acesso aos cuidados de saúde (Godinho, J. 2016):

- “Uso de sistemas de informação e monitorização do acesso que incluam indicadores sobre os determinantes sociais, para que melhor se compreenda o problema e possibilitando uma intervenção eficaz;
- Implementação de projetos específicos, temporários, verticais ou integrados, dirigidos a ganhos adicionais de saúde através da redução das desigualdades em saúde. Serão tanto mais relevantes quanto mais capacitarem o sistema e se disseminarem como boas práticas, melhorando a sua efetividade;
- Estratégias de articulação em cada nível de cuidados, entre sectores e intrainstitucional;
- Estratégias de empowerment, ou seja, de capacitação dos cidadãos, dos cuidadores informais e voluntários, para que melhore a literacia, melhore o autocuidado e a qualidade de vida, diminua a necessidade de acesso reduzindo a procura inadequada dos serviços de saúde;
- Organização territorial dos cuidados de saúde que contemple:
 - Rede de Cuidados de Saúde Primários centrado nos cidadãos, família e comunidade, como estrutura de proximidade, continuidade e acesso privilegiado.
 - Cuidados pré-hospitalares – emergência médica.

- Rede de hospitais (número de hospitais, localização e tipologia) como um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde, especializados, urgentes e emergentes, com organização coerente e assente sobre os princípios de racionalidade e eficiência.
- Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados”

Os doentes oncológicos, como já foi referido anteriormente, estão isentos de taxas moderadoras para tratamentos contra o cancro e consultas, caso lhes tenha sido atribuído um grau de incapacidade igual ou superior a 60%. Contudo, há sempre despesas e custos que o Serviço Nacional de Saúde não cobre. Por exemplo, no IPO de Lisboa o transporte é assegurado gratuitamente para tratamentos e consultas, acessível a qualquer doente, independente do seu grau de incapacidade. No entanto, no que toca a alguns medicamentos, a comparticipação pode depender dos rendimentos do doente: “Há medicamentos que são dados de forma gratuita na farmácia hospitalar (quimioterapia, corticoides, entre outros), e outros que têm de ser suportados pelo doente”, informa Luísa Almeida, assistente social no IPO de Lisboa (SIC Notícias, 2019).

A Liga Portuguesa Contra o Cancro estabeleceu acordos com algumas farmácias e consegue que os medicamentos mais dispendiosos possam ser dados aos doentes oncológicos mediante uma avaliação prévia de uma assistente social. Ainda assim, a iniquidade no acesso à saúde é visível devido à falta de recursos humanos e equipamentos desatualizados (SIC Notícias, 2019).

Para Isabel Galriça Neto, médica de cuidados paliativos no Hospital da Luz, é necessário padronizar os cuidados de saúde: “Um doente de Trás-os-Montes ou do Alentejo deve ter direito aos mesmos cuidados de saúde que se praticam noutros locais do país.” Relembra que existem bons tratamento, mas, infelizmente, a inovação não está ao alcance de todos: “Há muitos equipamentos obsoletos e, no cancro, os exames de imagem são muito importantes e podem ser determinantes. Não é o mesmo fazer um exame com um aparelho de última geração ou com um muito antigo. Isso cria injustiças e iniquidade. Devemos projetar as instituições de saúde para a doença crónica, em vez de as projetarmos para a doença aguda”, uma vez que os doentes crónicos cada vez são mais (SIC Notícias, 2019).

A falta de meios, quer a nível pessoal ou material, tem implicações nos tempos de espera para consultas e cirurgias. Segundo o último relatório publicado pela ERS (Entidade Reguladora da Saúde), em maio de 2019, que contempla dados de cerca de quarenta

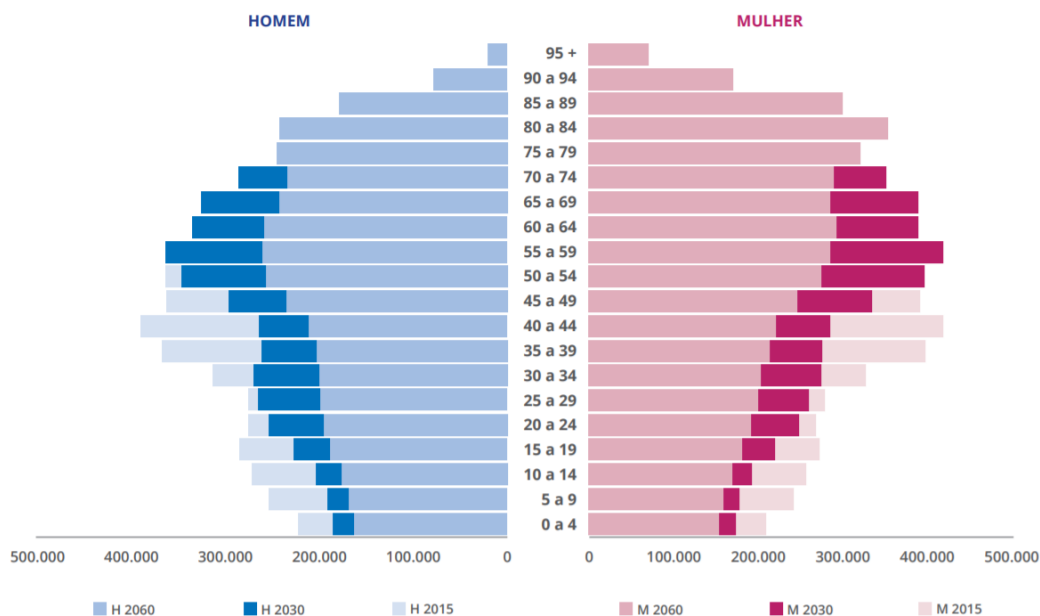
hospitais do SNS, 18% das cirurgias oncológicas foram realizadas depois dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), que representam os tempos de espera clinicamente aceitáveis. Cerca de 30% das cirurgias consideradas "muito prioritárias" foram feitas além dos tempos máximos de resposta. Nas cirurgias oncológicas de prioridade normal o incumprimento chegou aos 16% e nas prioritárias aos 17% (SIC Notícias, 2019).

2.3. As Doenças Oncológicas, em números.

2.3.1 Enquadramento da análise

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), a estrutura da pirâmide populacional em 2015 e previsão para 2030 e 2060, apresenta a seguinte forma (Direção-Geral da Saúde, 2015):

Figura 1 – Estrutura da pirâmide populacional em Portugal em 2015 e previsão para 2030 e 2060 (Retirado da Direção-Geral da Saúde, 2015).

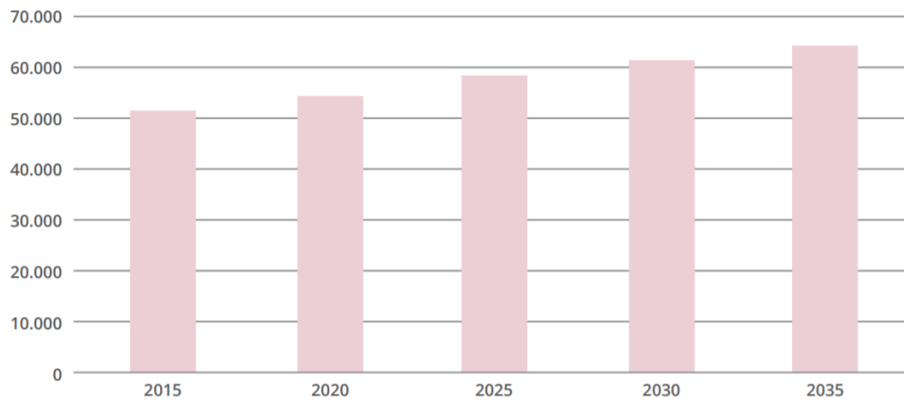


Fonte: INE, 2015

E segundo a previsão da Agência Internacional de Pesquisa em Cancro ou, em Inglês, International Agency for Research on Cancer (IARC) é que a incidência de cancro, em Portugal, vai aumentar até 2035 (fig.2). Não é possível saber em concreto porque é que

certas pessoas desenvolvem cancro e outras não. Contudo, sabe-se que há fatores de risco como, por exemplo, exposição a substâncias químicas, exposição excessiva à luz solar, tabagismo e alimentação rica em gorduras, que aumentam a probabilidade de uma pessoa desenvolver cancro (WHO, 2018).

Figura 2 – Previsão da evolução da incidência de cancro em Portugal (2015 a 2035) (Retirado da Direção-Geral da Saúde, 2015).

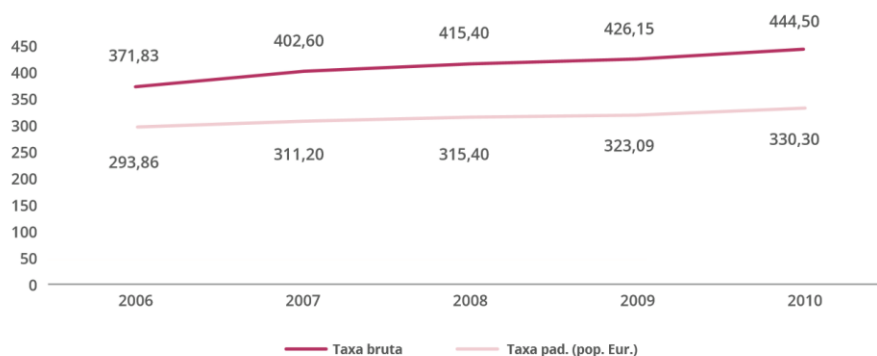


Fonte: IARC, 2016

2.3.2. Incidências de tumores malignos

Entre os anos 2009 e 2010, assistiu-se a um aumento de 4% da incidência de novos casos de tumores malignos, segundo a DGS (fig.3). No caso do sexo masculino destaca-se cancro da próstata (tabela 1) e no caso do sexo feminino a maior incidência foi no cancro de mama (tabela 2).

Figura 3 – Evolução da taxa de incidência de tumores malignos. (Retirado da Direção-Geral da Saúde, 2015).



Fonte: RORENO, RON 2010

Tabela 1 – Taxa de incidência de tumores malignos, no sexo masculino, Portugal 2010 (Retirado da Direção-Geral da Saúde, 2015).

TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUMORES MALIGNOS (100000 HABITANTES), NO SEXO MASCULINO (2010)		
	Taxa bruta	Taxa pad. (pop. Eur.)
Próstata	120,3	90,5
Traqueia, Brônquios e Pulmão	57,7	45,2
Cólon	57,1	42,3
Estômago	34,8	26,2
Reto	29,7	22,6
Bexiga	27,9	20,4
Linfoma não Hodgkin	19,2	15,4
Rim	12,6	10,2
Laringe	11,7	9,9
Esófago	9,3	7,7
Total	512,0	398,8

Fonte: RORENO, RON 2010

Tabela 2 – Taxa de incidência de tumores malignos, no sexo, feminino, Portugal 2010 (Retirado da Direção-Geral da Saúde, 2015).

TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUMORES MALIGNOS (100000 HABITANTES), NO SEXO FEMININO (2010)		
	Taxa bruta	Taxa pad. (pop. Eur.)
Mama	118,5	93,2
Cólon	39,0	24,2
Glândula Tiroideia	23,8	21,5
Estômago	21,3	13,1
Corpo do Útero	17,8	12,4
Reto	16,3	10,4
Traqueia, Brônquios e Pulmão	15,8	11,0
Linfoma não Hodgkin	15,3	10,8
Colo do Útero	13,5	11,3
Melanoma Maligno da Pele	9,1	6,9
Total	382,7	279,6

Fonte: RORENO, RON 2010

2.3.3. Rastreamentos oncológicos

O cancro pode afetar qualquer órgão e, geralmente, a maioria dos cancros numa fase inicial são assintomáticos. Quando os sintomas de cancro já são visíveis poderá já estar

num estado avançado e de modo a despistar ou detetar cancro numa fase inicial, o que aumenta a taxa de sobrevivência, foram desenvolvidos rastreios oncológicos.

Os rastreios baseiam-se em exames simples e não invasivos, realizados numa faixa etária específica e com regularidade variável, que têm como objetivo o diagnóstico precoce em pessoas que não apresentam sintomas. Atualmente, existem em Portugal, os programas de rastreio oncológico para o cancro de mama, colo rectal e colo do útero. Para a realização dos rastreios descritos são necessários os seguintes critérios (SNS 24, 2020):

- Para o rastreio do cancro de mama, consiste numa mamografia realizada a cada dois anos, entre a faixa etária dos 50 até aos 69 anos de idade,
- No caso do cancro colo rectal o teste consiste na pesquisa de sangue oculto nas fezes dos 50 aos 74 anos de idade,
- E, por fim, para o cancro do colo do útero, o rastreio consiste no teste de citologia cervical (papanicolau) em mulheres entre os 20 a os 30 anos a até aos 60 anos de idade.

Os dados da DGS, que se encontram tabelados nos anexos, no ano de 2014, demonstram as taxas de adesão aos programas de rastreio oncológico nas Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

No Norte, o rastreio do cancro de mama, obteve maior taxa adesão, 79.3%, no Nordeste enquanto que, Gaia e Espinho, tiveram a menor taxa de adesão, 29.0% (Anexo 1). Para o rastreio do cancro do colo do útero a zona do Baixo Tâmega registou maior taxa de adesão, 88.1% e Nordeste, com 67.8% obteve a menor taxa de adesão (Anexo 2).

O centro, para o rastreio do cancro da mama, registou maior taxa de adesão na zona Guarda com 72.5% e menor taxa de adesão em Cova Beira com 28.5% (Anexo 3). Para o rastreio do cancro do colo do útero, a taxa de adesão maior foi na Guarda com 53.7% e menor no Pinhal Interior Norte, 32.1% (Anexo 4). Para o rastreio do cancro do cólon e reto houve maior taxa de adesão em Dão Lafões com 59.0% e menor adesão em Pinhal Litoral com 49.5% (Anexo 5).

Em Lisboa e Vale do Tejo, para o rastreio do cancro da mama a zona do Médio Tejo verificou maior taxa de adesão, 58.9%, e menor taxa de adesão com 29.7% na zona do Estuário Tejo (Anexo 6).

No Alentejo, para o rastreio do cancro de mama verificou-se maior adesão na zona norte com 74.1% e menor adesão no litoral com 59.5% (Anexo 7). Para o rastreio do cancro do colo do útero, o Baixo Alentejo apresentou maior adesão, 75.2%, e menor adesão, 46.5%, no Litoral (Anexo 8). O rastreio do cancro do cólon e reto apenas foi realizado no Centro e teve uma adesão de 64.7% (Anexo 9).

No Algarve, o rastreio do cancro da mama teve maior adesão em Sotavento com 71.8% e menor adesão no Centro com 62.5% (Anexo 10). Para o cancro do colo do útero a maior taxa de adesão foi de 97.0% em sotavento e menor taxa de adesão em Barlavento com 43.0% (Anexo 11).

III. Acesso aos medicamentos oncológicos

3.1 Política do Medicamento

O Decreto-Lei nº176/2006, de 30 de Agosto, descreve o medicamento como:

“toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas”.

A política do medicamento, em Portugal, ainda não foi devidamente regulamentada através de um documento oficial. No entanto as medidas nas quais esta se baseia foram apresentadas no Programa XIX Governos Constitucional (Presidência do Conselho de Ministros, 2011):

- “Controlar a utilização dos medicamentos agindo sobre a prescrição, dando prioridade ao desenvolvimento de orientações terapêuticas para os serviços hospitalares e de ambulatório

apoiadas em bases sólidas de farmacologia clínica e evidência da economia da saúde sobre custo-efetividade;

- Garantir o acesso e a equidade aos cidadãos através do aperfeiçoamento do sistema de preços e da revisão do sistema de comparticipação de medicamentos, garantindo uma gestão eficiente e dinâmica dos recursos, redefinindo o modelo de avaliação dos medicamentos para efeitos da sua comparticipação pelo Estado sem descurar os cidadãos mais desprotegidos;
- Rever a legislação no sentido de consagrar como regra a prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI), conforme estipulado no Memorando de Entendimento;
- Aumentar a quota de mercado de medicamentos genéricos pela normalização jurídica das patentes através da alteração do sistema de preços de referência, a fim de criar condições para a duplicação do mercado de genéricos e esforço da qualidade da informação dos dados da bioequivalência dos medicamentos genéricos relativamente aos de referência, aumentando a segurança dos prescritores e dos utilizadores face a este grupo de medicamentos;
- Implementação de um sistema que vise a gestão comum de medicamentos no Sistema Nacional de Saúde (SNS) – negociação, aquisição e distribuição – tão centralizada quanto possível de medicamentos e dispositivos médicos;
- Criar condições legislativas e técnicas para o avanço da dispensa de medicamentos em dose individual;
- Criar condições para a desmaterialização da receita em todo o tipo de receituário com comparticipação pública, implementando um sistema ágil de monitorização do consumo de medicamentos que promova a clareza na contabilização dos encargos do Estado e do cidadão com os medicamentos.”

O Despacho nº 4742/2014, de 2 de abril, estabeleceu uma Classificação Farmacoterapêutica de Medicamentos (CFT) onde insere os medicamentos oncológicos no grupo 16, que se denomina, “Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores”. Este grupo divide-se em três subgrupos: os citotóxicos; as hormonas e anti hormonas; e os imunomoduladores. (Despacho nº 4742/2014, de 2 de abril).

Os medicamentos oncológicos são, na sua maioria, sujeitos a receita médica restrita e dispensados apenas em farmácia hospitalar. Por vezes esta situação pode apresentar uma barreira no acesso ao medicamento porque um doente oncológico quando precisar da medicação terá de se deslocar ao hospital.

O INFARMED juntamente com o Ministério da saúde é responsável por criar, executar e controlar todas as medidas da política quer na área dos medicamentos quer na área dos produtos de saúde.

3.2. Acesso ao Medicamento em Portugal

De uma maneira geral, são vários os fatores que condicionam o acesso ao medicamento. Mas os que mais se destacam estão relacionados com a disponibilidade no mercado, a prescrição e o financiamento.

No que respeita à introdução e disponibilidade dos medicamentos no mercado, cabe ao INFARMED, emitir a Autorização de Introdução no Mercado (AIM). Os medicamentos podem ser agrupados em medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) ou medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), sendo que, estes últimos podem ainda ter algumas restrições a nível de prescrição (MSRM especial, por exemplo: medicamentos oncológicos, estupefacientes e antibióticos) ou a nível da dispensa ser exclusiva em meio hospitalar. Por isso, os MSRM, especialmente, os com prescrição restrita ou especial podem apresentar uma barreira no acesso, uma vez, que para tal é necessário que haja consulta, prescrição e dispensa obrigatória em meio hospitalar.

Em relação à prescrição médica, os MNSRM apresentam um acesso mais facilitado, uma vez, que para a sua aquisição não é necessária uma receita médica. Já os MSRM servem para garantir a sua segurança na utilização, podem também influenciar o acesso ao medicamento quer a nível de prescrição quer a nível de financiamento.

Para além da dificuldade no acesso às consultas a decisão de prescrição, também, apresenta uma barreira no acesso e de modo a diminuir a disparidade na prescrição médica desenvolveram-se normas de prescrição com um carácter orientador e restrições quantitativas na prescrição, isto é, máximo duas embalagens por medicamento e quatro embalagens por receita.

Para o preço e financiamento público dos medicamentos é compreensivo o fato do preço ser um forte determinante no acesso ao medicamento porque medicamentos com o preço elevado não podem ser suportados da mesma maneira pelos diferentes grupos sociais. É óbvio que para aqueles cujo rendimento é mais baixo têm menor poder de compra e como resultado terão menor acesso ao medicamento. Mesmo com o Sistema de Comparticipação pelo Estado o valor do copagamento por parte do utente pode ser uma condicionante no acesso ao medicamento.

3.3. Comparticipação de medicamentos para doentes oncológicos

Os doentes oncológicos que façam medicação que não seja fornecida pelo Hospital, poderão beneficiar de comparticipação especial no preço dos seus medicamentos. Sem prejuízo de comparticipações especiais extensíveis à dispensa de medicamentos quer em Farmácias Hospitalares quer a Farmácias de Oficina, a comparticipação do Estado no P.V.P. dos medicamentos depende do respetivo escalão, fixada em Portaria do Ministério da Saúde (Liga Contra o Cancro, 2016).

- Escalão A: Comparticipação do Estado em 90% no P.V.P.,
- Escalão B: Comparticipação do Estado em 69% no P.V.P.,
- Escalão C: Comparticipação do Estado em 37% no P.V.P.,
- Escalão D: Comparticipação do Estado em 15% no P.V.P.

Por outro lado, para os pensionistas cujo rendimento total anual não exceda 14 vezes a retribuição mínima mensal garantida em vigor no ano civil anterior ou, caso ultrapasse o referido montante, não exceda 14 vezes o valor do indexante dos apoios sociais em vigor, a comparticipação do Estado no P.V.P. dos medicamentos integrados no Escalão A é acrescida de 5% e nos Escalões B, C e D é acrescida de 15%. E de modo a aproveitar estas condições os pensionistas beneficiários devem requerer nova emissão do seu cartão de utente, contendo a letra “R”, no Centro de Saúde (Liga Contra o Cancro, 2016).

No caso do tratamento de patologia do foro oncológico, particularmente, os medicamentos analgésicos estupefacientes, especificamente os opióides, imprescindíveis ao tratamento da dor oncológica moderada a forte, são comparticipados pelo Escalão A.

3.4. Medicamentos Oncológicos

Os medicamentos Oncológicos encontram-se inseridos no grupo 16, como já se referiu anteriormente. O Este grupo encontra-se subdividido da seguinte forma (Mapa terapêutico, 2019):

- 16.1 – Citotóxicos:
 - 16.1.1 – Alquilantes,
 - 16.1.2 – Citotóxicos relacionados com alquilantes,
 - 16.1.3 – Antimetabolitos,
 - 16.1.4 – Inibidores da topoisomerase I,
 - 16.1.5 – Inibidores da topoisomerase II,
 - 16.1.6 – Citotóxicos que se intercalma no ADN,
 - 16.1.7 – Citotóxicos que interferem com a tubulina,
 - 16.1.8 – Inibidores das tirosinacinasas,
 - 16.1.9 – Outros citotóxicos,
- 16.2 – Hormonas e anti hormonas:
 - 16.2.1 – Hormonas,
 - 16.2.1.1 – Estrogénios,
 - 16.2.1.2 – Androgénios,
 - 16.2.1.3 – Progestagénios,
 - 16.2.1.4 – Análogos da hormona libertadora de gonadotropina,
 - 16.2.2 – Anti hormonas,
 - 16.2.2.1 – Antiestrogénios,
 - 16.2.2.2 – Antiandrogénios,
 - 16.2.2.3 – Inibidores da aromatase,
 - 16.2.2.4 – Adrenolíticos,
- 16.3 – Imunomoduladores.

Infomed é uma base de dados online de acesso livre do INFARMED e inclui informação de todos os medicamentos de uso humano com a devida AIM, em Portugal. Nos anexos 12 até 30 encontram-se listados os medicamentos do grupo 16 autorizados atualmente em Portugal, identificados por Denominação Comum Internacional (DCI), nome comercial, forma farmacêutica, dosagem, estado de comercialização, classificação de acordo com o estatuto legal de dispensa ao público e comercialização em FO (Infomed, 2019).

3.4.1. Identificação dos medicamentos oncológicos, devidamente, aprovados e comercializados, em Portugal.

Através da pesquisa realizada no infomed foram identificadas 214 substâncias ativas (SA) e associações de SA aprovadas com AIM pertencentes ao grupo dos “Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores” (Tabela 3, 4 e 5).

Tabela 3 – Medicamentos do Grupo 16, Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores, com a devida AIM, em Portugal.

Bortezomib	Trabectedina	
16.1 Citotóxicos		
Bendamustina	Cisplatina	
16.1.1 Alquilantes		
Bussulfano	Clorometina	Melfalano
Carmustina	Estramustina	Oxaliplatina
Ciclofosfamida	Fotemustina	Tiotepa
Clorambucilo	Ifosfamida	
16.1.2 Citotóxicos relacionados com alquilantes		
Carboplastina	Dacarbazina	Termozolomida
Cisplatina		
16.1.3 Antimetabolitos		
Ácido salicílico + Fluorouracilo	Decitabina	Nelarabina
Azacitidina	Fludarabina	Pemetrexedo
Capecitabina	Fluorouracilo	Pentostatina
Citarabina	Gemcitabina	Raltitrexedo
Cladribina	Mercaptopurina	Tegafur+Gimeracilo+Oteracilo
Clofarabina	Metotrexato	Trifluridina + Tipiracilo
16.1.4 Inibidores da topoisomerase I		
Irinotecano	Topotecano	
16.1.5 Inibidores da topoisomerase II		
Etoposido		
16.1.6 Citotóxicos que se intercalam no ADN		
Bleomicina	Idarrubicina	Pixantrona
Doxorrubicina	Mitomicina	
Epirubicina	Mitoxantrona	
16.1.7 Citotóxicos que interferem com a tubulina		
Cabazitaxel	Vinblastina	Vinflunina
Docetaxel	Vincristina	Vinorelbina
Paclitaxel		

Tabela 4 – Medicamentos do Grupo 16, Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores, com a devida AIM, em Portugal (continuação).

16.1.8 Inibidores Das tirosinacinas		
Afatinib	Gelitinib	Ponatinib
Alectinib	Ibrutinib	Regorafenid
Axitinib	Imatinib	Ribociclib
Bosutinib	Lapatinib	Ruxolitinib
Cabozantinib	Lenvatinib	Sunitinib
Ceritinib	Midostaurina	Temsirolimus
Cobimetinib	Nilotinib	Tivozanib
Crizotinib	Nintedanib	Trametinib
Dabrafenib	Osimertinib	Vandetanib
Dasatinib	Palbociclib	Vemurafenib
Everolimus	Pazopanib	
16.1.9 Outros citotóxicos		
Ácido 5-aminolevulínico	Eribulina	Pegaspargase
Aflibercept	Eriotinib	Sonidegib
Alitretinoína	Hidroxicarbamida	Sorafenib
Aminolevulinato de metilo	Idelalisib	Talimogene laherparepvec
Asparaginase	Ixazomib	Temoporquina
Bexaroteno	Mitotano	Tretinoína
Bortezomib	Niraparib	Trióxido de arsénio
Carfilzomib	Olaparib	Verteporfina
Crisantaspase	Padeliporfina	Vismodegib
Dicloreto de rádio (223Ra)	Panobinostate	
16.2 Hormonas e anti hormonas		
16.2.1 Hormonas		
16.2.1.1 Estrogénios		
16.2.1.2 Androgénios		
16.2.1.3 Progestagénios		
Medroxiprogesterona	Megestrol	
16.2.1.4 Análogos da hormona libertadora de gonadotropina		
Buserrelina	Leuprorrelina	Triptorrelina
Goserrelina		
16.2.2 Anti hormonas		
Abiraterona	Dezarrelis	
16.2.2.1 Antiestrogénios		
Fulvestrant	Tamoxifeno	Toremifeno

16.2.2.2 Antiandrogénios		
Bicalutamida	Enzalutamida	Fulvestrant
Ciproterona	Flutamida	Nilutamida
16.2.2.3 Inibidores da aromatase		
Anastrozol	Exemestano	Letrozol
16.2.2.4 Adrenolíticos		
16.2.2.5 Outros antagonistas hormonais		
Ulipristal		

Tabela 5 – Medicamentos do Grupo 16, Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores, com a devida AIM, em Portugal (continuação).

16.3 Imunomoduladores		
Abatacept	Everolimus	Olaratumab
Acetato de glatirâmero	Fingolimod	Palivizumab
Ácido micofenólico	Glicofosfopeptical	Panitumab
Adalimumab	Golimumab	Peginterferão alfa-2a
Aldesleucina	Histamina	Peginterferão alfa-2b
Alemtuzumab	Ibritumomab tiuxetano	Perginterferão beta-1a
Anacinra	Icatibant	Pembrolizumab
Anagrelida	Imunoglobulina antilinfócitos (coelho)	Pertuzumab
Apremilaste	Infliximab	Pirfenidona
Azatiopina	Inotuzumab ozogamicina	Plerixafor
Bacilo Calmette-Guérin	Interferão alfa-2a	Pomalidomida
Baricitinib	Interferão alfa-2b	Ramucirumab
Basiliximab	Interferão beta-1a	Rituximab
Belatacept	Interferão beta-1b	Sarilumab
Belimumab	interferão gama-1b	Secucinumab
Bevacizumab	Ipilimumab	Siltuximab
Blinatumomab	Ixecizumab	Sirolimus
Brentuximab vedotina	Leflunomida	Tacrolimus
Brodalumab	Lenalidomida	Talidomida
Canacinumab	Metoxsaleno	Tasonermina
Certolizumab pegol	Micofenolato de mofetil	Teriflunomida
Cetuximab	Mifamurtida	Tocilizumab
Ciclosporina	Natalizumab	Trastuzumab
Daclizumab	Necitumumab	Trastuzumab emtansina
Daratumumab	Nivolumab	Ustecinumab
Dinutuximab beta	Obinutuzumab	Vedolizumab
Eculizumab	Ocrelizumab	
Etanercept	Ofatumumab	

Nota: As SA não comercializadas ou temporariamente indisponíveis encontram-se a negrito.

Nas tabelas 3, 4 e 5 as SA destacadas a negrito apesar de apresentarem AIM válido estão classificadas, no Infomed, como não comercializadas (NC) ou temporariamente indisponíveis (TI). Com isto, das 214 SA apenas 162 estão verdadeiramente comercializadas.

Todas as SA do grupo de “Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores, como já foi referido anteriormente, são MSRM, sendo que 149 SA correspondem a MSRM e 26 a MSRM normal.

3.5. Critérios de seleção

3.5.1. Avaliação do perfil de segurança dos medicamentos oncológicos por um painel de peritos e identificação dos medicamentos passíveis de serem dispensados em farmácia de oficina.

O Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de Agosto – “Estatuto do Medicamento”, introduziu o Capítulo VII – “Dispensa ao público”. O artigo 113º deste Decreto agrega a informação dos artigos 3º e 4º do Decreto-Lei nº 209/94, de 6 de Agosto fazendo-se a seguinte classificação quanto à dispensa ao público:

- Nº 1 – “Medicamentos sujeitos a receita médica” e “Medicamentos não sujeitos a receita médica”,
- Nº 2 – subclassificação dos MSRM como: “Medicamentos de receita médica renovável”, “Medicamentos de receita médica especial” e “Medicamentos de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados”.

Os MSRM designados como aqueles “cuja utilização deva ser reservada a certos meios especializados” por reunirem uma das seguintes condições (Decreto-Lei nº 176, 2006):

- a) “Destinarem-se a uso exclusivo hospitalar, devido às suas características farmacológicas, à sua novidade, ou por razões de saúde pública;
- b) Destinarem-se a patologias cujo diagnóstico seja efetuado apenas em meio hospitalar ou estabelecimentos diferenciados com meios de diagnóstico adequados, ainda que a sua administração e o acompanhamento dos pacientes possam realizar-se fora desses meios;
- c) Destinarem-se a pacientes em tratamento ambulatorio, mas a sua utilização ser suscetível de causar efeitos adversos muito graves, requerendo a prescrição duma receita médica, se necessário emitida pelo especialista, e uma vigilância especial durante o período de tratamento.”

Contudo, é incluída de forma nova o nº 2 deste artigo 118º que menciona que “os medicamentos sujeitos a receita médica restrita que não sejam de uso exclusivo hospitalar possam ser vendidos nas farmácias de oficina em termos a definir por regulamento do INFARMED (Decreto-Lei nº 176, 2006).

Consoante a análise dos resumos das características dos medicamentos (RCM), o painel de peritos indicou os medicamentos não comercializados em FO e designados como MSRMR – alíneas b) e c), que consideram poderem ser dispensados em FO ou não, acompanhando a respetiva justificação (tabelas 6 e 7).

Tabela 6 – Avaliação do painel de peritos dos medicamentos do grupo 16 não comercializados em FO e classificados como MSRMR – alínea b).

Denominação Comum Internacional	Denominação comercial	Forma farmacêutica	Farmácia de Oficina	Justificação
Abatacept	Orencia®	Pó para concentrado para solução para perfusão	N	1N
Anacinra	Kineret®	Solução injetável em seringa pré-cheia	S	1S
Bacilo CalmettGuérin	OncoTICE®	Pó para líquido para irrigação vesical	N	2N
Canacinumab	Ilaris®	Pó para solução injetável	S	1S
Everolímus	Afinitor®	Comprimido	S	2S

Interferão beta-1a	Avonex®	Pó e solvente para solução injetável	N	3N
Interferão beta-1a	Avonex®	Solução injetável em caneta pré-cheia	S	1S
Interferão beta-1b	Betaferon®	Pó e solvente para solução injetável	N	4N
Interferão gama-1b	Imukin®	Solução injetável	S	1S
Peginterferão alfa-2a	Pegasys®	Solução injetável em seringa pré-cheia	S	1S
Peginterferão beta-1a	Plegridy®	Solução injetável em seringa pré-cheia	S	1S
Pirfenidona	Esbriet®	Cápsulas	S	3S
Ustecinumab	Stelara®	Concentrado para solução para perfusão	N	1N
Ustecinumab	Stelara®	Solução injetável em seringa pré-cheia	S	1S

Legenda: S-sim; N-não; 1S-Possibilidade do doente autoinjetar; 2S-Comprimido/administração diária; 3S-Cápsula/administração diária; 4S-Suspensão oral/administração diária; 1N-Solução para perfusão; 2N-Irrigação vesical/necessidade de cateter; 3N-Administração intramuscular; 4N-Administração subcutânea preparada por profissional.

Tabela 7 – Avaliação do painel de peritos dos medicamentos do grupo 16 não comercializados em FO e classificados como MSRMR – alínea c).

Denominação Comum Internacional	Denominação comercial	Forma farmacêutica	Farmácia de Oficina	Justificação
Adalimumab	Humira®	Solução injetável em seringa pré-cheia	S	1S
Adalimumab	Humira®	Solução injetável	S	1S
Azacitidina	Vidaza®	Pó para suspensão injetável	N	1N
Bexaroteno	Trgretin®	Cápsulas moles	S	3S

Equidade no Acesso a Medicamentos Oncológicos

Certolizumab pegol	Cimzia®	Solução injetável em seringa pré-cheia	S	1S
Dasatinib	Sprycel®	Comprimidos revestidos por película	S	2S
Etanacept	Enbrel®	Pó e solvente para solução injetável	N	1N
Etanacept	Enbrel®	Solução injetável em seringa pré-cheia	S	1S
Golimumab	Simponi®	Solução injetável em caneta pré-cheia	S	1S
Golimumab	Simponi®	Solução injetável em seringa pré-cheia	S	1S
Hidroxycarbamida	Siklos®	Comprimidos revestidos por película	S	2S
Imatinib	Glivec®	Cápsulas moles	S	3S
Imatinib	Glivec®	Comprimidos revestidos por película	S	2S
Infliximab	Remicade®	Pó para concentrado para solução para perfusão	N	1N
Ixecizumab	Taltz®	Solução injetável em seringa pré-cheia	S	1S
Ixecizumab	Taltz®	Solução injetável em caneta pré-cheia	S	1S
Lapatinib	Tyverb®	Comprimidos revestidos por película	S	2S
Lenalidomida	Revlimid®	Cápsulas	S	3S
Micofenolato de mofetil	CellCept®	Cápsulas	S	3S
Micofenolato de mofetil	CellCept®	Comprimidos revestidos por película	S	2S
Micofenolato de mofetil	CellCept®	Pó para concentrado para solução para perfusão	N	1N
Micofenolato de mofetil	CellCept®	Pó para suspensão oral	S	4S

Equidade no Acesso a Medicamentos Oncológicos

Mitotano	Lysodren®	Comprimidos	S	2S
Nilotinib	Tasigna®	Cápsulas	S	3S
Pazopanib	Votrient®	Comprimidos revestidos por película	S	2S
Secucinumab	Cosentyx®	Pó para solução injetável	N	1N
Secucinumab	Cosentyx®	Solução injetável em seringa pré-cheia	S	1S
Secucinumab	Cosentyx®	Solução injetável em caneta pré-cheia	S	1S
Sirolímus	Rapamune®	Comprimido revestido	S	2S
Sorafenib	Nexavar®	Comprimidos revestidos por película	S	2S
Sunitinib	Sutent®	Cápsula	S	3S
Tacrolímus	Advagraf®	Cápsulas de libertação prolongada	S	3S
Tacrolímus	Prograf®	Cápsula	S	3S
Temazolomida	Temodal®	Cápsula	S	3S
Tocilizumab	RoActemra®	Solução injetável em seringa pré-cheia	S	1S
Tocilizumab	RoActemra®	Solução injetável em caneta pré-cheia	S	1S
Tocilizumab	RoActemra®	Concentrado para solução para perfusão	N	1N
Topotecano	Hycamtin®	Cápsula	S	3S

Legenda: S-sim; N-não; 1S-Possibilidade do doente autoinjetar; 2S-Comprimido/administração diária; 3S-Cápsula/administração diária; 4S-Suspensão oral/administração diária; 1N-Solução para perfusão; 2N-Irrigação vesical/necessidade de cateter; 3N-Administração intramuscular; 4N-Administração subcutânea preparada por profissional.

IV. Acesso à inovação e novas terapêuticas na área da oncologia

4.1. Inovação terapêutica

A esperança média de vida tem vindo a aumentar e com ela uma maior exposição a agentes cancerígenos, também. É um facto que o número de cancros tem vindo a aumentar e, felizmente, o número de casos sobreviventes, também, subiu. Por isso, o cancro torna-se, cada vez mais, numa doença crónica. Isto não só justifica como impulsiona, a nível mundial, a ininterrupta procura por um melhor entendimento dos mecanismos dos diversos cancros.

As subidas das taxas de sobrevivência mostram o quanto é importante esta constante investigação, desenvolvimento e introdução de inovação terapêutica nos sistemas de saúde e com isto a necessidade de investimentos.

De um modo geral, na área da saúde, inovar acarreta a aplicação de uma nova tecnologia, um novo processo, produto para melhorar não só o tratamento, diagnóstico e prevenção de patologias, como também, possibilitar aperfeiçoamentos na investigação, divulgação de informação com o intuito de melhorar a qualidade, segurança e eficiência dos resultados obtidos em saúde e seus custos (Think Tank, 2014a).

A inovação, em saúde, resulta da Investigação e do Desenvolvimento que, por sua vez, associam o conhecimento à ação. Uma investigação aplicada é direcionada para a conquista de novos conhecimentos e uma melhor compreensão científica e/ou tecnológica. Enquanto, que o desenvolvimento envolve todo o trabalho sistemático fruto da aplicação dos conhecimentos que são obtidos durante a fase de investigação, com o intuito serem criados e/ou melhorados produtos, técnicas ou serviços.

Segundo Health Cluster Portugal (cit. In. Antunes, 2010), tanto a investigação como o desenvolvimento têm um fortíssimo impacto nos seguintes campos:

- Cuidados de saúde: auxiliando atividade assistencial, organização e capacitação das unidades de saúde e acesso antecipado a fármacos inovadores;

- Educacional e Científico: ascensão da formação em metodologias de investigação e criação de condições ao desenvolvimento de projetos inovadores;
- Economia: formação de mais postos de trabalho em atividades de investigação e desenvolvimento de novas competências.

A introdução de medicamentos inovadores oncológicos com potenciais ganhos de sobrevivência é premente e extremamente necessária. No entanto, devido ao acréscimo de custos que a maioria destas inovações representam, é fundamental refletir como é que se pode garantir o acesso a estes medicamentos que prolongam a vida e maximizam a qualidade de vida destes doentes, sem colocar em risco a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

4.2. Modelos de financiamento e metodologias de avaliação das tecnologias da saúde

O financiamento dos medicamentos oncológicos, em alguns países, é feito através de programas de financiamento público, auxiliando o acesso equitativo aos cidadãos e suprimindo os custos diretos aos doentes. O aumento do custo dos medicamentos oncológicos levou a que muitos países implementassem mecanismos para compensar os custos. Estes mecanismos podem traduzir-se em limitações para os pacientes oncológicos pois podem comprometer o acesso aos medicamentos oncológicos e levar a variabilidades de utilização nos países e diferenças nas participações (Think Tank, 2014b).

Uma das opções, de modo a contornar esta limitação, é a implementação de contratos de partilha de risco (risk-sharing agreements-RSAS) ou negociações de preço (special pricing arrangements-SPAS) com as empresas farmacêuticas, numa tentativa de controlo de preços, embora o impacto da sua implementação não tenha sido, ainda, completamente avaliado (Think Tank, 2014b).

No panorama geral é de constatar-se que os serviços de saúde estão sujeitos, continuamente, a diferentes tipos de pressão, por um lado a carência de recursos que existe perante a crescente busca por melhores cuidados de saúde, por outro lado o dever em ter um serviço de saúde que permita uma cobertura total e universal para que haja um maior acesso e equidade no que toca aos medicamentos inovadores.

Com isto, apenas a economia direcionada à saúde irá permitir analisar a procura e oferta no âmbito dos cuidados de saúde, fornecendo, assim, uma construção para que exista um entendimento quanto às decisões tomadas bem como as suas consequências. A Farmacoeconomia vai ser, também ela, importante pois possibilita aplicar os princípios e metodologias da economia de saúde no campo farmacêutico, permitindo assim uma gestão eficaz no âmbito dos medicamentos (Walley et al., 2004).

4.3. Avaliação e aprovação das novas terapêuticas

A avaliação de tecnologias de saúde (ATS) tem o objetivo de apoiar a decisão de utilização e financiamento das tecnologias de saúde, nomeadamente os medicamentos e dispositivos médicos, no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Esta decisão entra-se não só nos critérios de qualidade, segurança e eficácia exigidos a todos os medicamentos, mas também em critérios de eficácia comparativa, eficiência e efetividade de forma a otimizar a utilização dos recursos disponíveis (INFARMED, 2020).

O Sistema de ATS tem a finalidade de dotar o Serviço Nacional de Saúde (SNS) de um instrumento que permita (INFARMED, 2020):

- maximizar os ganhos em saúde e a qualidade de vida dos cidadãos;
- garantir a sua sustentabilidade e a utilização eficiente dos recursos públicos em saúde;
- monitorizar a utilização e a efetividade das tecnologias;
- reduzir desperdícios e ineficiências;
- promover e premiar o desenvolvimento de inovação relevante,
- promover o acesso equitativo às tecnologias de saúde.

Em Portugal, infelizmente, continuam a verificar-se atrasos nas avaliações e aprovações das novas terapêuticas no mercado Hospitalar, criando barreiras no acesso rápido a tratamentos inovadores pelo doente oncológico.

Os medicamentos oncológicos têm um tempo até aprovação superior aos restantes medicamentos hospitalares e, de acordo com os dados mais recentes, a média do tempo até aprovação de avaliação prévia era de 24,8 meses (Think Tank, 2014b).

Resumidamente, os processos de financiamento por parte do Estado requerem uma detalhada avaliação farmacoterapêutica e farmacoeconómica de forma a garantir racionalidade na comparticipação e aquisição das tecnologias de saúde. Já a avaliação das tecnologias de saúde é realizada por peritos das áreas farmacêutica, clínica e económica da Direção de Avaliação de Tecnologias de Saúde (DATS) e da Comissão de Avaliação de Tecnologias de Saúde (CATS). Segundo o INFARMED, os processos de avaliação de Tecnologias de saúde passam pelas diversas fases que se podem verificar na fig.4.

Figura 4 – Processo de avaliação de Tecnologias de saúde (adaptado INFARMED, 2020).



V. Conclusão

O número de novos casos de cancro tem aumentado, progressivamente, nos últimos anos e a tendência é para continuar assim, infelizmente, o que conduz a uma necessidade crescente do consumo de medicamentos oncológicos e do seu acesso mais simples por parte dos doentes oncológicos.

De acordo com estas informações aterradoras o acesso ao medicamento torna-se primordial mesmo quando estudos asseveram que as doenças crónicas continuam a ter uma enorme predominância a nível mundial e conseqüentemente a despesa em medicamentos, também, aumenta. Porque, apesar, da prevenção ser essencial para evitar o aparecimento de determinados cancros, existem outros, que estão inerentes ao estilo de vida pouco saudável.

Contudo, da utilização racional dos medicamentos obtém-se melhorias na qualidade de vida dos indivíduos o que leva a um aumento da produtividade e posterior contributo para a economia do país. Pois uma economia estável, também, contribui para a saúde de cada um.

Por estas razões foram desenvolvidas políticas de saúde e medicamentos que apesar de dependerem um pouco da situação socioeconómica têm como principal objetivo a equidade no acesso ao medicamento. Esta equidade implica uma igualdade no acesso, utilização e distribuição em função das necessidades dos seus cidadãos.

O desenvolvimento de uma política sustentável, permite conciliar o rigor orçamental com o acesso à inovação terapêutica, na melhoria da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do setor, designadamente com as farmácias comunitárias, valorizando o seu papel e aproveitando os seus serviços, conjuntamente com as unidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS), bem como no desenvolvimento de modelos de avaliação e contratualização de tecnologias de saúde.

Numa estratégia que integra múltiplas vertentes e cujos principais objetivos são de seguida expostos, bem como as metas e os respetivos indicadores:

- Revisão dos mecanismos de dispensa e de comparticipação de medicamentos, em especial dos doentes crónicos em ambulatório;
- Promoção do aumento da quota de utilização de medicamentos genéricos e biossimilares;
- Plano Hospitalar de Medicamentos;
- Colaboração com a Rede de Cuidados de Saúde Primários;
- Desenvolvimento de modelos de avaliação das tecnologias de saúde;
- Valorização do papel das farmácias comunitárias e aproveitar os seus serviços, em articulação com as unidades do Serviço Nacional de Saúde;
- Incentivar e apoiar a investigação e a produção nacional no setor do medicamento e dos dispositivos médicos;
- Promoção da Transparência.

É de salientar que cabe ao INFARMED, em colaboração com o Ministério da Saúde, a execução destas medidas, bem como assegurarem o acesso ao medicamento por parte de todos os cidadãos, garantir a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos sem descartar a sustentabilidade do SNS através de uma gestão melhor de medicamentos. Esta gestão, sem sombra de dúvidas, tem sido muito positiva. Apesar das dificuldades que o país atravessa a equidade no acesso a medicamentos oncológicos tem sido assegurada.

A lista de medicamentos oncológicos é muito extensa e, através dela, é possível verificar que, atualmente, no mercado Português, estão disponíveis 214 substâncias ativas aprovadas, das quais apenas 162 se encontram comercializadas. Todos os medicamentos oncológicos são sujeitos a receita médica e a sua maioria apenas pode ser dispensada no Hospital. Isto poderá traduzir-se numa barreira no acesso ao medicamento, contudo, há a necessidade de rever o local de dispensa destes medicamentos com o único objetivo de torná-los mais acessíveis aos doentes que não estejam internados. Para tal, um painel de peritos sistematizou os medicamentos que considerava poderem ser dispensados em FO e os que não podiam, indicando para cada medicamento uma justificação.

Apesar de estarmos perante um cenário de crise financeira e ao aumento na despesa em saúde pública que se verificaram nas últimas décadas e devido ao estado de calamidade originada pela atual pandemia (Covid-19), Portugal viu-se obrigado a implementar

medidas para a contenção e redução das despesas. Algumas destas medidas tiveram influência no acesso a medicamentos por parte de alguns grupos socioeconómicos.

A investigação, desenvolvimento e introdução de medicamentos inovadores no nosso sistema de saúde tem desafiado não só a sua sustentabilidade como, também, o acesso a estes produtos inovadores. Estes produtos, embora altamente eficazes são também dispendiosos devido à complexidade terapêutica que acarretam e a utilização de uma série de recursos de saúde.

Posto isto, num período tão delicado não só a nível económico e com escassez de recursos a Farmacoeconomia torna-se numa ferramenta indispensável para os sistemas de saúde, pois permite concluir que inovações contribuem para uma melhoria comparativamente às alternativas já existentes, proporcionando uma utilização mais eficaz dos recursos disponíveis para que se maximize os benefícios em saúde assegurando assim um equilíbrio entre o acesso às inovações terapêuticas, o benefício que resulta do seu uso e impacto que estas causam no orçamento do nosso sistema de saúde.

Os medicamentos oncológicos, principalmente, os inovadores, como já se verificou, pertencem a um grupo de medicamentos muito caro e o problema que aqui se cria é que estes medicamentos, não só têm um preço elevado de tratamento por doente, como também podem abranger um grupo populacional grande o que faz com que seja insustentável a sua introdução no sistema de saúde. Deste modo a iniquidade vai inevitavelmente ampliando, favorecendo, provavelmente, quem tem mais recursos financeiros.

Como já foi referido anteriormente, comportamentos de risco, como, maus hábitos alimentares, sedentarismo, radiação solar, tabagismo, consumo de álcool, etc. estão associados a doenças crónicas e não retirando a importância à inovação farmacológica na melhoria da qualidade de vida, é necessário que seja feita uma nova abordagem ética em que a prevenção do aparecimento de doenças crónicas é fundamental para promover a saúde, incrementar a equidade no acesso à saúde e diminuir os gastos com medicamentos a longo prazo. Através de formação de um conjunto de medidas e políticas intervencionais junto da população, escolas e serviços de saúde, a prevenção evitará a morte prematura,

diminuir o número de doenças crónicas o que acarretará um alívio nos custos financeiros a longo prazo.

Os rastreios oncológicos são um excelente meio de diagnóstico precoce em pessoas que não apresentam sintomas. Tem como objetivo reduzir a mortalidade através de um diagnóstico mais precoce e, em alguns casos, também o número de novos casos de cancro (incidência do cancro). Os programas de rastreio existente em Portugal, para o cancro de mama, colo rectal e colo do útero, ajudam sem dúvida a reduzir a mortalidade, uma vez, que estudos demonstram cada vez mais uma maior adesão.

Relembrando as limitações no acesso à inovação terapêutica em oncologia como: o preço elevado dos medicamentos inovadores, a incapacidade de gerir a entrada de novas tecnologias terapêuticas face ao contexto económico e financeiro do país, a demora na aprovação dos fármacos, estudo de avaliação económica, formulário nacional hospitalar, comissão nacional de farmácia e terapêutica, as barreiras administrativas na aprovação e na implementação dos ensaios clínicos e a ausência de alinhamento consentâneo entre a aprovação da inovação e adequação do financiamento para acomodar a inovação; o estabelecimento de uma política para a captação de ensaios clínicos em Portugal poderá ser uma mais valia.

Não obstante, é bom lembrar que a luta contra o cancro se traduz num trabalho diário e permanente que roga um esforço de pesquisa e reinvenção constantes na busca por novos tratamentos, novos métodos e esperanças renovadas. Óbvio que este trabalho não é possível sem as pessoas certas para o desenvolver. Através do ensino e investigação proporcionados pelas pessoas certas que formam o nosso Instituto Português de Oncologia.

Para terminar, e, fazendo um pequeno à parte, fomos todos apanhados de surpresa como nunca antes na nossa geração, devido à atual pandemia, e Portugal reagiu: os hospitais mudaram, serviços hospitalares completos foram transformados e reinvestidos no tratamento e reforço do combate à pandemia. Recursos humanos desviados para outras áreas ou em paragem forçada. Para evitar o colapso o SNS fechou para tudo não essencial. Serviços mínimos para todo não Covid e não emergente. Tinha que ser feito, e foi feito para bem da proteção de todos. Contudo não nos podemos esquecer que doentes não

Covid acordaram, também, para este novo inimigo. Estudos demonstraram que com esta pandemia muitos casos de cancro ficaram por detetar porque procedimentos de diagnósticos, rastreio, avaliação ou início de novas terapêuticas foram alvo de recomendações por parte de instituições nacionais (DGR, colégios de Especialidade da OM) e internacionais (OMS, associações oncológicas) no sentido de ser adiados ou mesmo evitados. Apesar de tudo hoje existem hospitais, dedicados exclusivamente à Oncologia, que oferecem condições de segurança sanitária que não existiam no início da pandemia. Acredito na segurança dos atos médicos para não temer o recurso aos hospitais, os profissionais de saúde estão todos a dar o seu melhor para todos juntos ultrapassarmos isto.

VI. Referências

Antunes, J. L. (2010) *Investigação Científica e Plano Nacional de Saúde*. [Em Linha]. Disponível em <<http://1nj5ms21i5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/06/Inv.pdf>>. [Consultado a 01/05/2020].

Assembleia da República. (2005) Constituição da República Portuguesa – VII Revisão Constitucional. [Em Linha]. Disponível em <<https://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>>. [Consultado a 19/01/2020].

Barros, P. P. e Gomes, J-P. (2002) *Os sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*, Lisboa, GANEC/Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.

Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto. [Em linha]. Disponível em <http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/035E_DL_176_2006_9ALT.pdf> [Consultado a 14/03/2020].

Despacho n.º 4742/2014, de 2 de abril. Diário da República. N.º 65(2a Série). [Em linha]. Disponível em <<https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/25681511/details/normal?jp=true>>. [Consultado a 14/03/2020].

Decreto-Lei n.º 72/91, de 8 de Fevereiro. Diário da República. No 33(Série I-A).

Direção-Geral da Saúde. [Em linha]. Disponível em <<https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2015-pdf.aspx>>. [Consultado a 14/03/2020].

Furtado, C. e Pereira, J. (2010). Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. [Em linha]. Disponível em <<http://1nj5ms21i5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2010/08/EA1.pdf>>. [Consultado a 19/01/2020].

Giraldes M. R. (2001), —*Equidade em Áreas Socioeconómicas com Impacto na Saúde em Países da União Europeia*], Cadernos de Saúde Pública, vol.17, N.º3, pp.533-544.

Godinho, J. (2016). *Inovação e Equidade no Acesso ao Medicamento*. Porto. Universidade Fernando Pessoa.

INFARMED. (2020). Infomed - Base de dados de medicamentos [Em linha]. Disponível em < <http://app7.infarmed.pt/infomed/>>. [Consultado em 01/12/2019].

INFARMED. (2020). [Em linha]. Disponível em < <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/avaliacao-tecnologias-de-saude>>. [Consultado em 14/05/2020].

Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2016). [Em linha]. Disponível em <<https://www.ligacontracancro.pt/www/uploads/sede/guia-direitos-doente-oncologico-v7-39.pdf>>. [Consultado em 01/12/2019].

Liga Portuguesa contra o Cancro. (2020). [Em linha]. Disponível em <<https://www.ligacontracancro.pt/>>. [Consultado em 01/12/2019].

Mapa Terapêutico. (2020). [Em linha]. Disponível em <<https://mapaterapeutico.pt/content/classificacao-farmacoterapeutica>>. [Consultado em 17/03/2020].

Observador- jornal eletrónico português. (2019). Cancro: os números que já são uma realidade. [Em linha]. Disponível em <<https://observador.pt/2019/05/14/cancro-os-numeros-que-ja-sao-uma-realidade/>>. [Consultado em 01/12/2019].

Oliveira, S. (2018). *Identificação de critérios de seleção para a dispensa de medicamentos oncológicas em farmácia de oficina*. Coimbra. Universidade de Coimbra.

Plano Nacional de Saúde. [Em linha]. Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2011/03/OSS2_20-06-2011.pdf>. [Consultado em 01/12/2019].

Portal da Saúde. (2011). Lei nº48/90 - *Lei de Bases da Saúde*. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>>. [Consultado a 02/02/2020].

Presidência do Conselho de Ministros. (2011). *Programa XIX do Governo Constitucional*. [Em linha]. Disponível em <http://.portugal.gov.pt/media/130538/programa_gc19.pdf>. [Consultado a 02/02/2020].

SIC Notícias. [Em linha]. Disponível em <<https://sicnoticias.pt/tenho-cancro-e-depois/e-depois/noticias/2019-08-19-Deixar-tudo-para-ter-acesso-a-saude>>. [Consultado em 15/03/2020].

Sistema Nacional de Saúde 24. [Em linha]. Disponível em <<https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-oncologicas/rastreios-oncologicos/>>. [Consultado a 16/03/2020]

Think Tank INOVAR SAÚDE. (2014a) *Pensar a Saúde: Promover e Disciplinar a Inovação aos Cidadãos*. [Em linha]. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/ensp/paginas_noticias/relatorio_inovar-saude_2014_v2.pdf>. [Consultado a 01/05/2020].

Think Tank INOVAR SAÚDE. (2014b) *Pensar a Saúde: Acesso do Cidadão à Inovação Terapêutica – Oncologia*. [Em linha]. Disponível em <http://www.inovarnasaude.pt/wp-content/uploads/2014/12/relatorio_inovar-saude_2014_v2.pdf>. [Consultado a 01/05/2020].

Walley, T., Haycox, A., Boland, A. (2004) *Pharmacoeconomics*. Londres. Churchill Livingstone.

World Health Organization. [Em linha]. Disponível em <https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1>. [Consultado a 16/03/2020].

Anexos

- **ARS Norte**

Anexo 1 – Taxas de adesão do rastreio cancro da mama 2014 da ARS Norte/ ACES (Retirado da Direção-Geral da Saúde, 2015).

ACES	Nº Mulheres Rastreadas do ACES	Nº Mulheres Convidadas do ACES	Taxa de Adesão
Taxa Adesão do ACES Alto Tâmega e Barroso	8.612	11.597	74,3%
Taxa Adesão do ACES Aveiro Norte	9.658	13.177	73,3%
Taxa Adesão do ACES Baixo Tâmega	5.725	7.351	77,9%
Taxa Adesão do ACES Barcelos Esposende	3.229	5.879	54,9%
Taxa Adesão do ACES Braga	8.839	11.959	73,9%
Taxa Adesão do ACES Douro Sul	7.247	9.421	76,9%
Taxa Adesão do ACES Gaia e Espinho Gaia	5.461	18.812	29,0%
Taxa Adesão do ACES Feira Arouca	9.349	17.693	52,8%
Taxa Adesão do ACES Gerês Cabreira	4.737	7.865	60,2%
Taxa Adesão do ACES Gondomar	6.789	12.210	55,6%
Taxa Adesão do ACES Guimarães Vizela e Terras de Basto	9.583	15.121	63,4%
Taxa Adesão do ACES Maia Valongo	1.149	3.656	31,4%
Taxa Adesão ULS Nordeste	10.087	12.724	79,3%
Taxa Adesão do ACES Porto Ocidental e Porto Oriental	12.272	21.590	56,8%
Taxa Adesão do ULS Alto Minho	9.836	12.618	78,0%
Taxa Adesão do ULS Matosinhos	7.508	23.966	73,3%
Taxa Adesão do ACES Vale Sousa Sul	0	0	0,0%

Fonte: ARS Norte

Anexo 2 – Taxas de adesão do rastreio cancro do colo do útero 2014 da ARS Norte/ ACES (Retirado da Direção-Geral da Saúde, 2015).

ACES	Nº Mulheres Rastreadas do ACES	Nº Mulheres Convidadas do ACES	Taxa de Adesão
Taxa Adesão do ACES Aveiro Norte	1.966	2.623	75,0%
Taxa Adesão do ACES Baixo Tâmega	520	590	88,1%
Taxa Adesão do ACES Douro Sul	1.681	2.344	71,7%
Taxa Adesão do ACES Feira Arouca	1.950	2.327	83,8%
Taxa Adesão do ACES Maia Valongo	1.531	1.829	83,7%
Taxa Adesão do ACES Porto Oriental	1.387	1.591	87,2%
Taxa Adesão do ULS Alto Minho	6.011	7.256	82,8%
Taxa Adesão do ULS Nordeste	1.492	2.201	67,8%
Taxa Adesão do ACES Vale Sousa Sul	329	427	77,0%

Fonte: ARS Norte

- **ARS Centro**

Anexo 3 – Taxas de adesão do rastreio cancro da mama 2014 da ARS Centro/ ACES (Retirado da Direção-Geral da Saúde, 2015).

ACES	Nº Mulheres Rastreadas do ACES	Nº Mulheres Convidadas do ACES	Taxa de Adesão
Taxa Adesão ACES Baixo Mondego	17.195	31.273	55,0%
Taxa Adesão ACES Baixo Vouga	24.718	35.685	69,3%
Taxa Adesão ACES Dão Lafões	10.816	16.879	64,1%
Taxa Adesão do ACES Pinhal Interior Norte	9.581	14.267	67,2%
Taxa Adesão do ACES Pinhal Litoral	2.035	5.326	38,2%
Taxa Adesão ULS Castelo Branco	6.116	8.939	68,4%
Taxa Adesão ACES Cova Beira	689	2.420	28,5%
Taxa Adesão ULS Guarda	9.908	13.661	72,5%

Fonte: ARS Centro

Anexo 4 – Taxas de adesão do rastreio do cancro do colo do útero 2014 da ARS Centro/ ACES (Retirado da Direção-Geral da Saúde, 2015).

ACES	Nº Mulheres Rastreadas do ACES	Nº Mulheres Convidadas do ACES	Taxa de Adesão
Taxa Adesão ACES Baixo Mondego	14.954	33.907	44,1%
Taxa Adesão ACES Baixo Vouga	15.930	33.740	47,2%
Taxa Adesão ACES Dão Lafões	11.881	23.219	51,2%
Taxa Adesão do ACES Pinhal Interior Norte	3.470	10.799	32,1%
Taxa Adesão do ACES Pinhal Litoral	8.540	23.894	35,7%
Taxa Adesão ULS Castelo Branco	3.947	7.889	50,0%
Taxa Adesão ACES Cova Beira	3.795	7.147	53,1%
Taxa Adesão ULS Guarda	6.957	12.944	53,7%

Fonte: ARS Centro

Anexo 5 – Taxas de adesão do rastreio do cancro do cólon e reto 2014 da ARS Centro/ ACES (Retirado da Direção-Geral da Saúde, 2015).

ACES	Nº Utentes Rastreados do ACES	Nº Utentes Convidados do ACES	Taxa de Adesão
Taxa Adesão ACES Baixo Mondego	563	967	58,2%
Taxa Adesão ACES Dão Lafões	5.580	9.463	59,0%
Taxa Adesão do ACES Pinhal Interior Norte	1.715	3.163	54,2%
Taxa Adesão do ACES Pinhal Litoral	3.907	7.896	49,5%

Fonte: ARS Centro

- **ARS de Lisboa e Vale do Tejo**

Anexo 6 – Taxas de adesão do rastreio do cancro do cólon e reto 2014 da ARS LVT/ ACES (Retirado da Direção-Geral da Saúde, 2015).

ACES	Nº Mulheres Rastreadas do ACES	Nº Mulheres Convidadas do ACES	Taxa de Adesão
Taxa Adesão do ACES Lezíria	7.026	15.357	45,8%
Taxa Adesão do ACES Médio Tejo	7.312	12.411	58,9%
Taxa Adesão do Oeste Norte	7.308	13.819	52,9%
Taxa Adesão do Estuário Tejo	964	3.245	29,7%

Fonte: ARS LVT

- **ARS Alentejo**

Anexo 7 – Taxas de adesão do rastreio do cancro da mama 2014 da ARS Alentejo/ ACES (Retirado da Direção-Geral da Saúde, 2015).

ACES	Nº Mulheres Rastreadas do ACES	Nº Mulheres Convidadas do ACES	Taxa de Adesão
Taxa Adesão ACES Alentejo Central	8.812	13.654	64,5%
Taxa Adesão ACES Alentejo Litoral	5.665	9.515	59,5%
Taxa Adesão ACES Baixo Alentejo	3.971	6.209	64,0%
Taxa Adesão do ACES Norte Alentejano	8.511	11.491	74,1%

Fonte: ARS Alentejo

Anexo 8 – Taxas de adesão do rastreio do cancro colo do útero 2014 da ARS Alentejo/ ACES (Retirado da Direção-Geral da Saúde, 2015).

ACES	Nº Mulheres Rastreadas do ACES	Nº Mulheres Convidadas do ACES	Taxa de Adesão
Taxa Adesão ACES Alentejo Central	5.308	7.517	70,6%
Taxa Adesão ACES Alentejo Litoral	2.161	4.648	46,5%
Taxa Adesão ACES Baixo Alentejo	3.342	4.443	75,2%
Taxa Adesão do ACES Norte Alentejano	3.281	5.295	62,0%

Fonte: ARS Alentejo

Anexo 9 – Taxas de adesão do rastreio do cancro cólon e reto 2014 da ARS Alentejo/ ACES (Retirado da Direção-Geral da Saúde, 2015).

ACES	Nº Utentes Rastreados do ACES	Nº Utentes Convidados do ACES	Taxa de Adesão
Taxa Adesão ACES Alentejo Central	698	1.078	64,7%

Fonte: ARS Alentejo

- **ARS Algarve**

Anexo 10 – Taxas de adesão do rastreio do cancro da mama 2014 da ARS Algarve/ ACES (Retirado da Direção-Geral da Saúde, 2015).

ACES	Nº Mulheres Rastreadas do ACES	Nº Mulheres Convidadas do ACES	Taxa de Adesão
Taxa Adesão ACES Central	7.317	11.712	62,5%
Taxa Adesão ACES Barlavento	3.745	5.634	66,5%
Taxa Adesão ACES Sotavento	4.415	6.145	71,8%

Fonte: ARS Algarve

Anexo 11 – Taxas de adesão do rastreio do cancro do colo do útero 2014 da ARS Algarve/ ACES (Retirado da Direção-Geral da Saúde, 2015).

ACES	Nº Mulheres Rastreadas do ACES	Nº Mulheres Convidadas do ACES	Taxa de Adesão
Taxa Adesão ACES Central	1.343	1.892	71,0%
Taxa Adesão ACES Barlavento	515	1.197	43,0%
Taxa Adesão ACES Sotavento	97	100	97,0%

Fonte: ARS Algarve