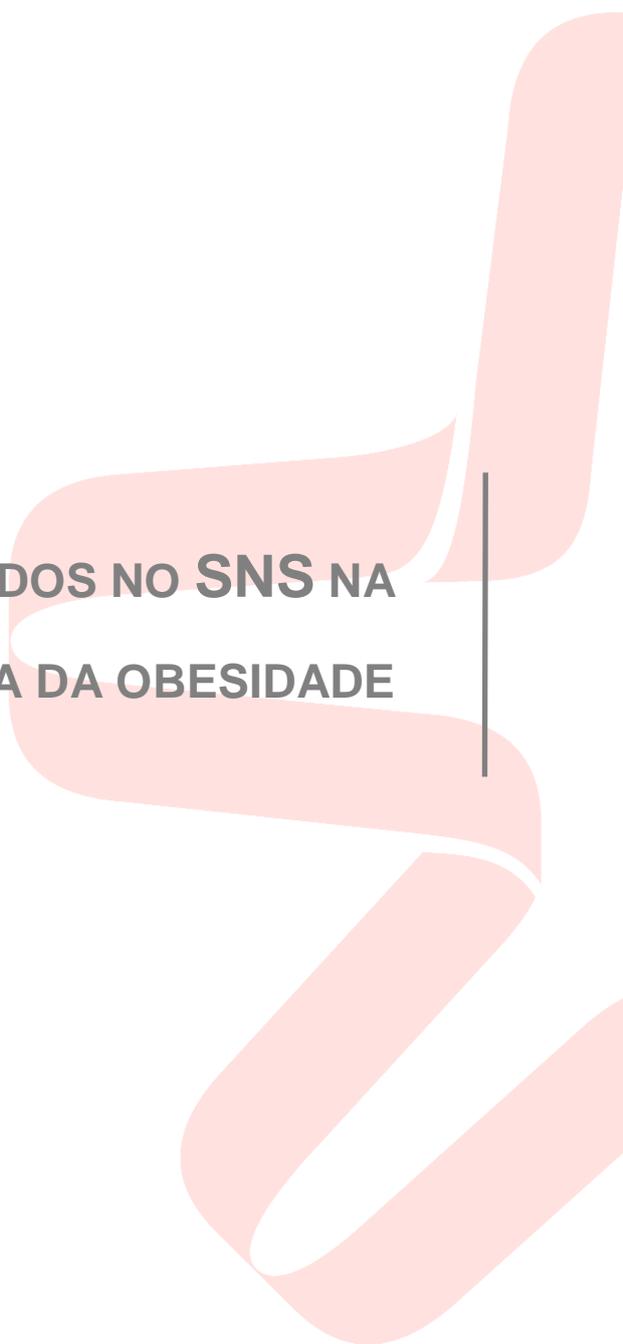




ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



CUIDADOS DE SAÚDE PRESTADOS NO SNS NA ÁREA DA OBESIDADE



FEVEREIRO DE 2019

Ficha Técnica

Título: Cuidados de saúde prestados no SNS na área da obesidade

Editor: Entidade Reguladora da Saúde

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100-455 Porto

e-mail: geral@ers.pt | telef.: 222 092 350 | fax: 222 092 351 | website: www.ers.pt

Ano: 2019

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2019

A reprodução de partes do conteúdo deste documento é autorizada, exceto para fins comerciais, desde que mencionando a ERS como autora, o título do documento, o ano de publicação e a referência "Porto, Portugal".

Na execução deste documento foi atendida a privacidade dos titulares de dados pessoais. O tratamento destes dados cumpriu as normas relativas à sua proteção, nomeadamente as constantes do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).

Índice

1. Introdução.....	1
2. Dificuldades de acesso a tratamentos de obesidade	5
3. Caracterização da oferta.....	8
3.1. O papel dos cuidados de saúde primários na prevenção	8
3.2. Oferta hospitalar.....	12
4. Caracterização da procura potencial e efetiva	18
4.1. Procura potencial	18
4.2. Procura efetiva	26
5. Confronto entre a procura e a oferta de tratamentos de obesidade	30
5.1. Tempos de espera para acesso	30
5.2. Proximidade e capacidade da oferta face à procura.....	36
6. Conclusões.....	43

Índice de Abreviaturas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

Adexo – Associação de Doentes Obesos e Ex-obesos de Portugal

ARS – Administração Regional de Saúde

CEDO – Centros de Elevada Diferenciação em Obesidade

COSI – *Childhood Obesity Surveillance Initiative*

CTCO – Centro de Tratamento Cirúrgico de Obesidade

DGS – Direção-Geral da Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

LIC – Lista de inscritos para cirurgia

NT – Nota de transferência

OMS – Organização Mundial de Saúde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PTCO – Programa de tratamento cirúrgico da obesidade

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantido

UE – União Europeia

UTCO – Unidades de tratamento cirúrgico de obesidade

VC – Vale cirurgia

1. Introdução

O excesso de peso e a obesidade são fatores de risco para várias doenças crónicas, incluindo diabetes e cancro, estimando-se que, em 2015, índices de massa corporal elevados tenham sido responsáveis por aproximadamente 4 milhões de mortes em todo o mundo (OCDE, 2017¹). Este problema de saúde assume acrescida importância pelo aumento significativo da sua prevalência nas últimas décadas (OCDE, 2017²), com aumentos superiores a 25% entre 1990 e 2015 e, conseqüentemente, originando aumentos consideráveis nos anos de vida perdidos por morte prematura e por doença/incapacidade, medidos em DALYS (*Disability Adjusted Life Years*) (Forouzanfar, M. et al., 2016)³.

A par da obesidade na idade adulta, a obesidade infantil tem sido um dos mais importantes desafios de saúde pública, não só pelas suas consequências na saúde física e mental das crianças, mas também porque crianças com obesidade têm uma elevada probabilidade de serem obesas na idade adulta e um risco acrescido de padecer de doenças crónicas (OMS, 2016⁴). Em 2014 foi estimado que cerca de 41 milhões de crianças no mundo com menos de 5 anos tinham excesso de peso ou obesidade (OMS, 2016).

Segundo dados do último inquérito nacional de saúde, promovido em Portugal pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2014, mais de metade da população com 18 ou mais anos tinha excesso de peso (definido como um índice de massa corporal (IMC) de 25 ou mais kg/m²), e destes, 1,4 milhões estavam em situação de obesidade (IMC maior ou igual a 30 kg/m²) (INE, 2014⁵). Em Portugal, à semelhança dos indicadores a nível mundial, foi registado um aumento da prevalência de excesso de peso na idade adulta, por comparação com os resultados do inquérito realizado em

¹ OCDE (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Disponível em http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

² OCDE (2017). *Obesity Update*. Paris: OECD Publishing. Disponível em <http://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>.

³ Forouzanfar, M.H. et al. (2016). Global, Regional, and National Comparative Risk Assessment of 79 Behavioural, Environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of Risks, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388, 1659-1724.

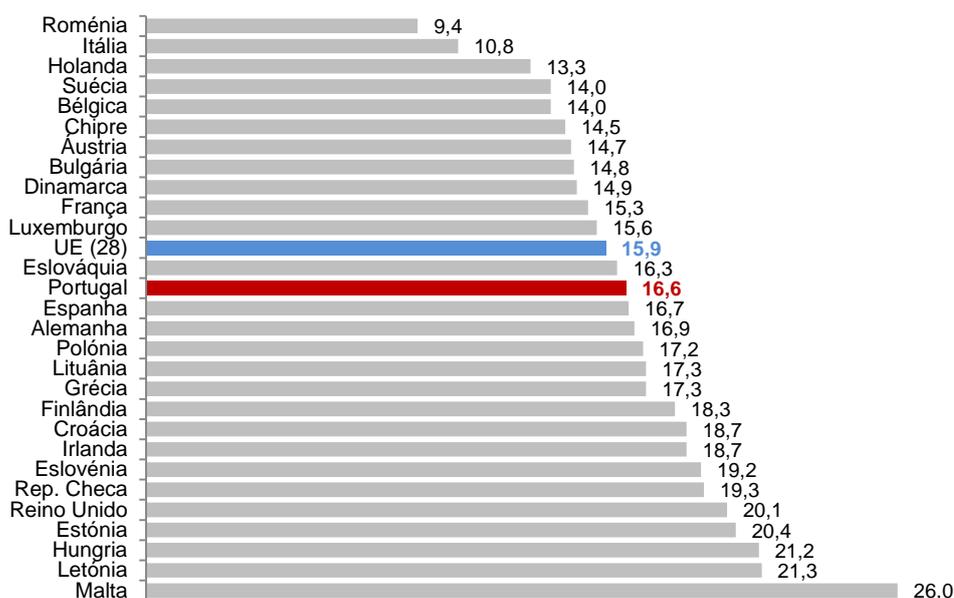
⁴ OMS (2016). *Report of the commission on ending childhood obesity*. Geneva: OMS.

⁵ INE (2014). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: INE.

2005/2006, de 51% para 53%, e um aumento de 1,2 p.p. na percentagem de pessoas com obesidade (INE, 2014⁶).

Num contexto regional mais alargado, verifica-se que Portugal apresenta uma percentagem de população com obesidade ligeiramente superior à média da União Europeia (UE), sendo certo que mais de metade dos países têm maior percentagem do que a de Portugal (figura 1).

Figura 1 – População com obesidade na UE (%), 2014

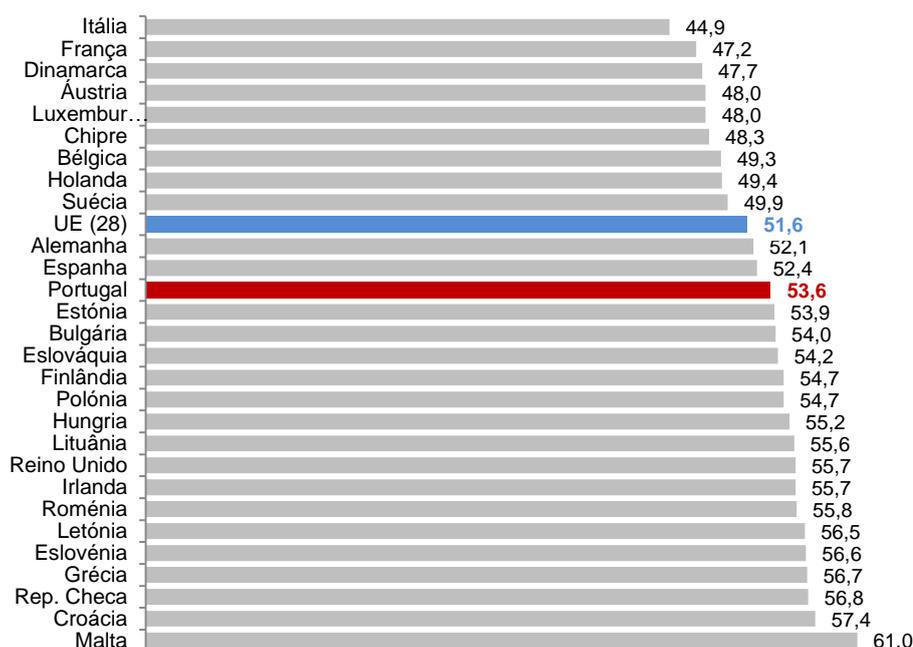


Fonte: Elaboração própria com base em dados do Eurostat (2018).

Se considerada toda a população com excesso de peso (que inclui a população com obesidade), Portugal encontra-se, igualmente, um pouco acima da média da UE, com uma percentagem inferior a 16 países (figura 2).

⁶ INE (2014). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: INE.

Figura 2 – População com excesso de peso na UE (%), 2014



Fonte: Elaboração própria com base em dados do Eurostat (2018).

A obesidade infantil é também uma causa de preocupação em Portugal, encontrando-se a ser monitorizada recorrentemente no âmbito do *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) Portugal, um sistema de vigilância nutricional infantil integrado no estudo da OMS com o mesmo nome, que produz dados comparáveis entre países da Europa⁷. De acordo com os resultados desse sistema mais de 35% das crianças com idades entre os seis e os oito anos tinham índice de massa corporal elevado para a idade e mais de 14% eram obesas, em 2010 (Rito et al., 2012⁸). Um estudo semelhante com dados de 2016 identificou, porém, uma tendência de decréscimo, com cerca de 31% de crianças naquela faixa etária com excesso de peso e 11,7% com obesidade (Rito et al., 2017⁹).

Para além do impacto direto na saúde da população, com o correspondente aumento da procura de cuidados associados e da pressão sobre o Serviço Nacional de Saúde (SNS), o excesso de peso e obesidade apresentam custos diretos e indiretos

⁷ O COSI Portugal é coordenado cientificamente e conduzido pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) em articulação com a DGS, e com apoio técnico e científico do Centro de Estudos e Investigação em Dinâmicas Sociais e Saúde.

⁸ Rito, A., Paixão, E., Carvalho, M., Ramos, C. (2012). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Disponível em <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1109>.

⁹ Rito, A., Sousa, R., Mendes, S., Graça, P. (2017). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Disponível em http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4857/8/COSI%202016_V2_fev2018.pdf.

(Camolas, et al., 2017¹⁰). Os custos diretos da obesidade estão relacionados com o tratamento das doenças associadas, enquanto os custos indiretos incluem designadamente perdas de produção associadas à doença ou morte prematura e perda de tempo de lazer das pessoas que prestam assistência à pessoa doente (Barros, 2009¹¹); ou seja os custos decorrentes da obesidade não se circunscrevem aos gastos diretos com a doença, mas afetam outras áreas da economia, designadamente o mercado de trabalho (Devaux and Sassi, 2015¹²). Em 2002, estimava-se que os custos diretos e indiretos da obesidade em Portugal ascendiam a cerca de 500 milhões de euros (Pereira e Mateus, 2003¹³).

A crescente preocupação com a obesidade, e a necessidade de adoção de hábitos de alimentação saudáveis para prevenção deste problema encontra-se patente na definição de políticas tanto ao nível internacional (OMS, 2016¹⁴, OCDE, 2017¹⁵), como nacional, com destaque em Portugal para o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) da Direção-Geral da Saúde (DGS) atualmente em vigor (DGS, 2017¹⁶).

Em paralelo com as políticas de prevenção primária, através do incentivo à adoção de estilos de vida mais saudáveis, importa também avaliar se, uma vez identificado o problema, os utentes têm acesso aos cuidados de saúde necessários para o tratamento da obesidade, com o intuito de reduzir a prevalência das doenças que lhe estão associadas e garantir uma melhor qualidade de vida dos utentes.

Ora, importa realçar que, no âmbito da monitorização levada a cabo em 2018 aos tempos de espera para atendimento nos estabelecimentos do SNS, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) constatou que o tratamento da obesidade é a área com a

¹⁰ Camolas, J., Gregório, M., Sousa, S., Graça, P. (2017). *Obesidade: otimização da abordagem terapêutica no serviço nacional de saúde, 2017*. Lisboa: DGS.

¹¹ Barros, P.P. (2003). Estilos de Vida E Estado de Saúde: Uma Estimativa Da Função de Produção de Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, 7–17.

¹² Devaux, M. and F. Sassi (2015). The Labour Market Impacts of Obesity, Smoking, Alcohol Use and Related Chronic Diseases. *OECD Health Working Papers*, No. 86. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1787/5jrqn5fpv0v-en>.

¹³ Pereira J, Mateus C. (2003). Custos indirectos associados à obesidade em Portugal [Indirect costs associated with obesity in Portugal]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, 65–80.

¹⁴ OMS (2016). *Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases*. Geneva: OMS.

¹⁵ OCDE (2017). *Obesity update*. Disponível em www.oecd.org/health/obesity-update.htm.

¹⁶ DGS (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2017*. Lisboa: DGS.

maior taxa de incumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG), tanto para primeira consulta de especialidade como para cirurgia programada.¹⁷

Com o presente estudo pretende-se analisar a oferta de cuidados de saúde na área da obesidade no SNS, em confronto com a procura, e identificar eventuais problemas no acesso a esses cuidados que possam decorrer do desfasamento entre procura e oferta. Em concreto, são considerados os utentes com diagnóstico de obesidade que cumprem os critérios para tratamento cirúrgico da obesidade em hospitais do SNS.

2. Dificuldades de acesso a tratamentos de obesidade

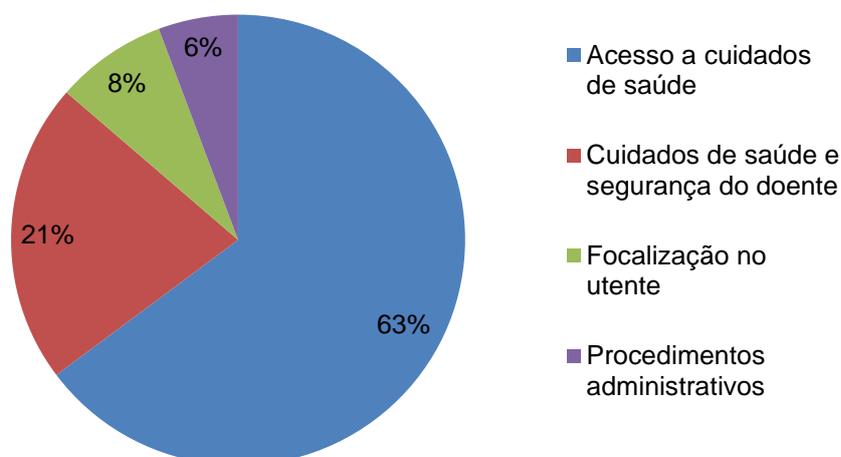
O presente estudo enquadra-se no acompanhamento que tem vindo a ser desenvolvido pela ERS nesta matéria, nomeadamente por via da monitorização aos tempos de espera no SNS, e da análise das queixas e reclamações dos utentes do sistema de saúde, e decorreu da necessidade de uma análise mais abrangente ao universo dos estabelecimentos prestadores de cuidados na área da obesidade.

Entre 2015 e maio de 2018, a ERS recebeu e analisou 88 reclamações de utentes de serviços de saúde relativas à área da obesidade, inclusivamente relacionadas com a realização de cirurgia bariátrica. Embora este volume seja pouco significativo no total de reclamações rececionadas pela ERS, a sua análise permite a identificação de problemas sentidos pelos utentes que procuram este tipo de cuidados.

Com efeito, é possível verificar que as reclamações relativas a esta matéria versaram maioritariamente sobre o acesso aos cuidados de saúde (63%), como se apresenta na figura 3. Considerando os subtemas incluídos em cada assunto, os principais problemas identificados relacionavam-se com a resposta atempada.

¹⁷ Os TMRG em vigor foram fixados pela Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio.

Figura 3 – Principais assuntos das reclamações na área da obesidade (%)



Os principais assuntos que motivaram uma análise mais aprofundada¹⁸ encontram-se relacionados com o agendamento de primeira consulta de avaliação multidisciplinar de tratamento de obesidade e com a realização de cirurgia bariátrica no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias (SIGIC). Concretamente, das situações analisadas resultou evidência de dificuldades de acesso em tempo útil, em desrespeito do TMRG legalmente previsto na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio.

Ora, considerando que a ERS se encontra a acompanhar o cumprimento dos TMRG nos cuidados hospitalares no âmbito de um processo de monitorização, sendo o cumprimento do TMRG de acesso a primeira consulta de especialidade uma das questões focadas, essas exposições foram devidamente acompanhadas nesse âmbito.

Por outro lado, no caso dos cuidados cirúrgicos na área da obesidade, a demora no acesso surge em dois momentos: tempo até à inscrição em lista de inscritos para cirurgia (LIC) bariátrica (após ter sido identificada a necessidade de realização da cirurgia); e tempo até à realização da cirurgia bariátrica. Adicionalmente, foram também identificados constrangimentos na emissão do vale cirurgia pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), no prazo legalmente estabelecido, o que impossibilitou a realização da cirurgia noutra estabelecimento, para garantia do cumprimento do TMRG no âmbito do programa SIGIC.

¹⁸ Análise em sede de processos de inquérito e de monitorização.

Não obstante terem sido adotadas as diligências necessárias à resolução das situações concretas dos utentes, a ERS emitiu instruções aos prestadores visados no sentido de:

- (i) Garantir, sempre e em qualquer momento, a adoção de todos os comportamentos tendentes ao rigoroso e cabal cumprimento de todas as regras estabelecidas no quadro legal relativo aos Tempos Máximos de Resposta Garantidos, e que o atendimento dos utentes se processe dentro do estrito cumprimento das regras de funcionamento do programa SIGIC, assegurando a efetiva implementação de mecanismos de controlo e monitorização da evolução de inscritos para cirurgia;
- (ii) Garantir que todo e qualquer procedimento por si adotado seja capaz de promover a informação completa, verdadeira e inteligível, com antecedência, rigor e transparência a todos os utentes, sobre todos os aspetos relativos ao acompanhamento e alternativas existentes no SNS para garantia de um acesso adaptado à sua condição clínica, com clara explicitação do papel que compete a cada estabelecimento prestador na rede nacional de prestação de cuidados de saúde.

Estas constatações vão no mesmo sentido dos problemas que foram transmitidos à ERS pela Associação de Doentes Obesos e Ex-obesos de Portugal (Adexo)¹⁹. Em concreto, a associação destacou os seguintes fatores como os maiores causadores de dificuldades no acesso a cuidados de saúde para o tratamento da obesidade:

- Dificuldade de marcação de primeira consulta hospitalar, e das consultas com as várias especialidades que compõem a equipa multidisciplinar, sem as quais não se desencadeia o processo de inscrição em lista de inscritos para cirurgias;
- Carência de alternativas para recurso a unidades com convenção com o SNS para a realização de cirurgias;
- Escassez de recursos humanos nos hospitais do SNS;
- Rigidez dos procedimentos associados à atribuição de financiamento aos hospitais para realização de cirurgias na área da obesidade, o que pode desincentivar a sua realização.

¹⁹ A ERS realizou uma reunião com a Adexo em 29 de maio de 2018 no sentido de auscultar esta associação relativamente aos principais problemas e dificuldades reportados pelos seus associados no âmbito dos cuidados de saúde na área da obesidade. Alguns destes problemas são focados em maior detalhe ao longo do presente estudo.

3. Caracterização da oferta

Neste capítulo é apresentada a oferta de cuidados de saúde no SNS na área da obesidade. Não obstante o foco central do estudo ser o acesso a cuidados hospitalares no SNS, é também apresentada, num primeiro momento, uma súmula dos procedimentos de acesso e acompanhamento de utentes potencialmente obesos nos cuidados de saúde primários, enquanto principal via de entrada no SNS.

3.1. O papel dos cuidados de saúde primários na prevenção

Ao considerar a oferta de cuidados de saúde na área da obesidade não se pode olvidar que até ao momento da eventual constatação da necessidade de realização de uma cirurgia existiu todo um processo de seguimento do utente que, esgotadas todas as alternativas de prevenção e terapêutica intermédia, culminou na necessidade de acesso a cirurgia. Neste sentido, a assistência prestada na área da obesidade não se circunscreve ao acesso a cirurgia bariátrica e o acesso a consulta multidisciplinar hospitalar que a precede.

Em concreto, nos cuidados prestados no SNS encontra-se prevista uma abordagem integrada ao problema da obesidade, que prevê a sinalização precoce da sua eventual ocorrência, e um acompanhamento dos utentes desde os cuidados de saúde primários. Importa, por isso, apresentar o contexto que antecede à efetiva sinalização do utente para a realização de uma consulta multidisciplinar nos cuidados de saúde hospitalares, sendo certo que alguns utentes podem ser eficazmente tratados nos cuidados de saúde primários, sem recurso a intervenção cirúrgica.

Em 2012, através do Despacho n.º 404/2012 de 3 de janeiro de 2012, foi criado o PNPAS, figurando como um dos oito programas prioritários a desenvolver pela DGS, tendo por base as orientações propostas pela OMS, com cinco objetivos gerais:

1. Aumentar a informação de qualidade e a recolha de dados alimentares;
2. Contribuir para modificar a disponibilidade alimentar, influenciando o meio ambiente;
3. Informar e capacitar o cidadão para as escolhas alimentares saudáveis;
4. Promover parcerias e projetos, promovendo o trabalho intersectorial;

5. Melhorar a qualificação e o modo de atuação dos diversos profissionais que pela sua atuação possam influenciar consumos alimentares.

A prevenção da obesidade passa pela procura de sinergias entre diferentes áreas, como a saúde e a educação, das quais se destaca, designadamente, a colaboração entre as ARS, agrupamentos de centros de saúde (ACES), as câmaras municipais e os agrupamentos de escolas, com o intuito de reduzir a prevalência da obesidade infantil. No âmbito do PNPAS, foi desenvolvido o projeto Mapeamento e Divulgação de Boas Práticas em Projetos de Intervenção Comunitária (MAPICO), na área da prevenção da obesidade e na diminuição da prevalência da pré-obesidade e obesidade infantil em Portugal, cujo elenco se encontra disponível no *website* da DGS²⁰.

No âmbito da prestação de cuidados de saúde nas instituições do SNS é também dado foco à prevenção e à deteção precoce do excesso de peso, designadamente através do Processo Assistencial Integrado da Pré-obesidade²¹ (PAI Pré-obesidade), que pretende contribuir para limitar a progressão dos indivíduos para estados mais graves de excesso de peso, reduzindo a incidência de comorbilidades e a mortalidade precoce, traduzindo-se numa redução global dos custos em saúde²².

O PAI Pré-obesidade²³ prevê uma articulação entre os diversos níveis de cuidados²⁴, com centralidade no utente com diagnóstico de pré-obesidade, de acordo com o fluxo previamente definido, que prevê o atendimento em consulta de avaliação e monitorização nos cuidados de saúde primários. No âmbito do PAI Pré-obesidade é avaliada a disponibilidade do utente para a mudança, com uma importante componente informativa sobre os riscos associados à pré-obesidade, e elaborado um plano individual de cuidados, com prestação de informação/formação ao utente, ou familiar, sobre esse plano, que prevê a realização de consultas de acompanhamento pelo médico ou enfermeiro de família. Nas consultas de avaliação e acompanhamento o médico ou enfermeiro de família procede à reavaliação dos parâmetros

²⁰ <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/projetos/?pag=2&search=&a-z=®ion=&topics=>

²¹ Definida como Índice de Massa Corporal entre 25,0 e 29,9kg/m²; e 2. Perímetro da cintura superior a metade da estatura (perímetro da cintura / estatura > 0,5).

²² Camolas, J., Gregório, M., Sousa, S., Graça, P. (2017). *Obesidade: otimização da abordagem terapêutica no Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: DGS.

²³ DGS (2014). *Processo assistencial integrado da pré-obesidade no adulto*. Lisboa, DGS.

²⁴ O PAI Pré-Obesidade prevê a articulação entre cuidados de saúde primários, hospitalares e com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com o intuito de garantir a continuidade de cuidados aos utentes com pré-obesidade que estejam integrados naquela rede, no âmbito dos cuidados alimentares e de atividade física adequada.

antropométricos (peso, estatura e perímetro da cintura), ajustando o plano de acordo com os resultados obtidos. Se em qualquer das consultas de avaliação e acompanhamento a partir dos 6 meses for observado um aumento do IMC e/ou perímetro da cintura o utente deve ser referenciado para a consulta de nutrição e consulta de psicologia, a realizar no prazo máximo de 60 dias. Caso contrário, se ao longo das consultas de avaliação houver manutenção ou perda de peso, o resultado do seu plano é avaliado aos 24 meses, e nessa sequência é referenciado à consulta de nutrição e/ou psicologia se não reunir os critérios para sucesso terapêutico. Quando sinalizado para consulta de nutrição ou psicologia, estes profissionais de saúde garantem a continuidade dos cuidados iniciados pelo médico ou enfermeiro de família.

Da descrição dos cuidados prestados no PAI Pré-obesidade resulta que o papel dos cuidados de saúde primários é fundamental para reduzir a prevalência de obesidade e garantir cuidados de maior proximidade aos utentes, com a devida articulação com os cuidados de saúde hospitalares, quando a situação terapêutica assim o exija. A importância dos cuidados de saúde primários na prevenção da obesidade surge patente no procedimento instituído no PAI Pré-obesidade em que, no caso de avaliação de pessoa adulta com pré-obesidade ser realizada nos cuidados hospitalares o utente deve preferencialmente ser encaminhado para os cuidados de saúde primários. Por outro lado, mesmo quando é verificada a necessidade de referenciar o utente para unidades de cuidados de saúde hospitalares, está previsto que o médico de família ou enfermeiro de família recebam informação clínica de retorno, designadamente sobre o plano de cuidados subsequentes.

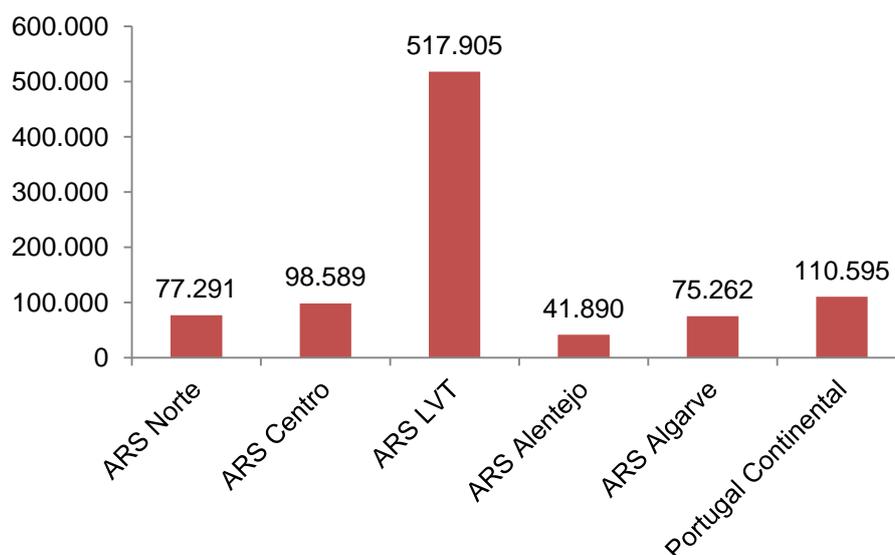
Nesse sentido, é necessário que, por um lado, os cuidados de saúde primários estejam dotados de recursos humanos que permitam a efetiva implementação do programa, reduzindo assim a pressão sobre os cuidados de saúde hospitalares e, por outro lado, que os cuidados de saúde hospitalares tenham capacidade para garantir o acesso a consultas, cirurgias e seguimento aos utentes com obesidade.

A importância dos nutricionistas no quadro do SNS, tanto nos cuidados de saúde primários como hospitalares, foi reforçada pelo Despacho n.º 6556/2018, de 25 de junho, publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 127, de 4 de julho. Em concreto, este diploma refere que a “Nutrição assume-se como área cuja valorização trará ganhos consideráveis em saúde aos cidadãos” e prevê que “O modelo de organização e funcionamento da Nutrição em núcleos/unidades/serviços de Nutrição no Serviço Nacional de Saúde (SNS) deve basear-se no princípio da autonomia científica, técnica

e funcional e na colaboração interdisciplinar e interprofissional centrada no utente e no âmbito do trabalho em equipa, assente num modelo de integração de cuidados, que sustenta a prestação dos melhores cuidados de saúde às populações”.

Com base num recente estudo, com dados recolhidos junto das ARS sobre os cuidados primários (Ferreira et al., 2017)²⁵, foi possível calcular o rácio de número de utentes por nutricionistas e rácio de utentes com obesidade por nutricionistas. Na figura 4 apresenta-se o rácio de utentes por nutricionista dos ACES, de onde se retira que a ARS Lisboa e Vale do Tejo está em pior situação comparativa, com cerca de 517.905 utentes por nutricionista, enquanto a ARS Alentejo tem o menor número de utentes por nutricionista. Destaca-se ainda as conclusões do referido estudo, segundo as quais 15 dos ACES em Portugal continental não tinham, à data do referido estudo, nenhum nutricionista, 12 dos quais na ARS Lisboa e Vale do Tejo e três na ARS Norte (Ferreira et al., 2017).

Figura 4 – Rácio utentes por nutricionista dos ACES, em 2016



Fonte: Ferreira et al. (2017).

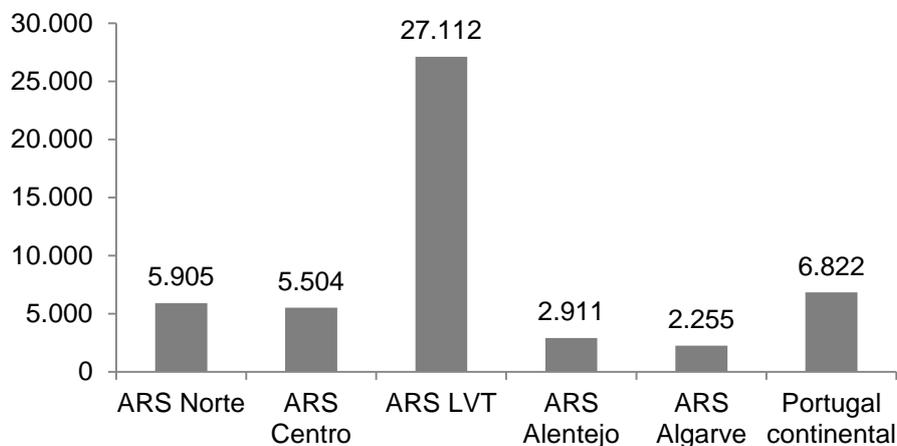
Foi realizado um cálculo semelhante, tendo por base o número de utentes com registo de obesidade nos cuidados de saúde primários, em 2014, ao invés do número total de utentes, considerando os dados disponibilizados pela DGS²⁶. Os resultados do cálculo desse rácio encontram-se na figura 5, de onde se retira que a ARS Lisboa e Vale do

²⁵ Ferreira, B., Cordeiro, T., Bento, A. (2017). Integração dos Nutricionistas no Serviço Nacional de Saúde em Portugal. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 08, 16-21.

²⁶ DGS (2016). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável Lisboa*, DGS.

Tejo continua na pior situação, apresentando o maior número de utentes com obesidade por nutricionista, e a ARS Algarve o menor.

Figura 5 – Rácio utentes com obesidade por nutricionista dos ACES



Fonte: DGS, 2016, Ferreira et al. (2017).

3.2. Oferta hospitalar

Os princípios para referenciação de utentes dos cuidados de saúde primários para consulta multidisciplinar de tratamento de obesidade, a realizar nos cuidados de saúde hospitalares nos termos da Circular Normativa n.º 21/DSCS/DGID, de 14/08/08, e que podem culminar com a realização de uma cirurgia bariátrica, encontram-se previstos na Circular Normativa da DGS n.º 20/DSCS/DGID, de 13/08/08. De acordo com essa circular normativa são elegíveis para a consulta multidisciplinar os utentes que cumulativamente observem os seguintes critérios:

- IMC igual ou superior a 40 kg/m², ou IMC superior a 35 kg/m² com patologia associada²⁷;
- Idade entre os 18 e os 65 anos, inclusive;
- Dois anos de obesidade estável;

²⁷ Note-se que as regras de acesso a consulta multidisciplinar são mais restritivas do que o indicador de obesidade definido pela OMS, que corresponde a um IMC superior ou igual a 30 kg/m².

- Insucesso das medidas não-cirúrgicas na redução ponderal durante, pelo menos, um ano;
- Obesidade que não seja secundária a doença endócrina clássica;
- Ausência de patologia psiquiátrica ou dependência de álcool ou estupefacientes;
- Cooperação e aceitação do utente;
- Relação risco operatório e o risco clínico.

A Norma da DGS n.º 06/2015, de 8 de abril, estabelece os requisitos específicos que os prestadores de cuidados de saúde devem respeitar para serem considerados Centros de Tratamento Cirúrgico de Obesidade (CTCO), para além da observância dos requisitos mínimos definidos para os Centros de Tratamento na Circular Normativa da DGS n.º 14/2008, de 31 de julho. Acresce que a Circular Normativa da DGS n.º 19 DSCS/DGID, de 12 de agosto 2008, define os critérios que presidem à criação de Centros de Elevada Diferenciação em Obesidade (CEDO).

De acordo com a informação mais recente da DGS, com data de 14 de junho de 2018, ao nível da oferta pública, existe atualmente apenas um Centro de Elevada Diferenciação do Tratamento Cirúrgico de Obesidade, no Centro Hospitalar de São João. Existem ainda 13 Centros de Tratamento Cirúrgico de Obesidade públicos, dos quais quatro se localizam na ARS Norte, um na ARS Centro, seis na ARS de Lisboa e Vale do Tejo, um na ARS Alentejo e um na ARS Algarve (tabela 1).

Paralelamente, informação remetida pela ACSS, em junho de 2018, refere a existência 19 hospitais públicos que realizam consultas e cirurgias de obesidade, cinco dos quais não são considerados Centros de Tratamento de Obesidade pela DGS (Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Centro Hospitalar do Médio Tejo, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, Hospital Beatriz Ângelo e Unidade Local de Saúde de Matosinhos), sendo certo que o Centro Hospitalar do Baixo Vouga é o único que apresentou produção cirúrgica relevante, em 2017, pelo que foi o único que se considerou nas análises de acesso a cirurgias de obesidade.

Tabela 1 – Caracterização da oferta de tratamento cirúrgico da obesidade no SNS

ARS	Centros de Elevada Diferenciação do Tratamento Cirúrgico de Obesidade¹
Norte	Centro Hospitalar de S. João
ARS	Centros de Tratamento Cirúrgico de Obesidade²
Norte	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga
Norte	Centro Hospitalar do Porto
Norte	Hospital de Braga
Norte	Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães
Centro	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Lisboa e Vale do Tejo	Centro Hospitalar de Lisboa Central
Lisboa e Vale do Tejo	Centro Hospitalar de Lisboa Norte
Lisboa e Vale do Tejo	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
Lisboa e Vale do Tejo	Centro Hospitalar de Setúbal
Lisboa e Vale do Tejo	Hospital Distrital de Santarém
Lisboa e Vale do Tejo	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca
Alentejo	Hospital do Espírito Santo de Évora
Algarve	Centro Hospitalar Universitário do Algarve
ARS	Hospital do SNS não inserido na lista de centros da DGS
Centro	Centro Hospitalar do Baixo Vouga ³

Notas: ¹ Circular Normativa nº 19 DSCS/DGID, de 12/08/2008; ² Norma n.º 06/2015, de 8 de abril.
³ Prestador identificado pela ACSS que realiza cirurgias de obesidade. As designações dos hospitais respeitam a data do envio dos dados à ERS e a denominação constante da lista de centros da DGS.
 Fonte: DGS (2018)²⁸, ACSS (2018).

Relativamente à oferta não pública, existem três Centros de Tratamento Cirúrgico de Obesidade que cumprem os requisitos estabelecidos na Norma da DGS n.º 06/2015, de 8 de abril, um localizado em Lisboa, um na Amadora e um no Porto (tabela 2). Atualmente existem, segundo a informação da ACSS, cinco prestadores com convenção convencionados com o SNS para realização de cirurgias de obesidade (tabela 2), dois dos quais na ARS Norte (no Porto), um na região Centro (em Coimbra), um na região de Lisboa e Vale do Tejo (em Lisboa) e outro no Algarve (em Portimão).

De notar que, apesar dos prestadores com convenção constarem da lista da DGS de maio de 2018, apenas um deles (Hospital St. Louis) consta da atual lista de CTCO da

²⁸ Disponível em www.dgs.pt/em-destaque/tratamento-cirurgico-de-obesidade-pdf.aspx.

DGS, atualizada a junho de 2018. Estando previsto no regulamento aprovado pela Portaria n.º 245/2018, de 3 de setembro de 2018, que “[a]penas as entidades reconhecidas pela DGS como CTCO podem efetuar tratamento cirúrgico da obesidade”, e a manter-se a lista de CTCO, o acesso ao setor convencionado ficará comprometido.

Tabela 2 – Centros de Tratamento Cirúrgico de Obesidade privados e prestadores com convenção com o SNS

ARS	Prestador	CTCO	Convencionado
Norte	Hospital Lusíadas, Porto	X	
Lisboa e Vale do Tejo	CLISA – Clínica Santo António	X	
Lisboa e Vale do Tejo	Hospital St. Louis	X	X
Norte	Hospital da Arrábida – Gaia, SA		X
Norte	Hospital da Prelada		X
Algarve	Hospital Particular do Algarve, S.A.		X
Centro	SANFIL - Casa de Saúde de Santa Filomena		X

Fonte: DGS (2018), ACSS (2018).

A oferta nos hospitais do SNS, em 2018, encontra-se enquadrada nos “Termos de referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018”, da ACSS. Tendo em consideração a especificidade da obesidade, foi definido um programa de financiamento específico desta atividade – o programa de tratamento cirúrgico da obesidade (PTCO) –, cujo regulamento foi aprovado pela Portaria n.º 1454/2009, de 29 de dezembro, alterado pela Portaria n.º 381/2012, de 22 de novembro.

A Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, que aprovou os Regulamentos e as Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no SNS, voltou a integrar o financiamento do PTCO numa linha específica de atividade no âmbito dos Contratos-Programa hospitalares, revogando tacitamente a Portaria n.º 381/2012, de 22 de novembro. Nas tabelas de preços aprovadas pela Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, encontrava-se previsto o pagamento da cirurgia da obesidade (“procedimento para a obesidade”, GDH 403), com um pagamento variável com o grau de severidade.

De acordo com o novo regulamento do PTCO, aprovado pela Portaria n.º 245/2018, de 3 de setembro de 2018, retomou-se a lógica de pagamento prevista na Portaria de 2012, ou seja, de pagamento de um plano estruturado de cuidados, de forma a garantir a continuidade das intervenções por um período não inferior a três anos, fixando os mesmos valores da Portaria n.º 381/2012, de 22 de novembro, para cada

fase de acompanhamento do utente. Nesse âmbito, o pagamento da atividade de cirurgia de obesidade enquadra-se no princípio do pagamento por doente tratado e pressupõe a verificação da ocorrência dos eventos clínicos identificados nas normas da DGS, iniciando-se com a pré-avaliação e pressupondo um *follow-up* que decorre ao longo de 3 anos, nos seguintes termos:

- Pré-avaliação e cirurgia bariátrica (consulta de avaliação multidisciplinar para tratamento cirúrgico de obesidade (AMTCO) e/ou consulta de tratamento cirúrgico de obesidade (TCO) para cada especialidade, MCDT, balão intragástrico, intervenção cirúrgica e todos os eventos administrativos e clínicos (designadamente consultas, MCDT, cirurgias e outros tratamentos), incluindo os relativos a eventuais sequelas e complicações identificadas até 60 dias após a alta relativa à última cirurgia);

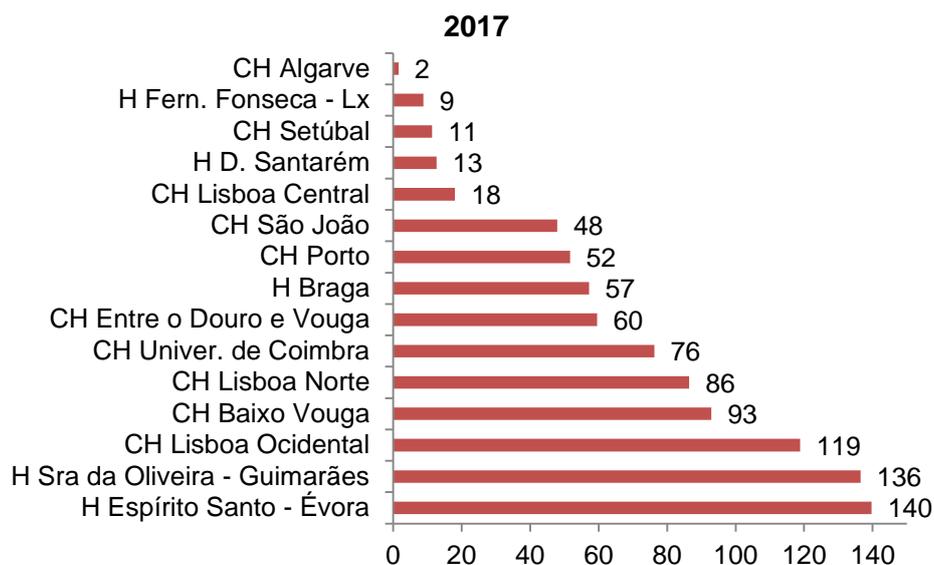
O episódio PTCO inclui as seguintes fases de tratamento sequenciais:

- 1.º ano de Acompanhamento (duas consultas de AMTCO e/ou equivalentes consultas TCO por cada especialidade obrigatória definidas pela DGS, MCDT prescritos no âmbito da consulta referida);
- 2.º ano de Acompanhamento (uma consulta de AMTCO e/ou equivalentes consultas TCO por cada especialidade, MCDT prescritos no âmbito da consulta referida);
- 3.º ano de Acompanhamento (uma ou duas consultas AMTCO e/ou equivalentes consultas TCO por cada especialidade).

A escassez de recursos humanos nos Centros de Tratamento poderá ser uma das causas que dificultam o acesso de utentes obesos a cuidados hospitalares no SNS, principalmente pela insuficiência de profissionais no interior do país. A este respeito apresenta-se, na figura 6, o rácio de utentes que entraram em LIC face ao número de cirurgiões afetos a cirurgias de obesidade, em 2017²⁹. Os valores deste rácio revelam uma significativa heterogeneidade entre hospitais, com o Hospital de Évora a apresentar o maior número de utentes por cirurgia.

²⁹ No denominador deste rácio foram consideradas as horas afetas pelos cirurgiões a cirurgias da obesidade, para cálculo de cirurgiões em Equivalente a Tempo Completo (ETC), remetidos pela ACSS. Os dados relativos ao Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Distrital de Santarém e Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca foram obtidos diretamente junto desses hospitais e respeitam a julho de 2018.

Figura 6 – Rácio de utentes entrados em LIC de obesidade por cirurgião, em



Nota: A lista de hospitais considerados nesta figura inclui os centros de tratamento aprovados pela DGS de natureza pública e o hospital do SNS que, não sendo centro de tratamento, apresentou produção cirúrgica relevante na área da obesidade em 2017.
 Fonte: ACSS (2018).

Ainda assim, uma causa adicional apontada pela Adexo para o insuficiente volume de atividade cirúrgica no tratamento da obesidade poderá prender-se com a ausência de incentivos financeiros para os hospitais realizarem este tipo de intervenção cirúrgica, dada a rigidez dos procedimentos instituídos no programa de financiamento específico. Note-se que, como se constatou *supra*, existem hospitais que, segundo a ACSS, dispõem de capacidade para realização de cirurgias mas que apresentam um volume de operados muito próximo de zero.³⁰

³⁰ Segundo explica a Adexo, ao estar previsto o pagamento da atividade cirúrgica com base na ocorrência dos eventos clínicos identificados nas normas da DGS, em situações em que o utente realize um MCDT no âmbito de outra consulta que não a de obesidade e entregue o resultado do referido exame para a avaliação no âmbito da consulta multidisciplinar (não repetindo o MCDT), ou quando o utente falta a uma consulta, o hospital do SNS deixa de receber o financiamento de todos os episódios relativos a esse utente. Assim, a associação defende que este método de pagamento, e a imprevisibilidade que lhe está associada, poderá desincentivar a produção hospitalar no âmbito do PTCO.

4. Caracterização da procura potencial e efetiva

O presente estudo tem como objetivo central a análise do acesso dos utentes com diagnóstico de obesidade que cumprem os critérios para referência para tratamento da obesidade em hospitais do SNS (nos termos da Circular Normativa n.º 21/DSCS/DGID, de 14/08/08).

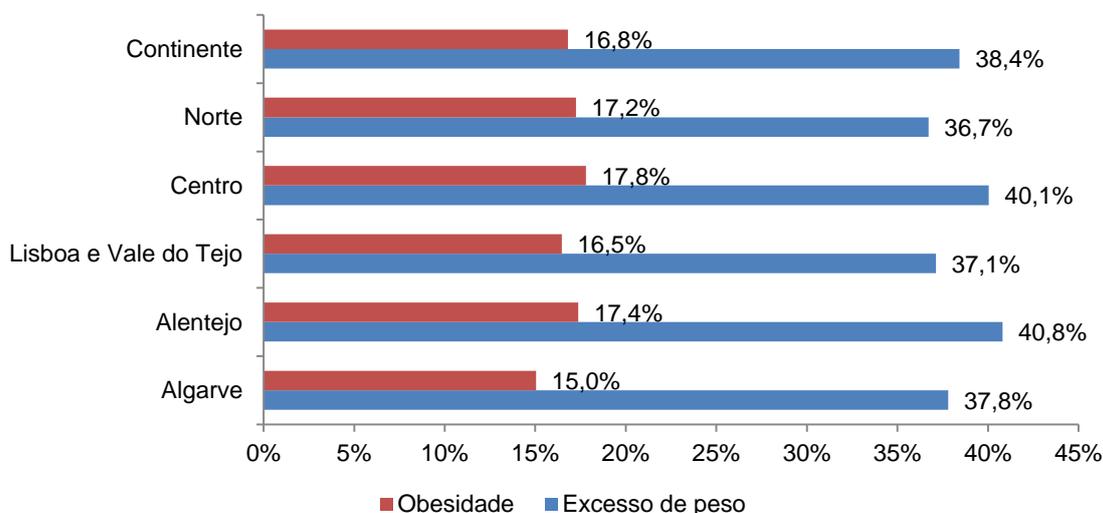
Para tal, no presente capítulo descreve-se a procura de cuidados de saúde na área da obesidade. Por um lado, a procura potencial é derivada dos dados que identificam a prevalência de obesidade e excesso de peso na população portuguesa adulta e crianças. Por outro lado, a procura efetiva é apresentada tendo por base o número de consultas realizadas, o número de utentes em espera para primeiras consultas de avaliação multidisciplinar de tratamento da obesidade nos hospitais do SNS e o número de entradas em lista de inscritos para cirurgias de obesidade. A análise teve por base o pressuposto de existência de excesso de procura, ou seja, de escassez de oferta para fazer face à procura, pelo que a procura efetiva de consultas corresponde à soma da utilização (número de consultas realizadas) e do número de utentes em espera, no final de cada ano.

4.1. Procura potencial

No âmbito do presente estudo considera-se procura potencial a população portuguesa com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$). São também apresentados indicadores relativos à população com excesso de peso ($25 \text{ kg/m}^2 < IMC < 30 \text{ kg/m}^2$), na medida em que os habitantes com excesso de peso, apesar de não reunirem as condições para serem caracterizados como obesos, poderão estar em risco de transição para uma situação de obesidade.

Na figura 7 apresenta-se a percentagem de população com excesso de peso e obesidade, por região, de onde se retira que as regiões Alentejo e Centro se destacam pela maior percentagem de utentes com excesso de peso (acima da média de Portugal continental). Quanto à percentagem de utentes obesos as regiões Alentejo, Centro e Norte apresentaram os maiores valores, acima da média nacional.

Figura 7 – Percentagem de população com excesso de peso ou obesidade, por região, em 2014



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Inquérito Nacional de Saúde, INE (2014)^{31,32}.

Como informação complementar, para possível identificação dos grupos da população em que a obesidade é mais expressiva apresentam-se na tabela 3 as estatísticas descritivas relativas às características da população residente e da percentagem de utentes com obesidade, cujos cálculos foram realizados com recurso à base de dados micro do Inquérito Nacional de Saúde de 2014 (INE, 2014). Considerando a distribuição da população por género, maior percentagem da população do género feminino é obesa. Por outro lado, a população entre os 55 e os 74 anos tem maior probabilidade de ter obesidade, e indivíduos com grau de escolaridade mais baixo e com menor rendimento são tendencialmente mais propensos à obesidade.

³¹ INE (2014). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: INE.

³² As percentagens aqui apresentadas incluem toda a base de dados do INE (indivíduos com mais de 15 anos de idade), pelo que podem diferir ligeiramente das publicadas no relatório do INE (2014), que incluem a população com 18 ou mais anos.

Tabela 3 – Percentagem de população obesa por grupos de população³³

Característica	Categoria	Percentagem com obesidade
Género	Homens	15%
	Mulheres	18%
Faixa etária	15-19	4%
	20-24	5%
	25-29	8%
	30-34	9%
	35-39	12%
	40-44	13%
	45-49	18%
	50-54	23%
	55-59	21%
	60-64	24%
	65-69	23%
	70-74	21%
	75-79	21%
	80-84	15%
85+	12%	
Escolaridade	Nenhum	22%
	Básico 1º ciclo	21%
	Básico 3º ciclo	14%
	Secundário	12%
	Pós secundário	9%
	Superior	9%
Desemprego	Desemprego	17%
Rendimento	1º quintil	20%
	2º quintil	19%
	3º quintil	17%
	4º quintil	16%
	5º quintil	12%
Fumador corrente	Fumador corrente	10%
Dias de prática de exercício por semana	0	19%
	1	11%
	2	12%
	3	11%
	4	11%
	5	13%
	6	8%
	7	13%

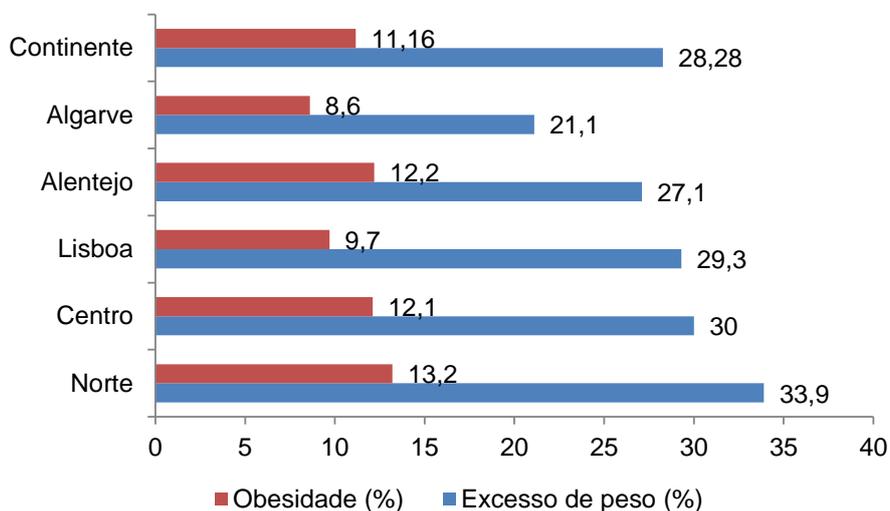
Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Inquérito Nacional de Saúde, INE (2014).

Tendo em consideração o cenário referido na introdução, no qual se destaca a importância da obesidade infantil, não apenas para a saúde das crianças, mas também como fator preponderante para a ocorrência de obesidade e de problemas crónicos associados na idade adulta, realça-se na figura 8 que a região Norte

³³ Obesidade definida como IMC ≥ 30 kg/m².

apresenta a maior prevalência de excesso de peso e de obesidade infantil. Por outro lado, a região Algarve apresenta a menor percentagem nos dois indicadores.

Figura 8 – Percentagem de crianças com excesso de peso e obesidade, por região, em 2016



Fonte: Rito et al. (2017)³⁴.

Adicionalmente foi realizada uma análise econométrica com o objetivo de estimar o contributo das características da população para a probabilidade de um indivíduo ser obeso. O modelo econométrico Logit foi escolhido face à natureza binária da variável dependente (Cameron e Trivedi, 2005³⁵), que assume o valor 1 se o indivíduo é obeso, e o valor zero se tem IMC inferior a 30 kg/m². Para além dos coeficientes do modelo, que permitem identificar o sinal do efeito da variável explicativa sobre a variável dependente, são também apresentados os efeitos marginais, que permitem identificar a amplitude desse efeito sobre a variável dependente.

A escolha das variáveis independentes suscetíveis de influenciar a ocorrência de obesidade, descritas na tabela 4, considerou literatura nacional e internacional existente nesta matéria (por exemplo, Cawley et al., 2004³⁶, Sartorius et al., 2015³⁷,

³⁴ Rito, A., Sousa, R., Mendes, S., Graça, P. (2017). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2016. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Disponível em http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4857/8/COSI%202016_V2_fev2018.pdf.

³⁵ Cameron, A., Trivedi, P. (2005). *Microeconometrics: methods and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.

³⁶ Cawley, J., Markowitz, S., Tauras, J. (2004). Lighting up and slimming down: the effects of body weight and cigarette prices on adolescent smoking initiation. *Journal of Health Economics*, 23, 293–31.

Santos et al., 2016³⁸, Belinda e Aileen, 2014³⁹). A variável “ADSE” foi introduzida por existir uma maior facilidade de acesso destes utentes a cuidados no setor privado, na medida em que este subsistema financia parte das despesas dos seus beneficiários. Neste sentido, a Adexo referiu que os utentes com ADSE, tendencialmente, recorrem ao setor privado para a realização de cirurgias de obesidade.

Tabela 4 – Descrição das variáveis explicativas do modelo Logit

Variáveis explicativas	Descrição
Género	Variável binária que assume o valor 1 se o respondente é do género masculino.
Faixa Etária	Variável que assume valores de 1 a 15, correspondendo cada número a um intervalo de 4 anos de idade, sendo que a faixa etária 1 corresponde a 15 anos.
Escolaridade	Nível de habilitações completo. Variável categórica ordinal, em que o valor 0 corresponde a "Nenhum", 1 "Básico 1º e 2º ciclo", 2 "Básico 3º ciclo", 3 "Secundário", 4 "Pós secundário", 5 "Superior".
Região	Variáveis binárias para a região "Centro", "Lisboa e Vale do Tejo", "Alentejo" e "Algarve", por comparação com a região "Norte".
Rendimento	Quintis do rendimento mensal líquido por adulto equivalente. Variável categórica ordinal, em que o primeiro nível (valor 1) corresponde ao rendimento mais baixo e o último nível corresponde ao rendimento mais elevado (valor 5). O valor 1 corresponde ao 1º quintil, o valor 2 ao 2º quintil, o valor 3 ao 3º quintil, 4 ao 4.º quintil e o valor 5 ao 5º quintil.
Desemprego	Variável binária que assume o valor 1 se o respondente estava desempregado, à data do inquérito.
Fuma	Variável binária que assume o valor 1 se o respondente era fumador corrente.
Exercício	Variável que traduz o número de dias de prática de exercício físico por semana (de zero a sete).
Legumes	Frequência do consumo de legumes ou saladas, utilizada como proxy de uma alimentação saudável. Variável categórica ordinal, seguindo ordem decrescente de frequência de consumo. O valor 1 corresponde a "Uma vez ou mais por dia", o valor 2 a "4 a 6 vezes por semana", o valor 3 a "1 a 3 vezes por semana", o valor 4 a "Menos de uma vez por semana" e o valor 5 a "Nunca".
ADSE	Variável binária que assume o valor 1 se o respondente é beneficiário da ADSE, como proxy de acesso mais facilitado a cuidados de saúde.

³⁷ Sartorius, B., Veerman, L. Manyema, M., Chola, L., Hofman, K. (2015). Determinants of Obesity and Associated Population Attributability, South Africa: Empirical Evidence from a National Panel Survey, 2008-2012. *PLOS ONE*. DOI:10.1371/journal.pone.0130218.

³⁸ Santos, J., Kislaya, I., Gaio, V. (2016). Influência dos fatores socioeconómicos no excesso de peso e obesidade na população portuguesa em 2014. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

³⁹ Loring, B., Robertson, A. (2014). Obesity and inequities: Guidance for addressing inequities in overweight and obesity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Da análise da tabela 5 extrai-se que as variáveis sociodemográficas que relevam para a explicação da variável dependente “obesidade”, ou seja, que apresentaram significância estatística, incluem o género do respondente, a idade, o grau de escolaridade e a situação de desemprego. Segundo as estimativas apresentadas, indivíduos do género masculino têm menos probabilidade de sofrer de obesidade do que as mulheres (cerca de menos 2,1 pontos percentuais), e a prevalência da obesidade reduz-se com o aumento do nível de escolaridade, à semelhança de resultados conhecidos de outros trabalhos de investigação (por exemplo, Chou et al., 2004⁴⁰). Por outro lado, a idade aumenta a probabilidade de obesidade, bem como a situação de desemprego, variável que pode ser considerada como indicativa de um estrato socioeconómico mais baixo. Indivíduos em situação de desemprego têm uma probabilidade de ter obesidade aumentada em 2,9 pontos percentuais. Em estudos anteriores foi constatado que a prevalência de obesidade é inferior em indivíduos de estratos económicos mais altos (Ball, 2005⁴¹, Kowalkowska, et al., 2014⁴²). De notar que os indivíduos de estratos sociais mais baixos não só revelam uma maior propensão de obesidade, como também são aqueles que terão menos alternativas para fazer face à necessidade de cuidados de saúde, por exemplo, através do recurso ao setor privado.⁴³

Quanto às variáveis que traduzem o estilo de vida dos indivíduos, ser fumador corrente reduz a probabilidade de ocorrência de obesidade, em linha com a literatura existente nesta matéria (Cawley et al., 2004⁴⁴, Cawley et al., 2014⁴⁵, Dragone et al.,

⁴⁰ Choua, S., Grossman M., Saffer, H. (2004). An economic analysis of adult obesity: results from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Journal of Health Economics*, 23, 565–587.

⁴¹ Ball K, Crawford D (2005). Socioeconomic status and weight change in adults: A review. *Social Science & Medicine*, 60, 1987-2010.

⁴² Kowalkowska, J., Wadolowska, I., Weronika Wuenstel, J., Słowińska, A., & Niedźwiedzka, E. (2014). Socioeconomic Status and Overweight Prevalence in Polish Adolescents: The Impact of Single Factors and a Complex Index of Socioeconomic Status in Respect to Age and Sex. *Iranian Journal of Public Health*, 43(7), 913–925.

⁴³ Note-se, ainda, que uma possível confusão entre os efeitos das variáveis desemprego e rendimento (i.e., estarem a captar o mesmo efeito) é pouco provável, dada a reduzida correlação verificada entre as variáveis.

⁴⁴ Cawley, J., Markowitz, S., Tauras, J. (2004). Lighting up and slimming down: the effects of body weight and cigarette prices on adolescent smoking initiation. *Journal of Health Economics*, 23, 293–31.

⁴⁵ Cawley, J., Dragone, D. e Scholder, S. (2014). The demand for cigarettes as derived from the demand for weight loss: a theoretical and empirical investigation. *Health Economics*, 25(1), 8-23.

2015⁴⁶) e a prática de exercício físico reduz a probabilidade de ocorrência de obesidade.

Tabela 5 – Resultados do modelo Logit, aplicado à probabilidade do indivíduo ser obeso

Variáveis	Coefficiente	Efeitos marginais
Género	-0,152	-0,021
	(0,049) ^{***}	(0,007) ^{***}
Faixa Etária	0,030	0,004
	(0,008) ^{***}	(0,001) ^{***}
Escolaridade	-0,177	-0,024
	(0,023) ^{***}	(0,003) ^{***}
Centro	0,016	0,002
	(0,070)	(0,010)
Lisboa e Vale do Tejo	-0,008	-0,001
	(0,072)	(0,010)
Alentejo	-0,057	-0,008
	(0,078)	(0,011)
Algarve	-0,131	-0,017
	(0,077) [*]	(0,010) [*]
Rendimento	0,002	0,000
	(0,020)	(0,003)
Desemprego	0,217	0,029
	(0,080) ^{***}	(0,011) ^{***}
Fuma	-0,565	-0,077
	(0,079) ^{***}	(0,011) ^{***}
Exercício	-0,074	-0,010
	(0,013) ^{***}	(0,002) ^{***}
Legumes	0,007	0,001
	(0,025)	(0,003)
ADSE	-0,007	-0,001
	(0,083)	(0,011)
Constante	-1,342	
	(0,125) ^{***}	

Legenda: Erros padrão entre parênteses. * p<0,1; ** p<0,05; *** p<0,01.
N=13514. $\chi^2(13) = (388,45)^{***}$ Correlação (desemprego, rendimento) = - 0,2265

Tendo por base os resultados deste modelo econométrico, que permitiu identificar as características demográficas e socioeconómicas que influenciam, com significância estatística, a incidência de obesidade – o género, a faixa etária, a escolaridade e a

⁴⁶ Dragone, D., Manaresi, M., Savorelli, L. (2015) Obesity and Smoking: can we Kill Two Birds with one Tax?. *Health Economics*, 25(11), 1464-1482.

situação de desemprego – foi construído um índice de risco de obesidade, para cada concelho de Portugal continental⁴⁷. Neste índice foram consideradas quatro variáveis extraídas das bases de dados do INE que, segundo o modelo econométrico, têm um efeito positivo na probabilidade de ocorrência de obesidade: taxa de desemprego; percentagem da população residente com 15 e mais anos de idade, sem licenciatura⁴⁸; percentagem da população com idade compreendida entre os 55 e os 74 anos de idade, inclusive; e percentagem de mulheres⁴⁹. Este índice permite identificar as populações que, de acordo com as suas características, têm maior risco de ter obesidade e conseqüentemente terão uma maior necessidade de cuidados de saúde. Importa realçar que a classificação dos concelhos com base neste índice deve ser interpretada de forma relativa, ou seja, resulta da comparação entre regiões ao nível das características da sua população, e não de uma avaliação absoluta do risco de obesidade face a um qualquer padrão exógeno.

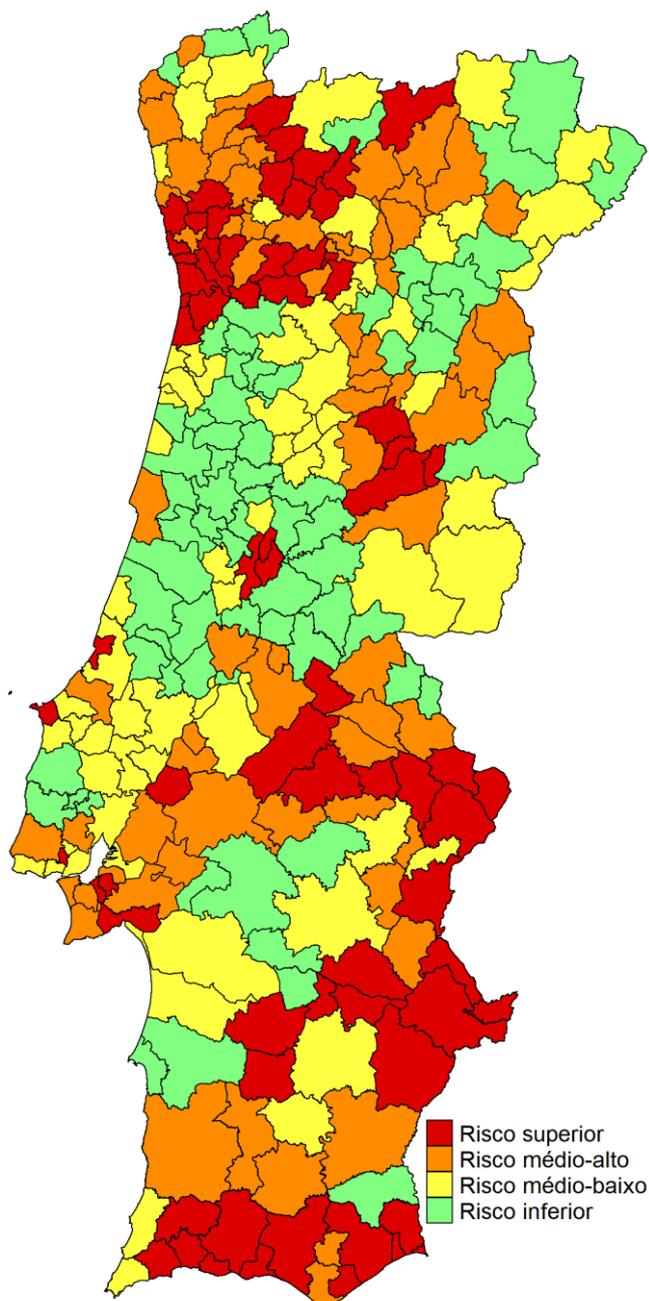
Assim, a figura 9 apresenta o índice de risco por concelho, com base nas características da população descritas. Como se pode verificar, os concelhos onde a população tem um risco de obesidade relativamente mais elevado concentram-se sobretudo no Norte litoral e em grande parte do Alentejo e do Algarve. Em sentido inverso, o nível de risco relativo mais baixo surge bastante concentrado na parte oeste da região Centro.

⁴⁷ Este índice é utilizado no método *Extended Kernel Density Two-Step Floating Catchment Area* (EKD2SFCA), constante da secção 5.2., desenvolvido em Polzin, P., Borges, J., & Coelho, A. (2014). An extended kernel density two-step floating catchment area method to analyze access to health care. *Environment and Planning B: Planning and Design*, 41(4), 717-735).

⁴⁸ INE (2011). Recenseamento da população e habitação - Censos 2011.

⁴⁹ INE (2017). Estimativas anuais da população residente.

Figura 9 – Índice de risco de obesidade, por concelho



Fonte: Elaboração própria com base em dados do INE (2011, 2017).

4.2. Procura efetiva

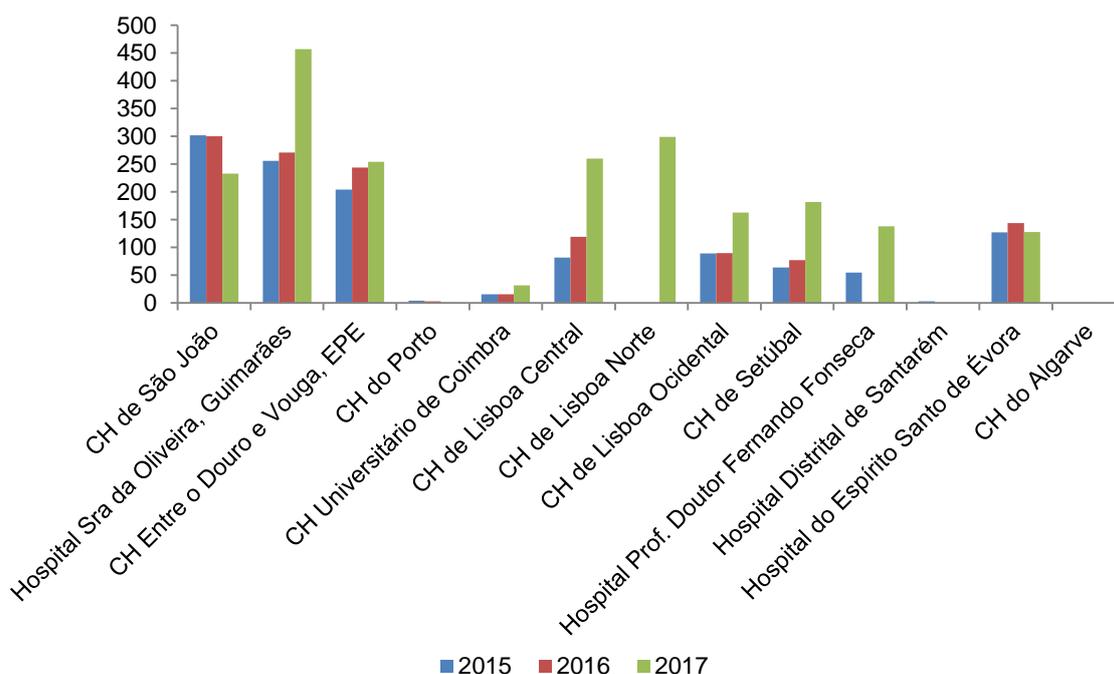
De seguida apresenta-se a descrição da procura efetiva no SNS tendo por base os utentes atendidos e os utentes em lista de espera para primeiras consultas de avaliação multidisciplinar de tratamento da obesidade nos hospitais do SNS e para

cirurgias de obesidade. Os dados foram remetidos pela ACSS, em junho de 2018, em resposta a pedido de informação da ERS e referem-se aos prestadores que realizaram consultas nesta área em pelo menos um dos anos em análise.

Da análise da figura 10 constata-se que o Centro Hospitalar de São João apresentou a maior número de utentes atendidos, nos anos de 2015 e 2016, sendo certo que é o único Centro de Elevada Diferenciação do Tratamento Cirúrgico de Obesidade. Se considerados apenas os restantes hospitais do SNS, o Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães atendeu maior número de utentes nos três anos em análise.

Destaca-se o reduzido número de consultas reportadas pela ACSS relativamente ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, nos três anos em análise (no máximo de 30 consultas em 2017), e a oferta próxima de zero ou inexistente no Centro Hospitalar do Porto, no Hospital Distrital de Santarém e no Centro Hospitalar Universitário do Algarve (hospitais constantes da lista de CTCO da DGS), que poderá impactar negativamente no acesso dos utentes dessas regiões aos cuidados de saúde na área da obesidade. O Hospital de Braga e o Centro Hospitalar do Baixo Vouga não apresentaram produção para os anos considerados, segundo a base de dados da ACSS.

Figura 10 – Número de consultas de obesidade realizadas nos hospitais públicos, em 2015, 2016 e 2017

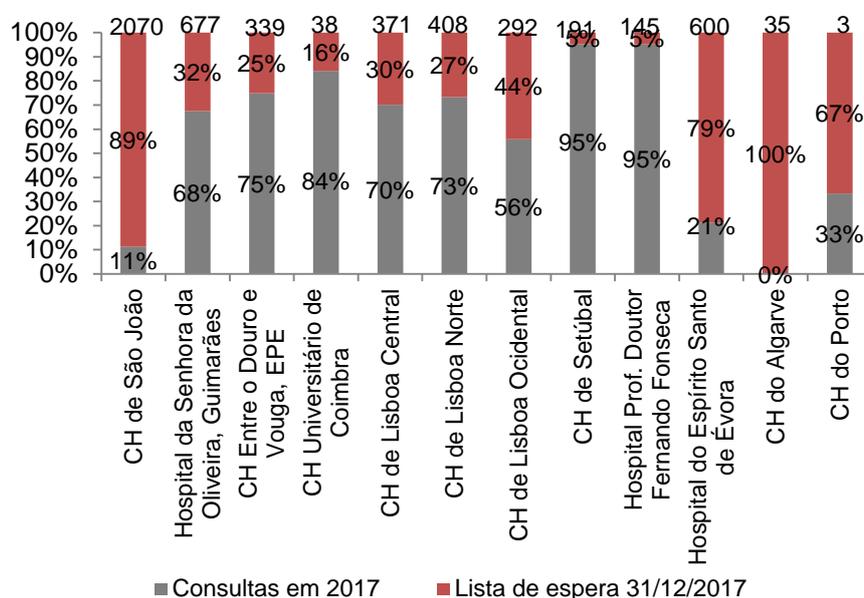


Fonte: ACSS (2018).

Porém, a procura efetiva de consultas hospitalares depende da combinação dos utentes atendidos e dos que se encontravam em espera. Tendo por base os dados da lista de espera para consulta de obesidade a 31 de dezembro de 2017, apresenta-se uma aproximação da procura efetiva (figura 11). Conclui-se que o Centro Hospitalar de São João teve o maior nível de procura efetiva, para a qual contribui substancialmente a lista de espera, o que pode estar associado ao elevado nível de especialização da unidade. O Hospital da Senhora da Oliveira, em Guimarães, é o hospital com maior procura efetiva, com uma lista de espera que corresponde a cerca de metade dos utentes atendidos em consulta. O Hospital de Évora apresentou-se como o segundo hospital com maior procura, para a qual contribui em grande medida a lista de espera de cerca de 470 utentes, que corresponde a mais do triplo dos utentes atendidos.

Destaca-se que o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, o Centro Hospitalar do Porto, o Centro Hospitalar de Setúbal e o Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca tinham, a 31 de dezembro de 2017, uma lista de inscritos para consultas de obesidade inferior a 10 utentes, e o Hospital Distrital de Santarém, o Hospital de Braga e o Centro Hospitalar do Baixo Vouga não tinham registo de utentes inscritos em lista.

Figura 11 – Número de consultas realizadas e número de inscritos em lista de espera para consulta de cirurgia de obesidade

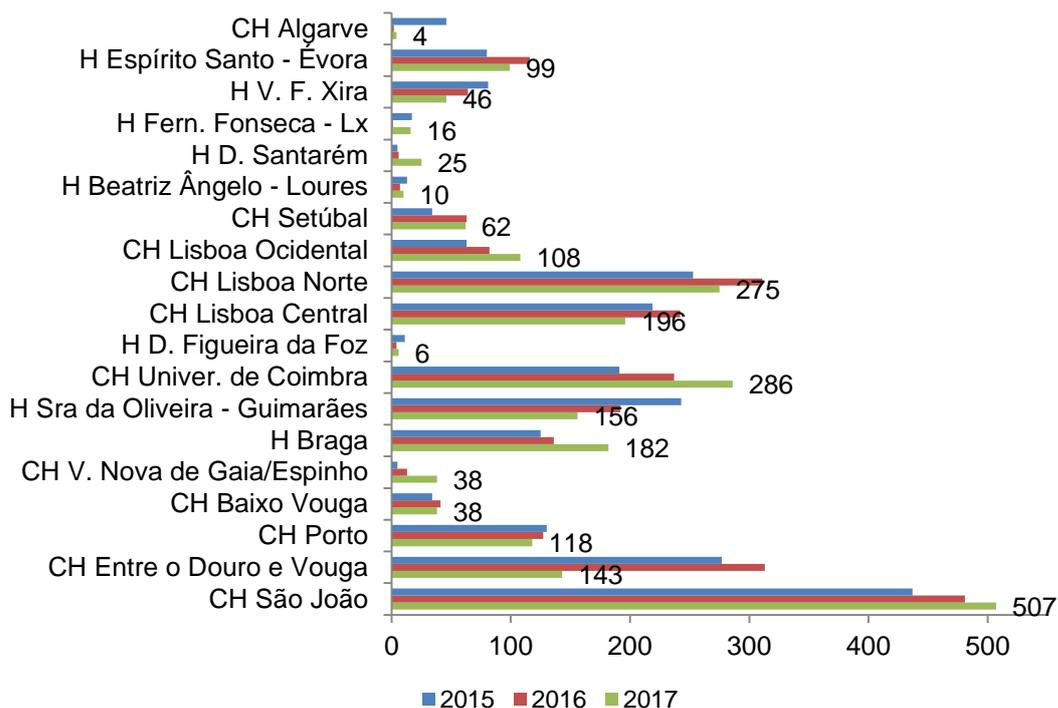


Fonte: ACSS (2018)⁵⁰.

⁵⁰ Foram excluídos do gráfico o Centro Hospitalar do Porto, a ULS da Guarda, o Hospital Distrital Figueira Foz e o Hospital Distrital de Santarém por terem um valor residual quer de consultas em 2017 quer de inscritos em lista de espera no final de 2017.

No que em concreto se refere a cirurgias, é utilizado como indicador de procura efetiva o número de episódios entrados em LIC (novas propostas cirúrgicas) no período em análise (figura 12). Os hospitais com mais procura efetiva, no ano de 2017, foram o Centro Hospitalar de São João, o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e o Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Figura 12 – Número de episódios entrados em lista de inscritos da cirurgia



Fonte: ACSS (2018).

5. Confronto entre a procura e a oferta de tratamentos de obesidade

Na sequência da caracterização da oferta e da procura apresentada nos capítulos anteriores, neste capítulo procede-se à comparação entre a oferta e a procura. A análise engloba, em primeiro lugar, o confronto entre a oferta e a procura efetiva, com base nos tempos de espera para consultas e cirurgias de obesidade, com o intuito de avaliar o acesso temporal. Por outro lado, é realizada uma análise da proximidade, para identificação das populações abrangidas por hospitais públicos que realizam cirurgias de obesidade, considerado o tempo de viagem até aos pontos de oferta. Por último, é analisada a capacidade de resposta da oferta pública e privada em termos de dotação de recursos humanos, face à procura potencial estimada de acordo com a população residente e o respetivo nível de necessidades de cuidados de saúde na área da obesidade.

5.1. Tempos de espera para acesso

A Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, publicou a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde e fixou TMRG para o acesso a cuidados de saúde. Considerando os utentes indicados para cirurgia da obesidade, no SNS, foi realizada uma análise do cumprimento desses tempos por cada prestador de cuidados de saúde hospitalares, e aferição do desempenho relativo, com dados da ACSS remetidos em junho de 2018, relativos aos anos de 2015, 2016 e 2017.

A tabela 6 inclui a percentagem de utentes atendidos em consulta com tempos de espera superiores ao TMRG definido para a prioridade atribuída, em cada ano, tendo também sido calculada a percentagem de incumprimento global – rácio de todos os utentes atendidos com tempo de espera superior ao TMRG, nos três anos, face a todos os utentes atendidos nesse período. Destacam-se os cinco prestadores com percentagem global de incumprimento superior a 70%, sendo que quatro desses

prestadores apresentaram uma percentagem superior ou igual a 80% nos três anos considerados⁵¹.

Tabela 6 – Percentagem de utentes atendidos em consulta de cirurgia de obesidade com tempo de espera superior ao TMRG definido, em 2015, 2016 e 2017

Hospitais	2015	2016	2017	Global
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca	98%	100%	95%	96%
CH S. João - Hospital de São João	97%	96%	92%	95%
Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.	91%	90%	79%	87%
Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães	67%	88%	88%	83%
CHUC - Hospitais da Universidade de Coimbra	88%	81%	63%	73%
CHLO - Hospital de Egas Moniz	30%	22%	64%	44%
CHLC - Hospital Curry Cabral	20%	4%	2%	6%
CHEDV - Hospital S. Sebastião	6%	2%	5%	4%
CH de Setúbal, E.P.E.	5%	0%	5%	4%
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	0%	0%	0%	0%

Legenda: Não se incluem nesta tabela os hospitais que tiveram um valor muito reduzido de consultas nos anos considerados (inferior a 10), como descrito anteriormente.

Fonte: ACSS (2018).

Relativamente ao cumprimento dos TMRG para cirurgias (ver tabela 7), constata-se que apenas sete hospitais, em 2015 e 2016, e cinco hospitais, em 2017, apresentaram uma percentagem de incumprimento dos TMRG para utentes operados abaixo dos 10%, tendo o Centro Hospitalar do Baixo Vouga apresentado percentagens próximas de 100% nos três anos considerados, e o Centro Hospitalar do Porto uma percentagem de incumprimento superior a 90% em 2016 e 2017. Da análise dos tempos de espera dos utentes que ainda se encontram em LIC, verifica-se também um elevado incumprimento dos TMRG, com nove hospitais com percentagem superior ou igual a 40%, no ano de 2018.

⁵¹ Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, CHSJ - Hospital de São João, Hospital do Espírito Santo de Évora e Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães.

Tabela 7 – Cirurgias de obesidade com tempo de espera superior ao TMRG e utentes em LIC com tempo superior ao TMRG (%), em 2015, 2016 e 2017⁵²

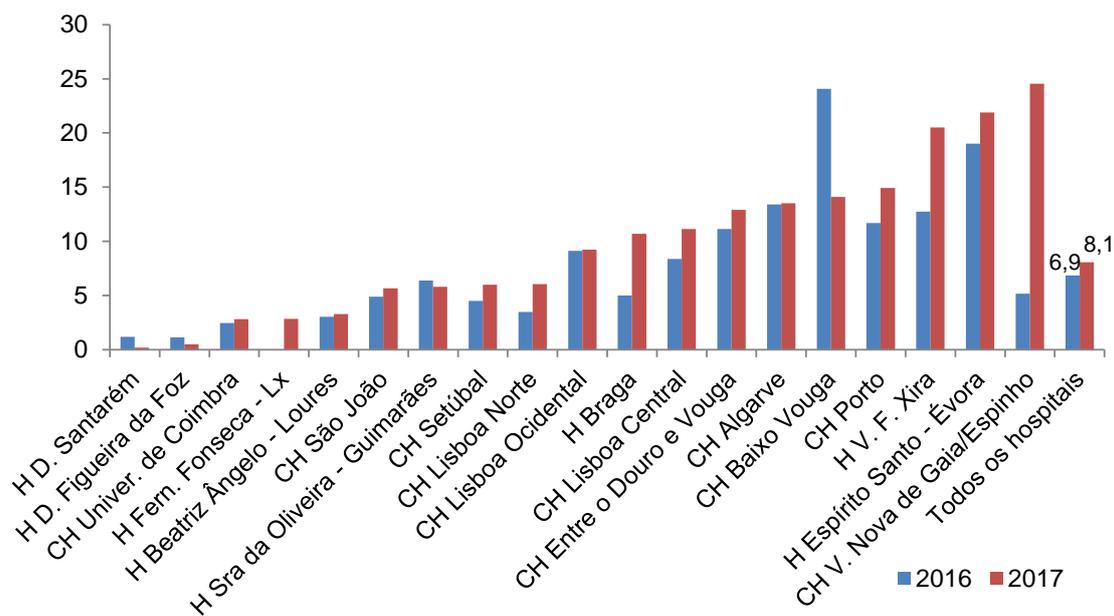
Hospitais	% utentes operados com tempo de espera superior ao TMRG			% utentes em LIC com tempo de espera superior ao TMRG		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
CH Universitário do Algarve	71%	64%	67%	69%	95%	96%
CH Baixo Vouga	100%	100%	95%	63%	53%	46%
CH Entre o Douro e Vouga	70%	72%	77%	32%	32%	61%
CH Lisboa Central	2%	50%	82%	0%	20%	40%
CH Lisboa Norte	15%	1%	20%	1%	4%	20%
CH Lisboa Ocidental	56%	52%	40%	44%	25%	45%
CH Porto	44%	94%	93%	22%	42%	46%
CH São João	1%	2%	17%	0%	3%	21%
CH Setúbal	57%	16%	31%	8%	0%	15%
CH Universitário de Coimbra	7%	1%	0%	0%	0%	0%
CH V. Nova de Gaia/Espinho	0%	25%	80%	85%	47%	37%
H Beatriz Ângelo - Loures	0%	0%	0%	-	0%	0%
Hospital de Braga	36%	12%	82%	2%	13%	31%
H D. Figueira da Foz	0%	0%	0%	0%	-	0%
H D. Santarém	0%	0%	0%	0%	0%	100%
H Espírito Santo - Évora	82%	67%	72%	74%	69%	80%
H Fernando da Fonseca	83%	-	13%	39%	75%	0%
H Sra da Oliveira - Guimarães	25%	5%	9%	0%	0%	3%
H V. F. Xira	63%	56%	81%	41%	61%	74%

Legenda: (-) indica a indisponibilidade de dados.
Fonte: ACSS (2018).

Na figura 13 apresenta-se a média do tempo de espera dos utentes operados, que nos permite concluir que, no conjunto de hospitais, o tempo médio de espera em 2017 correspondeu a oito meses, com uma tendência de acréscimo face ao ano anterior na maioria dos hospitais e a nível nacional.

⁵² No caso dos utentes em LIC a percentagem foi calculada a 31 de dezembro de cada ano.

Figura 13 – Média do tempo de espera dos operados, em meses, em 2016 e 2017



Fonte: ACSS (2018).

A este respeito, diversos hospitais do SNS têm transmitido à ERS que a carência de profissionais de saúde, em particular anestesistas, tem vindo a impactar negativamente na sua capacidade de resposta para realização de cirurgias.^{53,54} A constatação da carência de profissionais em determinadas zonas geográficas, e da necessidade de atribuição de incentivos para fixação de médicos nos estabelecimentos de saúde do SNS com maior escassez de recursos humanos, traduziu-se na emissão do Despacho n.º 7082/2018 do Ministro das Finanças, de 19 de julho⁵⁵ agosto. Como se pode verificar no despacho, a Anestesiologia é a especialidade que abrange o maior número de estabelecimentos do SNS que se qualificam como situados em zonas geográficas carenciadas.

⁵³ Concretamente, esta questão foi abordada em reuniões tidas pelo Conselho de Administração da ERS com conselhos de administração de hospitais do SNS ao longo de 2018, no âmbito da monitorização dos tempos de espera para atendimento.

⁵⁴ O levantamento realizado pela Ordem dos Médicos ao número de anestesistas, em 2017, corrobora essa informação.

⁵⁵ Despacho publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 143, de 26 de julho, com Declaração de Retificação 536-A/2018, de 31 de julho, publicada em Diário da República n.º 147/2018, 1º Suplemento, 2.ª Série, de 1 de agosto.

Tabela 8 – Número de anestesistas em funções e carência de anestesistas, em 2017

Hospital	Anestesistas em funções	Anestesistas em falta	Capacidade atual (face ao desejável) (%)
Hospital de Braga, PPP	43	8	84%
Centro Hospitalar do Porto	77	15	84%
Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães	5	1	83%
Centro Hospitalar de S. João	71	15	83%
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	57	16	78%
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca	26	8	76%
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga	24	8	75%
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra	92	38	71%
Centro Hospitalar de Lisboa Central	94	44	68%
Hospital do Espírito Santo de Évora	13	7	65%
Centro Hospitalar de Setúbal	13	8	62%
Centro Hospitalar Baixo Vouga	19	12	61%
Centro Hospitalar de Lisboa Norte	49	49	50%
Hospital Distrital de Santarém	9	11	45%
Centro Hospitalar Universitário do Algarve	18	26	41%

Fonte: Ordem dos Médicos (2017)⁵⁶.

Certo é que os indicadores relativos a cirurgias podem também ser influenciados por ineficiências que existam a montante, ou seja, antes do momento de entrada em lista de inscritos para cirurgias. Assim, as listas de espera para consulta destacadas anteriormente podem restringir o acesso à cirurgia, pelo que impactam no efetivo tempo de espera total. Considerando que, segundo a informação disponibilizada pela ACSS, a média de tempo de espera de resposta ao pedido de primeira consulta de obesidade correspondia a cerca de oito meses, em 2017, o utente esperou, em média, 16 meses desde a indicação para consulta até à cirurgia.⁵⁷ Mas a espera até à consulta não é contabilizada nos tempos de espera para cirurgia (medidos desde o

⁵⁶ Direção do Colégio de Anestesiologia da Ordem dos Médicos (2017). *Censos Anestesiologia – 2017. Relatório*. Lisboa: Ordem dos Médicos.

⁵⁷ Segundo a ótica da Adexo, os principais problemas no acesso aos cuidados cirúrgicos no SNS decorrem de dificuldade de marcação de primeira consulta hospitalar, e das consultas com as várias especialidades que compõem a equipa multidisciplinar, sem as quais não se desencadeia o processo de inscrição em lista de inscritos para cirurgias. Esta constatação da Adexo vai ao encontro dos problemas descritos no capítulo 2, no âmbito dos constrangimentos identificados pela ERS.

momento de inscrição em lista de espera), pelo que a aferição do cumprimento dos TMRG para cirurgias, por si só, não traduz o tempo de espera total dos utentes.

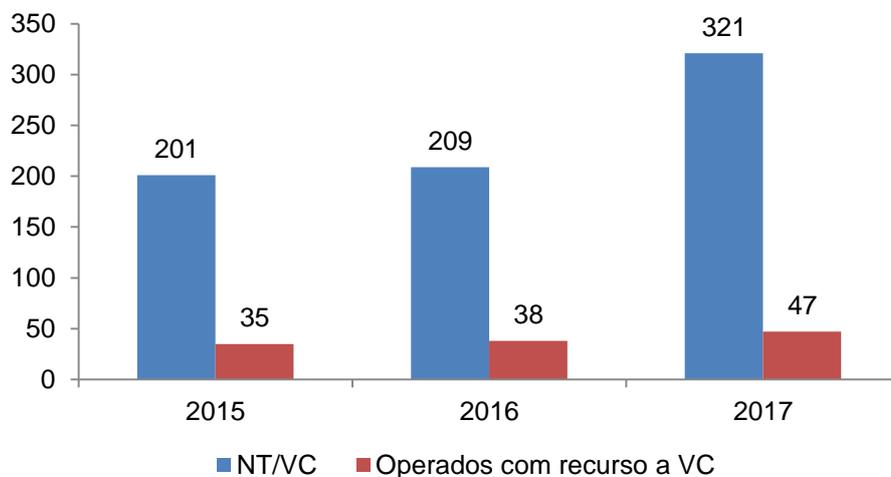
No âmbito do cumprimento dos TMRG para acesso a cirurgia, encontra-se prevista a modalidade de vale cirurgia (VC), que garante ao utente a possibilidade de cirurgia num hospital privado, com convenção para o efeito, quando o TMRG não pode ser cumprido no hospital do SNS⁵⁸. Porém, existe um número reduzido de convencionados, que muitas vezes estão a uma distância significativa dos hospitais de origem do SNS onde os utentes são seguidos, o que dificulta o acesso com recurso a VC, designadamente por motivos económicos. Com efeito, as estatísticas descritivas apresentadas no capítulo 3 revelam que a maior parte dos indivíduos com obesidade se encontra em escalões mais baixos de rendimento.

Adicionalmente, as dificuldades de acesso a estabelecimentos com convenção com o SNS foram igualmente corroboradas pela ERS no âmbito da sua intervenção regulatória descrita no capítulo 2, em situações concretas de utentes que viram o seu acesso dificultado pela escassez de alternativas, aliada a constrangimentos na emissão de VC.

Confrontadas estas constatações com os dados remetidos relativos à emissão de notas de transferência (NT) e VC, e efetiva cativação do VC pelos utentes para realização da cirurgia num estabelecimento com convenção com o SNS, constata-se que, em média, apenas cerca de 17% dos VC emitidos são utilizados pelos utentes (figura 14). Os VC foram cativados nos anos 2015, 2016 e 2017 nos seguintes estabelecimentos: Casa de Saúde de Guimarães; Hospital da Arrábida; Hospital de São Louis; Hospital Particular do Algarve – Gambelas e SANFIL – Casa de Saúde de Santa Filomena.

⁵⁸ A respeito das regras de funcionamento do SIGIC, poderá ser consultado o estudo mais recente da ERS sobre esta matéria, disponível em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1106/ERS_-_Estudo_SIGIC_2014.pdf.

Figura 14 – Emissão de NT/VC e utentes efetivamente operados em estabelecimentos convencionados



Legenda: NT/VC – Notas de Transferência/Vales Cirurgia.

Fonte: ACSS (2018).

Esta questão merecerá reflexão na medida em que não só os TMRG para cirurgia de tratamento da obesidade têm sido amplamente incumpridos nos hospitais do SNS, como o recurso a VC não tem tido a adesão que se desejaria por parte dos utentes elegíveis. Tendo em consideração a redução dos TMRG definidos para a prioridade normal de 270 dias para 180 dias, após 31 de dezembro de 2017, tal como estabelecido na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, o cenário do incumprimento dos TMRG terá tendência a agravar-se transversalmente se não forem adotadas medidas para garantia do acesso à luz desse novo TMRG.

5.2. Proximidade e capacidade da oferta face à procura

Um modelo teórico de análise da problemática do acesso aos cuidados de saúde, que tem sido utilizado pela ERS em diversos estudos⁵⁹, é o da abordagem multidimensional do acesso proposta por Penchansky e Thomas (1981)⁶⁰. Trata-se de um modelo de acesso que assenta no conceito do ajustamento entre as necessidades dos utentes e a capacidade do sistema de saúde em satisfazer essas necessidades. Nesta ótica, o grau de acesso aos cuidados de saúde é medido pela avaliação das

⁵⁹ Veja-se, por exemplo, o “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS”, disponível em https://www.ers.pt/pages/18?news_id=57.

⁶⁰ Penchansky, R., e Thomas, J.W. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction, *Medical Care*, 19(2), 127-140.

barreiras à transformação de acesso potencial em acesso realizado. No modelo, estas barreiras podem ser agrupadas em cinco dimensões: proximidade (*accessibility*), capacidade (*availability*), aceitabilidade (*acceptability*), adequabilidade (*accommodation*) e esforço financeiro (*affordability*).

Na presente secção o acesso é analisado, num primeiro momento, na vertente da proximidade, e posteriormente da capacidade. A dimensão da proximidade diz respeito à adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e a distribuição geográfica dos utentes, em termos de distância ou tempo entre o local onde se encontra o utente e o local onde são prestados os cuidados de saúde.

Seguindo os pressupostos adotados no “Estudo para a Carta Hospitalar – Especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Neurologia, Pediatria, Obstetrícia e Infeciologia”, realizado pela ERS em 2012⁶¹, foi considerado como limite máximo admissível em todas as áreas de influência primárias um tempo de viagem para qualquer residente até ao hospital de 90 minutos, para cirurgias⁶², embora se apresente também a análise do nível de proximidade a limites de tempo inferiores (60 e 30 minutos).

De facto, por um lado, o tempo de viagem considerado razoável para deslocação a um hospital no âmbito de cirurgias programadas não será tão exigente como o definido para cuidados urgentes, ou de utilização frequente (por exemplo 30 minutos). Por outro lado, o tempo de viagem definido deve acautelar a possibilidade de acompanhamento pelos familiares, bem como a necessidade de realizar consultas de seguimento, após a cirurgia.

Inicialmente foram identificadas as populações (com base nos códigos-postais de quatro dígitos) que distam mais de 90 minutos de um centro de tratamento cirúrgico de obesidade do SNS.

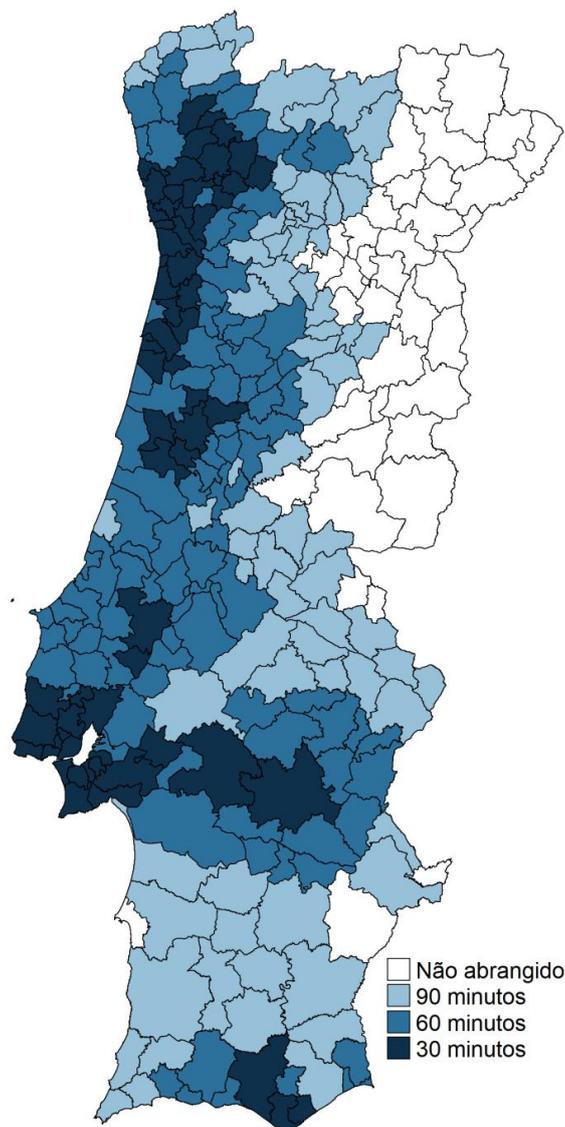
Na figura 15 apresentam-se os concelhos abrangidos por pelo menos um estabelecimento, a menos de 90, 60 e 30 minutos. As populações de 40 concelhos, essencialmente do interior do país, não têm acesso a qualquer hospital com cirurgia de obesidade a uma distância de 90 minutos, correspondendo a cerca de 5% do total da população nacional. Se considerado um tempo máximo de viagem de 60 minutos, 85% da população está abrangida por um hospital com cirurgia de obesidade, e os concelhos não abrangidos passam para 114. Por último, 57% da população de

⁶¹ Disponível em https://www.ers.pt/pages/18?news_id=435.

⁶² No estudo foi evidenciado como limite máximo admissível um tempo de viagem para qualquer residente até ao hospital de 90 minutos, considerando atendimentos não urgentes.

Portugal continental reside a menos de 30 minutos de um hospital do SNS com cirurgia de obesidade e apenas 64 concelhos estão a menos de 30 minutos de um hospital com cirurgia de obesidade.

Figura 15 – Concelhos abrangidos e não abrangidos por hospitais do SNS com cirurgia de obesidade, por tempo de viagem



Para além dos hospitais públicos, as cirurgias na área da obesidade podem ser realizadas em hospitais de natureza privada ou social, com convenção com o SNS para o efeito. Como referido anteriormente (tabela 2), segundo a ACSS existem cinco hospitais convencionados nesta área – Hospital St. Louis; Hospital da Arrábida – Gaia; Hospital da Prelada; Hospital Particular do Algarve; e SANFIL – Casa de Saúde de Santa Filomena. Porém, o acesso a hospitais convencionados não se realiza de forma idêntica à dos hospitais públicos, encontrando-se dependente da emissão de VC no

âmbito do SIGIC, sendo apenas realizadas as cirurgias que os hospitais de origem não têm capacidade para realizar dentro dos TMRG.

Assim, a análise do acesso a cirurgia foi realizada considerando dois universos de prestadores: 1) apenas os hospitais do SNS; 2) os hospitais do SNS e unidades com convenção com o SNS. Tendo em consideração os resultados da inclusão dos cinco prestadores com convenção na análise, constata-se que, ao encontrarem-se localizados próximo dos hospitais do SNS, a população abrangida por um estabelecimento público ou convencionado, num raio de 90 minutos de viagem, mantém-se praticamente inalterada (aumenta em apenas 0,23 pontos percentuais).

Na tabela 10 apresenta-se a distribuição da população por distrito, tendo por base a percentagem de população residente a menos de 90 minutos de um centro de tratamento de obesidade. Nesse âmbito, foi possível constatar que a maioria da população dos distritos da Guarda, Castelo Branco e Bragança não tem acesso a centros de tratamento cirúrgico de obesidade.

Tabela 10 – População residente a menos de 90 minutos de um centro de tratamento de obesidade, por distrito

Distrito	População coberta (%)
Aveiro	100%
Braga	100%
Coimbra	100%
Évora	100%
Faro	100%
Leiria	100%
Lisboa	100%
Porto	100%
Santarém	100%
Viana do Castelo	100%
Setúbal	97%
Portalegre	94%
Vila Real	94%
Viseu	89%
Beja	71%
Guarda	32%
Castelo Branco	16%
Bragança	0%
Nacional	95%

Por seu turno, no contexto do referido modelo de Penchansky e Thomas (1981), a dimensão da capacidade representa a medida em que o prestador detém os recursos necessários – como recursos humanos e tecnologia – para atender às necessidades dos utentes, traduzindo assim uma medição da capacidade da rede em oferecer serviços em quantidade suficiente para fazer face à procura potencial.

No presente estudo, o confronto entre a oferta de cirurgias de obesidade e a procura potencial baseia-se na aplicação do método *Extended Kernel Density Two-Step Floating Catchment Area* (EKD2SFCA) (Polzin et al., 2014⁶³)⁶⁴. O método EKD2SFCA consiste no cálculo de rácios entre a oferta e a procura potencial, concretamente, de cirurgiões afetos a cirurgia de obesidade por habitante, e que se traduzem em *scores* de acesso para cada área de código postal de quatro dígitos de Portugal continental. Para o cálculo dos *scores* de acesso foram considerados os tempos de viagem entre as populações e os respetivos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no caso em estudo, 90 minutos. Estes *scores* são ponderados por um índice de mobilidade – que inclui variáveis que caracterizam os movimentos dos trabalhadores e dos estudantes entre o seu local de residência e o respetivo local de trabalho ou estudo (INE, 2011)⁶⁵ – e pelo índice de necessidades descrito na secção 4.1.

Depois de aplicado este método e obtidos os resultados dos *scores* de acesso, foi realizada uma análise de *clusters*, em que se definem três níveis de acesso: alto, intermédio e baixo. Na tabela 11 apresentam-se os resultados da distribuição da população por *clusters*, bem como o rácio médio de cirurgiões afetos a cirurgias de obesidade, em cada um dos *clusters*. No *cluster* de acesso baixo incluem-se também as populações residentes nas áreas de códigos postais que distam mais de 90 minutos de um hospital do SNS (5% da população).

⁶³ Polzin, P., Borges, J., & Coelho, A. (2014). An extended kernel density two-step floating catchment area method to analyze access to health care. *Environment and Planning B: Planning and Design*, 41(4), 717-735.

⁶⁴ Este método foi já utilizado pela ERS em diversos estudos e pareceres com análises de acesso (veja-se, por exemplo, o estudo sobre “Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos”, publicado em https://www.ers.pt/pages/18?news_id=1335), os quais podem ser consultados para conhecimento em maior detalhe dos aspetos técnicos do método. Note-se que este método integra, para além das dimensões da proximidade e da capacidade, informação demográfica e socioeconómica das populações.

⁶⁵ INE (2011). Recenseamento da população e habitação - Censos 2011.

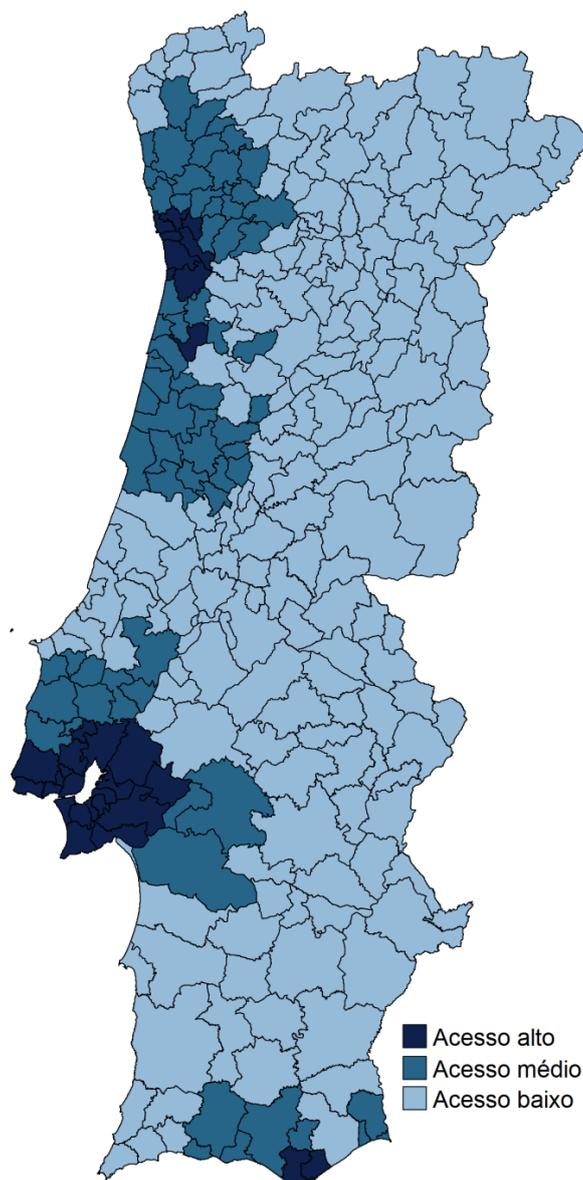
Em concreto foram consideradas as seguintes variáveis: a proporção de população residente que trabalha ou estuda noutro município, a proporção de população com movimentos pendulares superiores a 60 minutos, a proporção de população empregada ou estudante que utiliza principalmente autocarro, metropolitano, comboio ou automóvel nos movimentos pendulares, e a duração média dos movimentos pendulares.

Tabela 11 – Distribuição da população por *clusters* de acesso

<i>Cluster</i>	População	% População	N.º de concelhos	Rácio de cirurgões por 100.000 habitantes
Alto	4.132.018	41%	30	0,74
Médio	3.043.393	30%	68	0,43
Baixo	2.871.672	29%	180	0,08

Para apresentação dos resultados por concelho procedeu-se a uma associação dos resultados dos códigos postais de quatro dígitos aos concelhos. Nos casos em que houve mais de um resultado por concelho, foi considerado o *cluster* onde se posicionou a maioria da população residente nesse concelho.

Figura 16 – Acesso a cirurgias de obesidade em hospitais do SNS, por concelho



Da análise da figura, em confronto com a tabela anterior, conclui-se que a população da grande maioria dos concelhos tem acesso baixo a cirurgias de obesidade. Em termos de habitantes residentes, cerca de 60% da população posiciona-se nos *clusters* de acesso médio ou baixo.

6. Conclusões

O presente estudo visou analisar a oferta de cuidados de saúde na área da obesidade, no SNS, em confronto com a procura, e identificar os principais problemas no acesso a esses cuidados.

Dos resultados das análises realizadas é possível extrair as seguintes conclusões principais:

1. A obesidade em Portugal atinge cerca de 17% da população, percentagem em linha com a média dos países da União Europeia, verificando-se uma maior probabilidade de ocorrência em população do género feminino, com mais idade, menor nível de escolaridade e de estrato socioeconómico inferior;
2. No SNS encontra-se prevista uma abordagem integrada da obesidade, com articulação entre os diversos níveis de cuidados, que prevê a sinalização precoce e acompanhamento em consulta nos cuidados de saúde primários. Porém, a capacidade de resposta dos cuidados de saúde primários nesta área encontra-se diminuída pela constatada carência de nutricionistas nos ACES, 15 dos quais não dispunha de qualquer nutricionista, em 2016, com maior escassez relativa nos ACES da ARS Lisboa;
3. A rede de centros de tratamento reconhecidos pela Direção-Geral da Saúde é constituída por 14 prestadores do SNS, e apenas um destes é um centro de elevada diferenciação; acresce ainda que, segundo os dados da ACSS, um destes prestadores não realizou qualquer consulta de cirurgia de obesidade nos anos de 2015 a 2017, e três realizaram um número de consultas residual; por outro lado, quatro centros apresentaram uma lista de inscritos para consultas inferior a 10 utentes, e dois não tinham registo de utentes inscritos a 31 de dezembro de 2017;
4. Os hospitais do SNS que realizam tratamentos na área da obesidade estão grandemente concentrados nas regiões Norte e Lisboa e Vale do Tejo, existindo escassez de recursos humanos em algumas regiões do país afastadas dos grandes centros populacionais; por outro lado, a oferta de prestadores convencionados com o SNS é escassa e localiza-se essencialmente em Porto, Lisboa e Coimbra, não representando uma melhoria significativa no acesso geográfico à rede de serviços pelas populações;

5. Os principais problemas reportados pelos utentes que procuram estes cuidados prendem-se com dificuldades de acesso em tempo útil;
6. Efetivamente, verifica-se uma elevada taxa de incumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos definidos na Lei, quer em consultas hospitalares, quer em cirurgias de obesidade, por parte dos hospitais do SNS, devendo destacar-se que a área da obesidade apresenta nesta matéria o pior desempenho relativo, quando comparada com outras especialidades;
7. De acordo com os dados analisados, em 2017 os utentes intervencionados cirurgicamente para tratamento da obesidade num hospital do SNS esperaram, em média, oito meses desde a data de entrada para a lista de inscritos para cirurgia (LIC) até à cirurgia;
8. Acresce que o tempo que um utente espera para ser tratado cirurgicamente à obesidade num hospital do SNS não é apenas o tempo que permanece na LIC, mas resulta do somatório desse tempo à espera a que é sujeito para a consulta de cirurgia da obesidade, a qual, em média, ascendeu igualmente a oito meses, em 2017, perfazendo uma espera total média de 16 meses;
9. Numa análise que compara a capacidade de oferta dos prestadores da rede de cuidados da área da obesidade com a procura potencial das populações, conclui-se que a grande maioria dos concelhos de Portugal continental têm um nível de acesso baixo a cirurgias de obesidade. Em termos de habitantes residentes, os níveis de acesso médio e baixo abrangem cerca de 60% da população.



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100-455 PORTO
e-mail: geral@ers.pt • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • www.ers.pt