

# Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

## Prioridades e Equidade no Acesso aos Medicamentos em Cabo Verde [Priorities and Equity in Access to Medicines in Cape Verde]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	da Conceição Carvalho, Maria
Publisher	Conselho Nacional de tica para as Ci ncias da Vida
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-07-04 01:17:51
Link to Item	<a href="http://hdl.handle.net/20.500.12424/226523">http://hdl.handle.net/20.500.12424/226523</a>

## PRIORIDADES E EQUIDADE NO ACESSO AOS MEDICAMENTOS EM CABO VERDE

*Maria da Conceição Carvalho*

### **Introdução**

Falar sobre as Prioridades e Equidade no acesso aos medicamentos revela-se um tema actual e pertinente para o contexto de Cabo Verde, mormente por se tratar de um arquipélago constituído por 10 ilhas, sendo 9 habitadas com uma população residente de 505.983 habitantes<sup>1</sup>.

Em 2011, o IDH era de 0,568. Os dados de 2012 indicam que o PIB *per capita* era de 3.800 dólares. No que diz respeito aos custos, o problema do financiamento dos cuidados de saúde continua a ser uma das principais preocupações e concomitantemente a pobreza atinge 26,6% da população<sup>2</sup>.

O Orçamento Geral do Estado para a saúde anda à volta de 9%. A despesa *per capita* em saúde foi estimada em 155 dólares em 2010, contra 64 dólares *per capita* em 2001 (OMS, Relatório Mundial da Saúde).

---

1. Censo, 2010.

2. Documento de Crescimento e Estratégia de Redução da Pobreza em Cabo Verde.

Os dados estatísticos apontam que a esperança de vida é, em média, de 74 anos, a mortalidade geral 5,2/1000, e a mortalidade infantil de 22,3/1000 nados-vivos, sendo 60,5% mortalidade perinatal. A mortalidade nos menores de 5 anos é de 26,3/1000 nados-vivos e a mortalidade materna é menor que 50/100.000.

Em Cabo Verde, as principais causas de mortalidade são as doenças cardiovasculares, os tumores malignos, as doenças infecciosas e parasitárias e a violência externa devido a acidentes de viação, homicídios e suicídios.

Em termos de cobertura sanitária, a nível do sector público, a rede de estruturas de saúde está constituída por dois hospitais nacionais de referência, quatro hospitais regionais, 30 centros de saúde, 34 postos sanitários que funcionam com enfermeiros e 113 Unidades Básicas de Saúde que funcionam com agentes sanitários; 33 Farmácias e uma Empresa de importação, distribuição e comercialização de medicamentos; cinco Centros de Saúde Reprodutiva, um Centro de Saúde Mental e um Centro de Terapia ocupacional. A nível de sector privado o sistema conta com 70 Estabelecimentos (consultórios, clínicas de estomatologia, de fisioterapia e de exames complementares de diagnóstico), 34 Farmácias privadas, sete Postos de venda de Medicamentos (sem farmacêuticos) e um Laboratório de produção de medicamentos, que tem no fabrico de genéricos a sua matriz principal.

O rácio médico/habitantes é de 5,1/10.000 (260 médicos no activo) e o rácio enfermeiro/habitantes de 10,9/10.000 (551 enfermeiros). Há 1,2 farmacêuticos por 10.000 habitantes (61 farmacêuticos). A nível de cooperação com Cuba, China e Egipto, o sistema de saúde de Cabo Verde conta com assistência técnica de 37 médicos nas áreas de Anestesia, Cirurgia, Gineco-obstetrícia, Nefrologia e Urologia.

Para analisar as prioridades no acesso a medicamentos em Cabo Verde, vejamos a Lista Nacional de Medicamentos publicada em Novembro de 2009 a qual, segundo informações, está a ser trabalhada na sua revisão e actualização. Esta lista tem 643 princípios activos. Para o efeito de comparticipação pela Entidade Gestora de Protecção Social, os medica-

mentos têm categorias A,B,C e D, de acordo com a sua importância terapêutica, variando a comparticipação de 50 a 85%. Em casos especiais, o Director Geral de Farmácia pode autorizar a importação de medicamentos não comercializados no país, mediante justificação clínica e se forem considerados imprescindíveis ao tratamento de determinada patologia.

Quanto à Lista de Medicamentos Essenciais, ela é de carácter oficioso. Tem 247 princípios activos para responder de forma coerente ao estipulado como pacote mínimo essencial e, através desta, se pretende garantir a disponibilidade de medicamentos essenciais e produtos farmacêuticos para os problemas prioritários da Saúde Pública em Cabo Verde. A dispensa desses medicamentos nas estruturas é feita mediante o pagamento de uma taxa moderadora de 1 Euro mas a disponibilidade é insuficiente, o que vai contra a própria definição de medicamentos essenciais: *“Devem estar sempre disponíveis, nas quantidades adequadas, nas formas farmacêuticas requeridas e a preços que os indivíduos e as comunidades possam pagar”*.

A lista de Medicamentos Essenciais para a Pediatria de acordo com as recomendações da OMS está em discussão com os pediatras nacionais para a adequação à nossa realidade.

Aliás, o Ministério da Saúde reconhece no seu Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016 que a disponibilidade permanente de medicamentos essenciais seguros, de qualidade e a um preço acessível para suportar as actividades de saúde que respondam ao perfil epidemiológico do país é indispensável para o funcionamento do SNS e para a melhoria do estado de saúde da população. Apesar de várias intervenções feitas com vista ao melhor desempenho do Sector Farmacêutico, ainda se mantem alguns **constrangimentos**, especialmente no que concerne a:

- Equidade no acesso aos medicamentos com consequente impacto na qualidade dos cuidados;
- Gestão deficiente: a gestão dos medicamentos, quando há, é feita de forma não planificada, não obedecendo às necessidades reais de cada estrutura, em fun-

ção do volume de doentes. A ruptura de alguns medicamentos é um facto, tendo na sua origem vários factores como sendo a planificação, a importação e a gestão de stock;

- Insuficiência de recursos humanos para o sector farmacêutico;
- Insuficiência no ciclo de aprovisionamento levando a rupturas frequentes de medicamento e produtos farmacêuticos;
- Falta ou incumprimento de protocolos / directrizes técnicas.

### **A dimensão ética na política de saúde em Cabo Verde e a reserva do possível**

A Constituição da República de Cabo Verde (CR) no seu artigo 71.º consagra o direito à saúde e diz que, para garantir esse direito, incumbe ao Estado criar as condições para o acesso universal dos cidadãos aos cuidados de saúde, tendencialmente gratuito.

A Política Nacional de Saúde até 2020, inspirando na CR e na Lei de Bases da Saúde, elege como valores e princípios que fundamentam a visão do desenvolvimento sanitário:

- **Solidariedade**, baseada nos princípios da parceria, transparência, tolerância, integridade e responsabilidades partilhadas com indivíduos e comunidades.
- **Equidade no acesso e na utilização dos serviços de saúde**, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.
- **Ética**, baseada no respeito da dignidade humana e no princípio do direito universal a usufruir dos frutos do progresso realizado a nível nacional e mundial.

A mesma política consagra, como um dos princípios da

organização do SNS, a utilização de critérios epidemiológicos e estatísticos para o estabelecimento de prioridades, a afectação de recursos e a orientação programática em cada nível.

É de sublinhar que a equidade só será garantida se permitir a acessibilidade geográfica e económica, disponibilidade em função das necessidades, qualidade técnica, adequação e eficácia. E ainda que a dimensão Ética no SNS crie expectativas bem elevadas na população e funcione como motor das transformações e desenvolvimento.

### **Política de saúde para grupos específicos**

A proposição de políticas de saúde para grupos específicos gera polémica por ser o princípio contrário à universalidade defendida na Constituição da República (artigo 71.º: todos têm direito à saúde). Reclama-se o mesmo tratamento para outros grupos.

É um grande desafio para o sistema de saúde a efectivação de um acesso equitativo, já que cada segmento social tem diferentes demandas.

A Equidade em saúde é compreendida como directriz de organizar acções e serviços de saúde distintos para grupos populacionais desiguais socialmente, com forte traço de “discriminação positiva” para superar estas desigualdades injustas através da formulação e implementação de determinadas acções.

Para alguns grupos a própria evolução agressiva da patologia, ou o grande potencial de contágio, exige condições de acesso ao serviço de saúde diferenciados, como é o caso de pessoas portadoras de doenças sexualmente transmissíveis, infecção pelo VIH, tuberculose, que necessitam de diagnóstico e intervenção precoce.

Cabo Verde tem classicamente discriminação positiva para Atenção Integral às Doenças da Infância (menores de 5 anos), Atenção Pré-natal, Atenção à Tuberculose e ao VIH/SIDA. Os cuidados integrados para esses grupos são totalmente gratuitos, o que é bem aceite.

Vamos abordar questões que se prendem com o VIH/SIDA, a diabetes, a hipertensão, a oncologia e a hemodiálise fazendo, inclusive, um pequeno exercício sobre a distribuição dos recursos para reflectirmos sobre até que ponto o princípio dos critérios epidemiológicos e da justiça distributiva são respeitados (quadro mais abaixo).

Quanto ao VIH/SIDA, desde 2004 é garantido o tratamento antiretroviral para os doentes com CD4 igual ou inferior a 350. Desde junho de 2013 há uma orientação consolidada da OMS sobre o uso de medicamentos antiretrovirais no tratamento e prevenção da infecção pelo VIH/SIDA: recomendação para uma abordagem de Saúde Pública, que promove, entre outras coisas, o início precoce de TAR, a partir CD4 500 ciente das implicações da implementação dessa recomendação sobre os sistemas de saúde na Região Africana. Acontece que há países como o Brasil que já fazem tratamento antiretroviral a todos os infectados independentemente do valor de CD4.

Os dados indicam que Cabo Verde tinha, em Dezembro de 2013, 1994 seropositivos inscritos, sendo 996 os doentes sobre TAR, incluindo 63 crianças. Há falta de medicamentos para o tratamento do HIV2, nomeadamente a rifabutina (nucleósido) – HIV2 – 23%; HIV166 - 7%; 5% HIV1+HIV2. Feita a simulação para CD4 500, teríamos 1.332 nos finais de 2014, 1.668 em 2015, 2.004 em 2016, 2.340 em 2017. Porque não o acesso universal, garantindo o tratamento precoce, independente dos níveis de CD4?

Porque não a **discriminação positiva** para patologias crónicas como diabetes e hipertensão que fazem parte do pacote essencial de cuidados mas são comparticipados pelos doentes?

Essas patologias necessitariam de “priorização no acesso aos medicamentos” devido às graves consequências produzidas se não forem controladas. Se não, vejamos o diagnóstico da situação:

## Diabetes

É um dos maiores problemas de saúde em Cabo Verde, com elevado custo social e financeiro às famílias e ao país. É a principal causa de amputação não traumática de membros inferiores, a terceira causa de cegueira adquirida, uma das principais causas de insuficiência renal crónica, um dos factores de risco maior para as doenças cardiovasculares, motivo importante de internamentos por descompensação aguda e um dos responsáveis pela baixa qualidade de vida.

Segundo o IDNT2007, a taxa de prevalência da diabetes mellitus (glicémia capilar  $\geq 6,1$ mmol/l) situa-se em 12,7% na população dos 25 aos 64 anos de idade, sendo esta prevalência uma das mais elevadas do continente africano. Dos 12,7% determinados, apenas 17% estavam fazendo tratamento, sendo 8% homens e 31% mulheres. E, se o estudo não fosse até 64 anos mas em função da esperança de vida de 74 anos, a prevalência seria ainda maior.

## Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial é outro grande factor de risco para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares que constituem, junto com as cardiopatias reumatismais e isquémicas, a primeira causa de morte em Cabo Verde - 151.3/1.000.000. Também é uma das patologias na base da insuficiência renal crónica.

No estudo sobre os factores de risco para as doenças não transmissíveis (IDNT, 2007-2008) encontrou-se uma prevalência de 38,7% de hipertensão arterial na população dos 25 aos 64 anos de idade. Se a faixa etária fosse estendida até aos 74 anos, que é a média de esperança de vida, maior seria a prevalência.

Um outro grupo de doenças crónicas que merece reflexão são os tumores malignos/quimioterapia e a insuficiência renal crónica/hemodiálise que andam a consumir recursos

sem um programa bem definido, o que poderá pôr em causa a justiça e a equidade.

### **Tumores malignos/quimioterapia**

Os tumores malignos ou cancro são a segunda causa de morte no país, segundo dados do relatório estatístico do Ministério da Saúde. É a segunda causa de evacuação de doentes para o exterior.

Segundo o mesmo relatório, as cinco principais causas de óbitos por tumores são: tumores do estômago (12,2%), tumores do útero (10,6%), tumores dos brônquios e pulmões (9,9%), tumores do esófago (9,6%) e tumores malignos da próstata (9,2%).

Um estudo descritivo, realizado entre os pacientes do serviço de oncologia do HAN em 2011, demonstrou 226 casos novos de tumores malignos registados, sendo a primeira causa o tubo digestivo (geralmente são diagnósticos tardios).

O gasto com quimioterapia no Hospital/dia, na Praia, é de 3.100 euros/mês/doente (133 casos novos em 2011, 164 em 2012, 844 e 938 sessões respectivamente). Quando não há registos do cancro a nível nacional, não há um programa completo para prevenção, diagnóstico precoce e protocolos de tratamento adequado, com seguimento e avaliação sobre a sobrevivência e os reais benefícios.

### **Insuficiência renal crónica (IRC) / Hemodiálise**

Em Cabo Verde não são ainda conhecidas as taxas de frequência de IRC. Entretanto, um levantamento realizado no Hospital Agostinho Neto, em 2004-2005, revelou cerca de 40 casos registados em 18 meses<sup>3</sup>. Desde então tem-se verifica-

---

3. Tavares, HME. Perfil do paciente com insuficiência renal crónica atendido no hospital Dr. Agostinho Neto, apresentado nas XVI Jornadas Médicas do HAN, 2005.

do uma incidência de 20 a 30 casos por ano. Muitas vezes têm na base diabetes e hipertensão.

Em Fevereiro de 2010 foi instalada uma unidade de hemodiálise nos dois Hospitais Centrais para o tratamento de pacientes com insuficiência renal aguda, e para a estabilização dos pacientes com IRC aguardando evacuação para o exterior. Em 2011 foram realizadas 301 sessões de hemodiálise convencional, no HAN, para 37 pessoas com insuficiência renal aguda e crónica<sup>4</sup>. No HBS em 2010 foram dialisados 10 pacientes na Unidade de Hemodiálise, sendo a maior parte doentes com insuficiência renal crónica que aguardavam evacuação. Em 2011 foram dialisados também 10 pacientes. De realçar que a segurança social não vem participando nem na quimioterapia nem na hemodiálise.

## Dilemas éticos

### O desafio da sustentabilidade financeira e os dilemas na utilização dos recursos

Em termos de financiamento de saúde conta-se com o Orçamento Geral do Estado (150 dólares/*per capita*, 8 a 10%, 3.111.375 mil ECV), parcerias de várias organizações internacionais, pagamento directo das famílias, previdência social que cobre 37% da população e algumas mutualidades ainda com pouco peso. 4,2% tem uma pensão social mínima através do regime não contributivo. Despesa *per capita* 150 dólares mas os critérios e mecanismos de gestão de fundos internos e externos continuam administrativos, não se baseando ainda em dados epidemiológicos e estatísticos do país, pelo que não é certo que haja um benefício real das populações com esse rendimento *per capita*.

O estudo sobre o financiamento da saúde feito pela OIT em 2012 coloca os gastos do MS com medicamentos em 1º lugar e, no entanto, as queixas em relação ao acesso deficiente de uma larga franja da população não param de crescer. Além

---

4. Relatório Estatístico do Serviço de Diálise do HAN, 2011.

de sabermos que os medicamentos importados e comprados em pequena escala ficam mais caros, agravado com o transporte inter-ilhas, questiono: será que os gastos estão a ser eficientes? Não haverá desperdício?

Considerando que nos dizem que os direitos sociais **são progressivos e sob a reserva do possível**, o desafio da sustentabilidade financeira e os dilemas na utilização de recursos estão na ordem do dia.

Como garantir a justiça distributiva? Como rentabilizar os recursos disponíveis?

Garantir a eficiência dos escassos recursos utilizados, evitando desperdícios e injustiças é um imperativo ético. Definir claramente a alocação dos recursos em função das prioridades fazendo jus ao princípio defendido na PNS da utilização de critérios epidemiológicos e estatísticos.

O quadro em baixo pretende reflectir sobre a distribuição dos recursos em função dos critérios epidemiológicos. Será que se consegue descortinar alguma justiça distributiva?

Com base na análise da situação elaborada em 2012, foram identificados vários problemas prioritários que impõem

Doenças	Necessidades de recursos financeiros para prevenção e tratamento 2012-2016 inscritos no PNDS (euros)	Número de pacientes previstos no período	Comentários
Diabetes	2.374.722	Media de 13.230	25 a 64 anos
Doenças Cardiovasculares	32.834.858	Media de 40.316	25 a 64 anos
Tumores malignos	14.412.227	Media de 164	Não foram contabilizados as evacuações
Insuficiência renal crónica (IRC)/ Hemodiálise	1.522.558	Media de 60	Só em 2013 foram gastos 29.169 euros em eritropoietina; não foram contabilizados as evacuações
VIH-SIDA	1.100.000	662 a 996 doentes, incluindo 63 crianças	De 2010 a 2013 só em antiretrovirais excluindo os cedidos pelo Brasil

Fonte: quadro, elaborado pela apresentadora

a revisão da Política Farmacêutica Nacional, que é de 2003, para privilegiar uma maior acessibilidade a medicamentos genéricos, seguros e de boa qualidade, e a sua utilização racional por toda a população. Da mesma análise ressalta a necessidade de elaboração de um Plano Estratégico nacional para o sector farmacêutico, tendo como base a Política Farmacêutica Nacional. Aconselha-se ainda a reorganização do sector de forma a melhorar o circuito de aprovisionamento em medicamentos, garantir a qualidade, segurança e eficácia dos mesmos, e rever o quadro jurídico do sector, assim como adequar os recursos humanos à nova realidade. Deve ainda ser garantido o cumprimento de protocolos e directrizes técnicas adequadas em nome da segurança do doente e da qualidade das prestações. O outro desafio é aumentar a cobertura dos sistemas de protecção social e seguros de saúde.

Em jeito de conclusões deixamos quatro elementos de discussão, julgados de interesse para a definição das prioridades e equidade no acesso a medicamentos:

- Cabo Verde tem vontade política expressa em vários documentos e tem ratificado várias convenções internacionais de forma a que todos os cidadãos tenham acesso a tudo, mas enfrenta a incompatibilização entre os recursos disponíveis e as necessidades dos vários grupos específicos, pelo que a cada momento é desafiado a definir prioridades.
- Porque não a discriminação positiva para patologias crónicas como diabetes e hipertensão, outras IST, que fazem parte do pacote essencial de cuidados mas são comparticipados pelos doentes?
- Por que não o acesso universal dos doentes com VIH/SIDA ao tratamento precoce, independentemente dos níveis de CD4? Actualmente só os que têm CD4 de 350 ou menos são elegíveis, tanto mais que em relação a esse grupo as parcerias internacionais são auspiciosas: Laços Sul/Sul, Cooperação bilateral com o Brasil, Fundo Global.
- Devido à complexidade e diversidade das orientações éticas, as decisões a serem tomadas devem ter a parti-

cipação de todos os segmentos sociais interessados no campo da saúde, considerados como interlocutores válidos. E que essas decisões balizem-se pelo respeito à dignidade humana, em obediência à regra Kantiana de cada individuo ser tratado como um fim em si mesmo. •

### Referências Bibliográficas

- Constituição da República de Cabo Verde 2010, pg 59 e 60.
- MS, Política Nacional de Saúde, Cabo Verde, 2007.
- MS, Relatório Estatístico do MS 2012, Cabo Verde.
- MS, Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016.
- OMS, *L'utilisation des médicaments essentiels*, 1998.
- Revista de Bioética, volume 16, nº1-2008, orientações bioéticas de justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde, 2008.
- Revista da Ordem dos Médicos Portugueses, nº120-junho de 2011, Política de medicamento: reflexões e propostas de um médico de família.
- Marluce Maria Araújo Assis - Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelos de análise.
- Washington Luiz Abreu de Jesus, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia.
- CCS/SIDA-Cabo Verde - Relatório de Monitorização e Avaliação, 2013.
- <http://www.minsaude.gov.cv>, acessado em março de 2014.
- BO nº 37, 1ª série, decreto-lei 33/2009, 21 de Setembro. Lista Nacional de Medicamentos.
- MS, Tabela de cuidados de saúde e pacotes essenciais de atenção primária 2007.
- Medicaments e droits de l'homme, Séminaire sur les Politiques Pharmaceutiques à l'attention des experts francophones*, Geneve, 7-11 avril 2014 Prof. Dr. Stéphanie Dagron.
- Améliorer l'accès aux médicaments essentiels pour les maladies non transmissibles*, Cecile Macé-OMS.
- Série Economie de la Santé et Médicaments, nº7, Mondialisation et accès aux médicaments, perspectives sur l'accord sur les ADPIC de l'OMC*, Germán Velasquez, 3ª edição revista. 2005-OMS.