



Universidade da Beira Interior

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Gestão e Economia

DISSERTAÇÃO DE Mestrado apresentada à UNIVERSIDADE
DA BEIRA INTERIOR COMO REQUISITO PARA A OBTENÇÃO
DO GRAU DE MESTRE EM ECONOMIA, NA ÁREA DE
ECONOMIA FINANCEIRA

Avaliação económica no tratamento de úlceras da perna através da aplicação do tratamento de Terapia Compressiva

Jorge Augusto Antunes Batista

Covilhã

2010

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do Professor Doutor **José Alberto Serra Ferreira Rodrigues Fuinhas**, apresentado à Universidade da Beira Interior para a obtenção do Grau de Mestre em Economia, na área de Economia Financeira.

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste trabalho diversos apoios revelaram-se fundamentais, pelo que não quero deixar de o referir, com o devido reconhecimento, solidariedade e gratidão.

Ao Professor Doutor José Alberto Fuinhas, orientador científico, por toda a sua disponibilidade, simpatia, atenção, estímulo, sugestões e orientações sempre produtivas ao longo da realização de toda a investigação.

À minha namorada Patrícia por todo o apoio incondicional, carinho, paciência, força e motivação dados durante todo este tempo de realização da dissertação.

Ao enfermeiro José Manuel Mota por todo o material facultado, disponibilidade e pela revisão efectuada ao trabalho, nomeadamente sobre as úlceras da perna.

Aos meus sobrinhos Rafael e David pelo carinho, humor e alegria que irradiam a toda a família.

A todos os utentes que se disponibilizaram para que esta investigação fosse possível e aos enfermeiros do Centro de Saúde de Santa Comba Dão sempre simpáticos, atenciosos e prestáveis para qualquer esclarecimento.

E, por último, a todos os que de alguma forma contribuíram para a consecução deste trabalho.

A todos muito obrigado!

A SENSACÃO DE NECESSIDADE É O MAIOR
IMPULSIONADOR DA MUDANÇA EM
QUALQUER SISTEMA

LEWIN, 1951

RESUMO

Analisamos os custos económicos, de natureza privada, que devem ser considerados no tratamento de úlceras da perna através da aplicação do tratamento de terapia compressiva. Adicionalmente, temos como propósito identificar o impacto do tratamento referido em termos de melhoria de qualidade de vida, pela aplicação do questionário de medição *Cardiff* de tratamento de impacto da ferida. O tipo de avaliação que utilizamos é a análise custo-efectividade. Os dados utilizados referem-se aos utentes do Centro de Saúde de Santa Comba Dão que estão sujeitos ao tratamento de terapia compressiva. Os resultados obtidos mostram a eficácia do tratamento de terapia compressiva em termos de custo-efectividade.

Palavras-chave: Análise custo-efectividade, úlcera da perna; terapia compressiva; qualidade de vida.

ABSTRACT

We analyze the economic costs, of private nature, which must be considered in the treatment of leg ulcers by application of the treatment with compression therapy. Additionally, we have the purpose of identifying the impact of the described treatment in terms of improved quality of life by the application of a Cardiff impact of treatment of the wound measure questionnaire. The type of assessment we use is the cost effectiveness. The data we use refers to the users of the Centro de Saúde of Santa Comba Dão which have been subject to medical treatment with compression therapy. The results show the effectiveness of treatment with compression therapy in terms of cost-effectiveness.

Key-words: Cost-effectiveness analysis, leg ulcers, compression therapy; quality of life.

ÍNDICE

ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	II
ÍNDICE DE DIAGRAMAS.....	II
ÍNDICE DE TABELAS.....	III
ÍNDICE DE IMAGENS	III
LISTA DE ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS.....	IV
INTRODUÇÃO.....	1
1. AVALIAÇÃO ECONÓMICA NA SAÚDE.....	4
1.1 FUNDAMENTOS DE AVALIAÇÃO ECONÓMICA	9
1.2 IMPACTO DAS ALTERAÇÕES TECNOLÓGICAS	11
1.3 IMPLANTAÇÃO DE NOVOS DE PROGRAMAS.....	15
1.4 AVALIAÇÃO, GESTÃO E GARANTIA DE QUALIDADE.....	18
2. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	23
2.1 AVALIAÇÃO ECONÓMICA	23
2.2 PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO	24
2.3 NÍVEIS DE EFICIÊNCIA	27
2.4 TIPOS DE AVALIAÇÃO ECONÓMICA EM SAÚDE	27
2.5 ETAPAS NA PRODUÇÃO NA SAÚDE	30
2.6 ANÁLISE CUSTO-EFFECTIVIDADE	30
3. ÚLCERAS DA PERNA	34
3. 1 EPIDEMIOLOGIA	34
3. 2 CAUSAS	36
3. 3 QUADRO CLÍNICO	37
3. 4 DIAGNÓSTICO	37
3. 5 TRATAMENTO	38
3. 6 TERAPIA COMPRESSIVA.....	39
4. DADOS E RESULTADOS	42
4.1 QUESTIONÁRIO	42
4.2 CARACTERIZAÇÃO	44
4.3 ESQUEMA CARDIFF DE IMPACTO DA FERIDA	47
4.4 QUALIDADE DE VIDA GLOBAL.....	48
4.5 CUSTOS ASSOCIADOS AO TRATAMENTO.....	50
4.6 COMPARAÇÃO COM OUTRO TIPO DE TRATAMENTO.....	54
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
APÊNDICES	72
A.1 CARTA DE PEDIDO DE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO NO CENTRO DE SAÚDE DE SANTA COMBA DÃO.....	73
A.2 QUESTIONÁRIO NO ÂMBITO DE ANALISAR O IMPACTO QUE O TRATAMENTO DE TERAPIA COMPRESSIVA	74
ANEXOS.....	80
B.1 DIAGRAMA DE AVALIAÇÃO DE ÚLCERAS DA PERNA.....	80

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – <i>Distribuição dos utentes por sexo</i>	44
Gráfico 2 – <i>Distribuição dos utentes por idade</i>	44
Gráfico 3 – <i>Distribuição dos utentes por nível de escolaridade</i>	45
Gráfico 4 – <i>Distribuição dos utentes por profissão segundo sexo</i>	45
Gráfico 5 – <i>Distribuição dos utentes por distrito de residência</i>	46
Gráfico 6 – <i>Distribuição dos utentes por existência do tratamento de terapia compressiva na área de residência segundo o distrito</i>	46
Gráfico 7 – <i>Distribuição dos utentes por estado de cicatrização da ferida</i>	46
Gráfico 8 – <i>Gráfico de barras para a apresentação dos intervalos de confiança para as médias das sub-escalas do CWIS</i>	48
Gráfico 9 – <i>Distribuição da variável QVG</i>	49
Gráfico 10 – <i>Nível de satisfação dos resultados alcançados com o tratamento</i>	50
Gráfico 11 – <i>Distribuição do número de deslocações por semana à unidade de saúde</i>	50
Gráfico 12 – <i>Distribuição da previsão do número de semanas que demora o tratamento de terapia compressiva</i>	51
Gráfico 13 – <i>Distribuição da variável meio de transporte usado para se deslocar à Unidade de Saúde</i>	51
Gráfico 14 – <i>Distribuição dos valores gastos em cada deslocação à Unidade de Saúde</i> ..	52

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 – <i>Análise de custo-efectividade</i>	32
Diagrama 2 – <i>Representação dos resultados alcançados, tendo em conta os dois tipos de tratamento</i>	59
Diagrama 3 – <i>Análise de custo-efectividade no tratamento de terapia compressiva</i>	61

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Estatísticas descritivas da idade.....	44
Tabela 2 – Valores de fiabilidade das dimensões do CWIS.....	47
Tabela 3 – Estatísticas descritivas das sub-escalas de cada dimensão do CWIS.....	47
Tabela 4 – Correlação entre as três dimensões da CWIS.....	48
Tabela 5 – Estatísticas descritivas da escala QVG.....	49
Tabela 6 – Correlação das dimensões da CWIS com a QVG.....	49
Tabela 7 – Estatísticas descritivas do número de deslocações por semana à unidade de saúde.....	50
Tabela 8 – Estatísticas descritivas das sub-escalas CWIS.....	55
Tabela 9 – Estatísticas descritivas da escala de QVG.....	57
Tabela 10 – Resultados alcançados com a terapia compressiva.....	58
Tabela 11 – Média das escalas da efectividade 1 e efectividade 2.....	60

ÍNDICE DE IMAGENS

Figura 1 – Conceito básico subjacente aos QALY.....	8
------------------------------------------------------------	---

LISTA DE ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

ACB – Análise Custo-Benefício

ACE – Análise Custo-Efectividade

ACM – Análise Custo-Minimização

ACU – Análise Custo-Utilidade

APS – Avaliação de Programas em Saúde

ATS – Avaliação Tecnológica em Saúde

CWIS – Cardiff Wound Impact Schedule

NPUAP – National Pressure Ulcer Advisory Panel

OMS – Organização Mundial de Saúde

QALY – Quality Adjusted Life Years

QVG – Qualidade de Vida Global

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciency

UP – Úlcera da Perna

WHOQoL Group – Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos verificou-se um grande desenvolvimento e avaliação nos serviços de cuidados de feridas para o tratamento de úlceras da perna. No entanto, tem-se dado pouca atenção à forma como esses serviços são integrados na prática clínica.

Tratar as úlceras da perna e proporcionar maior qualidade de vida aos utentes é o objectivo de todos os profissionais que, diariamente, lidam com este problema. As úlceras da perna são, indubitavelmente, um problema de saúde pública. No entanto, não têm sido alvo de uma atenção por parte dos responsáveis de saúde, por várias razões, como por exemplo o desconhecimento de quanto pesa no erário institucional e público. Até aos dias de hoje, poucos estudos procuram examinar as úlceras da perna numa perspectiva de saúde mais alargada.

Apesar de se saber que o tratamento e prevenção no cuidado de feridas gastam grandes quantidades de recursos em termos de consumíveis, equipamento e tempo de enfermagem, há ainda pouca avaliação objectiva do impacto económico do cuidado de feridas nos serviços de saúde. Além do mais, os custos do serviço de saúde podem descrever inadequadamente o custo total dos cuidados, dado que este impacto incide cada vez mais fora dos serviços de saúde formais e cada vez mais nos utentes e nas suas famílias. Além disso, a apreciação do impacto da doença em termos de custos não descreve a avaliação completa. A informação, por si só, é limitada e precisa de ser apreciada em relação a alguma medição de resultados de saúde. A relação custo-efectividade é, por conseguinte, um equilíbrio entre a entrada (recursos) e a saída (efectividade). Os melhores tratamentos são de baixo custo por unidade de ganhos em saúde, mas é importante ter a noção de que a opção mais barata não é necessariamente a mais efectiva em termos de custos.

Existem estudos que recorrem à avaliação do custo-efectividade para o tratamento de úlceras da perna (e.g. Kantor e Margolis, 2001). Esses estudos mostraram que os tratamentos de úlceras da perna inovadores custavam efectivamente mais do que tratamentos usuais. No entanto, os resultados de cicatrização obtidos registavam melhorias significativas, comparativamente com os usuais. Estes autores não tiveram em conta a disponibilidade dos utentes para pagarem pelos novos tratamentos.

As questões de qualidade de vida para os utentes dos tratamentos de úlceras da perna devem sobrepor-se a outras, sendo a cicatrização uma das variáveis mais

importantes (Korn *et al.*, 2002). Estes autores referiram que podem ser consideradas nos estudos de avaliação económica outras variáveis, nomeadamente a estimativa das necessidades, o potencial para a prevalência reduzida e o uso de recursos de cuidados de saúde ao mesmo tempo que se melhora a saúde da população.

Thesenvitz (2003) efectuou um estudo de custo-efectividade para as intervenções preventivas no tratamento de úlceras da perna. Este autor mostrou que 1 euro gasto hoje na promoção da saúde representa futuramente um ganho de 14 euro em serviços de saúde. Evidenciou também que é necessário ter em conta este tipo de resultados de forma a obter a máxima eficiência do tratamento.

Morison *et al.* (2007) referem que no tratamento de feridas deve dar-se preferência as medições clínicas da efectividade, dado que estas são de relevância directa para o profissional de saúde, podendo-se considerar outras variáveis, como: alteração na área da ferida, alteração na gravidade da ferida, melhoria subjectiva na ferida, dias sem ferida, cicatrização completa da ferida (cura clínica). No entanto, indicam que a cicatrização completa da ferida é o resultado mais utilizado, dado que a maior parte dos profissionais de saúde acredita que constitui um parâmetro de avaliação concreto e inconfundível para os estudos clínicos. A cicatrização completa da ferida pode ser uma limitação, se for considerada como o único resultado de valor para o utente (insucesso no tratamento). A diminuição do tamanho ou a menor dor de uma ferida podem ser consideradas nos estudos de avaliação económica para os tratamentos das úlceras da perna. Adicionalmente, a cura clínica pode estar fracamente correlacionada com a compreensão de saúde do utente, levando alguns investigadores a pesquisarem sobre o papel da qualidade de vida relacionada com a saúde, na determinação de resultados do tratamento.

Neste sentido, o objectivo deste trabalho é analisar quais os custos económicos, de natureza privada, que devem ser consideradas no tratamento de úlceras da perna através da aplicação do tratamento de terapia compressiva. Adicionalmente, pretendemos identificar o impacto da aplicação do tratamento referido em termos de melhoria de qualidade de vida do utente.

A estrutura desta dissertação é a que se apresenta seguidamente. No capítulo 1, começamos por abordar avaliação económica em saúde, seguida da referência a estudos já realizados sobre esta temática. Ainda neste capítulo, exploramos a avaliação em termos das alterações tecnológicas em saúde, de programas em saúde e na gestão da garantia de qualidade em saúde. No capítulo 2 apresentamos os principais métodos utilizados para efectuar a avaliação económica em saúde, considerando a produção da avaliação, os níveis

de eficiência, tipos de avaliação económica na saúde e as principais etapas na produção na saúde. Em particular, debruçamo-nos mais pormenorizadamente na análise custo-efectividade. No capítulo 3 apresentamos a aplicação dos métodos ao caso do tratamento de terapia compressiva. No capítulo 4 efectuamos a discussão e conclusão dos resultados obtidos.

1. AVALIAÇÃO ECONÓMICA NA SAÚDE

O conceito originário de avaliação é proveniente das ciências económicas e é utilizado com certas variações por outras ciências, principalmente na área social (Castro, 2002). Avaliar consiste, fundamentalmente, em fazer um julgamento do mérito, valor ou significância em termos de uma intervenção ou sobre qualquer uma das suas variáveis, com o objectivo de ajudar no processo de tomada de decisão. Esta definição formulada por Contrandriopoulos *et al.* (1997) é apenas uma de diversas definições existentes para o termo avaliação.

A avaliação consiste numa análise comparativa de hipóteses alternativas em termos dos seus custos e das suas consequências (Drummond *et al.*, 2005) e é aconselhada para situações em que os recursos são limitados, onde existe mais do que uma alternativa e que se pretende maximizar o benefício por unidade de custo. Desenvolve-se pela interligação do problema a uma teoria ou explicação geral sobre o que faz a área da saúde modificar-se, através do conhecimento adquirido pelo homem. É importante realçar que este tipo de avaliação informa sobre as decisões, mas não informa sobre o caminho a seguir.

No processo de decisão, a avaliação económica deve ser usada como fonte de informação com vista a analisar as informações disponíveis e conhecer melhor a situação que é avaliada. Assim, permite ajudar na determinação, no nível, na forma e na localização do tipo de serviços que se devem prestar. Trata-se de uma forma simples e eficaz de organizar informações para o processo de tomada de decisão tendo em conta a qualidade desejada.

A eficiência económica pressupõe a obtenção do máximo bem-estar para todos os indivíduos. Tal como refere Giraldes (1997, p.174):

“Qualquer combinação de recursos será mais eficiente do que outras, se o somatório dos acréscimos de bem-estar individual obtidos for superior ao somatório das eventuais reduções de bem-estar que tenham sido praticadas em outros ou nos mesmos indivíduos”.

A base do princípio económico é a maximização dos benefícios totais a partir dos escassos recursos da comunidade em termos eficiência (Drummond *et al.*, 2005). O procedimento inicial na avaliação económica consiste em medir e controlar os custos de produção, no qual devem ser efectuadas a distribuição dos serviços, programas e actividades desenvolvidas. Nesse sentido, é preciso diferenciar a análise de informações para a realização de uma avaliação de um simples diagnóstico. A análise distingue-se do

diagnóstico por exigir, além da descrição da situação que se quer conhecer, uma procura pelas possíveis explicações para a situação analisada (Tanaka e Melo, 2004).

A maximização dos benefícios para a sociedade é assegurada quando não é possível alterar a afectação de recursos para qualquer outra aplicação alternativa, sem que pelo menos a situação de um indivíduo seja prejudicada – condição que enquadra o conceito económico do *ótimo de Pareto* (Frederico, 2000). Uma distribuição de recursos é, assim, considerada como *ótimo de Pareto*, quando qualquer alteração nessa distribuição irá prejudicar alguém, mesmo que outros sejam beneficiados. Por outro lado, isto implica que, se uma determinada distribuição não é considerada como *ótimo de Pareto*, é possível redistribuir os recursos de forma a melhorar o bem-estar do utente, sem prejudicar ninguém (para mais desenvolvimentos veja Gold *et al.*, 1996; e Samuelson e Nordhaus, 1999).

A avaliação económica, para Medeiros (2002), permite comparar alternativas que possam ajudar a estabelecer critérios de decisão, utilizar adequadamente os recursos disponíveis, estabelecer critérios de eficiência, melhorar critérios de decisão, negociar preços e decidir sobre reembolsos e co-pagamentos.

A avaliação económica na área da saúde define-se como sendo um processo de análise dos custos de programas, serviços ou outras actividades, que são comparados com outras alternativas e com as suas consequências. Nesse sentido, permite verificar se ocorre melhoria na distribuição dos recursos, contribuindo no apoio da decisão, de forma rigorosa e socialmente eficiente, causando um maior impacto na sua utilização. Em geral, a disponibilização ineficiente de recursos decorre da utilização e/ou gasto inadequado de recursos financeiros com gastos não prioritários em detrimento dos gastos necessários. Tal como refere Jefferson *et al.* (1996), a avaliação económica da saúde permite tirar conclusões sobre a melhor forma de distribuição dos recursos existentes, constituindo uma via que conduz a um maior benefício social. É um instrumento eficaz no desenvolvimento de métodos e de técnicas demonstrativas da eficiência no processo de tomada de decisão de um qualquer investimento, programa ou intervenção no domínio da saúde para definir prioridades, no planeamento, ou para escolher qual das alternativas possibilita o alcance dos resultados com o menor custo.

Segundo Morison *et al.* (2007) quando se analisa o impacto económico de um tratamento ou serviço é comum analisar os custos da prestação de serviços de saúde aos utentes que sofrem da doença em questão. Esta visão do custo possa ser muito limitada, uma vez que a avaliação social deverá ter em consideração tanto os custos relacionados

com o serviço de saúde mas também os custos para o utente e a sua família, bem como o custo da doença para a sociedade.

Uma das limitações apontadas para a avaliação económica é que nem todos os benefícios decorrentes de serviços, programas ou actividades desenvolvidas na área da saúde podem ser quantificados (Tanaka e Melo, 2004). O custo é o valor de consumo utilizado e envolve todos os meios relacionados com a sua produção, independentemente do pagamento ou não. Em particular, para o cálculo do custo unitário da actividade ou procedimento é necessário ter o conhecimento do valor de todos os recursos utilizados na produção dos serviços e actividades de saúde. Nesse sentido, os custos podem ser classificados em dois tipos: directos ou indirectos.

Os *custos directos* são custos directamente associados à prestação do serviço de saúde, ou seja, os recursos gastos e pagos na execução do diagnóstico, tratamento e prevenção e que envolvem uma transferência monetária. Podem ser subdivididos em custos fixos e custos variáveis. Os custos fixos ocorrem quer o utente seja tratado ou não, por exemplo, electricidade e limpeza entre outros. No que se refere aos custos variáveis, ocorrem quando o serviço é prestado, como é o caso de materiais descartáveis, análises clínicas e medicamentos, entre outros. Estes custos podem ser identificados através da actividade dos hospitais e das clínicas, dos serviços médicos, medicamentos e exames auxiliares. Os mais importantes estão relacionados com despesas com pessoal (salários, benefícios); com material de consumo; gastos de capital (por exemplo: a ampliação da estrutura física de um serviço ou compra de novo equipamento) e com os gastos assumidos pelos utentes e/ou seus familiares (e.g. o gasto com transporte para se deslocar ao serviço de saúde).

Os *custos indirectos* são recursos associados à diminuição da produtividade que a doença ou tratamento provoca no utente ou nos membros da família, bem como as perdas para a sociedade causadas pelo facto de o utente não ser capaz de trabalhar com todo o seu potencial. Normalmente, este tipo de custos é difícil de aferir pois são bastante variáveis e habitualmente estão relacionados com a perda/diminuição de produção económica pelo facto de o utente não trabalhar enquanto está em tratamento ou durante o tempo despendido para receber o serviço prestado. Por exemplo, o tempo utilizado e questões de qualidade de saúde, sobretudo de problemas associados à dor, fraca mobilidade, desconforto e angústia na prevenção ou tratamento da doença, o sofrimento emocional, bem como a perda de tempo de lazer do próprio utente e dos seus familiares são custos indirectos, apesar de não envolverem uma transferência monetária. Estes tipos de custos

são designados de *custos intangíveis*, ou seja, custos que são de difícil medição e que, por vezes, são até pouco fiáveis de estimar (Jefferson *et al.*, 1996).

Para a aferição dos custos indirectos deve-se ter em conta as perdas de salário e de produtividade resultantes da doença. É necessária a existência de um registo dos gastos, por sector ou serviço, de forma a uma melhor organização e sistematização dos custos, podendo partir-se de um custo-padrão. O *custo-padrão* é, teoricamente, o custo total de actividade ou tratamento e engloba a identificação de todas as variáveis que entram nesse processo. Para a obtenção dos custos pode-se adoptar algum padrão de referência já utilizado por outros programas ou serviços, desde que se garanta uma relação próxima com o contexto em que se processa a avaliação.

A valorização da vida é um aspecto importante da análise de custos. Segundo Barros (2009), no que se refere ao valor da vida, existem dois conceitos diferentes: vida estatística e parâmetros de saúde não monetários como “anos de vida ajustados pela sua qualidade” (QALY – *quality adjusted life years*).

O conceito de vida estatística contempla o valor médio de uma vida no contexto estatístico de uma população, sendo possível estabelecer esse valor de diversas formas. Uma delas é baseada em diferenças de salário para diferentes níveis de risco nos empregos, onde o nível de qualificação também pode ser considerado. A comparação do acréscimo de salário com o acréscimo de risco permite deduzir o valor implícito de uma vida estatística. Existem outras situações que permitem uma abordagem similar, tais como equipamentos de segurança individuais e/ou colectivas.

O conceito de QALY consiste num método de análise muito popular para os economistas da saúde. O seu uso traz muitas vantagens para a economia da saúde, uma vez que permite efectuar comparações não só entre diferentes tratamentos/programas para a mesma doença como também entre doenças (Morison *et al.*, 2007). Segundo Ferreira (2002), os QALY são utilizados, na avaliação económica, na ajuda no processo de tomada de decisão sobre a distribuição dos recursos no sector da saúde, devido à vantagem que este método concerne na produção única de uma medição dos resultados. A noção de QALY considera cada ano de vida “ganho” de uma pessoa pela qualidade de vida esperada nesse mesmo ano, podendo ainda obter estimativas do valor de melhorias do estado de saúde, avaliadas pelo consumo proporcionado pela maior esperança de vida e pela maior taxa de sobrevivência.

Através da Figura 1 podemos visualizar uma situação hipotética com e sem um determinado programa/tecnologia, onde é possível, através da agregação entre todos os

indivíduos afectados, compreender os ganhos em saúde, tanto a nível da quantidade de vida como a nível da qualidade de vida.

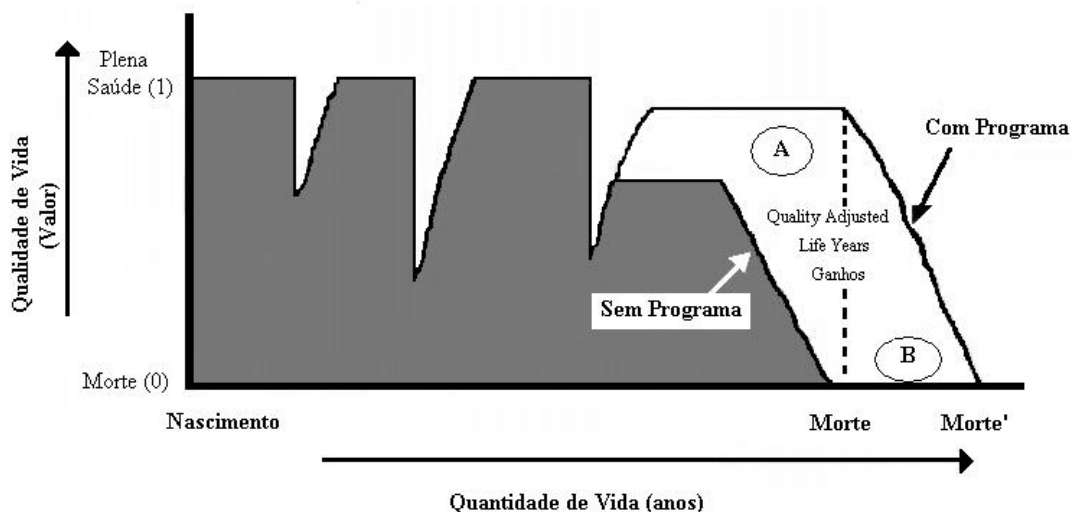


Figura 1 – Conceito básico subjacente aos QALY. Adaptado de Ferreira (2002).

Podemos observar que sem o programa/intervenção a qualidade de vida relacionada com a saúde de um utente deteriorar-se-ia e acabaria por morrer. Com o programa/intervenção a saúde do utente deteriorar-se-ia mais lentamente e viveria mais tempo. A área entre as duas curvas corresponde ao número de QALY ganhos com o programa/intervenção. Na área A conseguimos medir os QALY ganhos em qualidade enquanto na área B conseguimos medir os QALY ganhos em quantidade durante o tempo que indivíduo teria de vida.

O principal benefício do QALY consiste em permitir captar, pelo menos em teoria, os QALY ganhos, possibilitando comparações entre diferentes programas. No entanto, quando se consideram programas específicos, verifica-se que ainda existem muitos problemas e limitações dos métodos que têm sido aplicados, sendo difícil interpretar o significado da comparação de duas alternativas em termos de QALY ganhos. Nestes casos, o melhor é utilizar outros instrumentos de medição da qualidade de vida, que possam fornecer resultados mais detalhados dos vários efeitos das intervenções (Ferreira, 2002).

1.1 Fundamentos de avaliação económica

Em economia temos como objectivo minimizar o custo e, ao mesmo tempo, maximizar o benefício. Na economia da saúde este princípio mantém-se: maximizar a utilidade com o mínimo custo possível. A principal dificuldade cinge-se no custo da produtividade e da qualidade de vida dos utentes, uma vez que o custo com medicamentos e tecnologias resulta em perda de activos para a sociedade (Mello-Sampayo, 2008).

A avaliação económica em saúde é um processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica (House, 1980), que está estritamente relacionada com o conceito de eficiência económica (Fredico, 2000). Barros (2009), refere que é aplicável em muitas circunstâncias, permitindo compreender e prever como se realiza a afectação dos recursos no sector. Apesar de ainda hoje ser olhada com desconfiança por muitos autores, este tipo de avaliação permite analisar a existência de caminhos alternativos. Tem como principais objectivos transformar-se num instrumento de apoio às decisões necessárias à dinâmica dos sistemas e serviços de saúde e a implementação das políticas de saúde. Esta é uma área onde a preocupação em obter o melhor resultado possível com os recursos disponíveis é crucial, sem pôr em causa as preocupações tradicionais da assistência em saúde, a cobertura e acesso aos serviços, tanto no sector privado como no sector público.

A avaliação económica é a designação genérica de um conjunto de técnicas utilizadas para identificar, medir e valorizar custos e resultados de intervenções. É uma análise comparativa entre técnicas alternativas e as usuais, tendo em conta os respectivos custos e consequências. O objectivo principal deve ser sempre o melhor para o utente. Para isso, deve-se identificar a relação entre os custos e as consequências das várias opções disponíveis, com vista à tomada de decisões. Os profissionais de saúde devem estar cientes de que a prestação do melhor tratamento possível pode não ir de encontro aos interesses da sociedade, em que o ponto de vista económico não pode sobrevalorizar-se comparativamente com os pontos de vista ético e moral de quem presta os cuidados. À que ter em consideração que as necessidades de saúde nunca serão eliminadas dada a sua constante alteração (para mais desenvolvimentos veja Drummond *et al.*, 2005).

No domínio da saúde a escassez de recursos é uma realidade, e é necessário recorrer à economia para o processo de decisão, na procura de maior eficiência dos programas ou serviços, com o intuito de decidir com base em métodos sistemáticos sobre o seu melhor uso (Frederico, 2000). Em geral, a ineficiência na disponibilização de recursos

decorre da utilização e/ou gasto inadequado de recursos financeiros com objectivos não prioritários em detrimento dos objectivos necessários. Assim, podemos referir que a avaliação económica em saúde é uma necessidade actual pois tanto os consumidores como os prestadores de cuidados devem efectuar escolhas acerca das melhores opções que pretendem fornecer, tendo em consideração o orçamento estabelecido para esse efeito (Clewer e Perkins, 1998).

A promoção da saúde bem como a educação dos utentes têm sido abordados de forma abrangente, e qualquer nova intervenção deve ser baseada no reconhecimento das componentes cognitivas, afectivas, de desenvolvimento e socioculturais. Efectuada essa análise de evidências, os profissionais de saúde necessitam de escolher as estratégias de ensino-aprendizagem para usar nos cuidados a serem prestados. Frequentemente os gestores recorrem à literatura publicada para estimar as necessidades na sua população, embora nem sempre seja a melhor forma de abordagem, pois as necessidades percebidas podem ser sentidas pela comunidade em questão e não ser percebidas pelos profissionais de saúde (para mais desenvolvimentos veja Gooch *et al.*, 2000; e Beitz, 2001).

A utilização de processos de avaliação pode criar instrumentos bastante úteis para a decisão dos recursos que devem ficar ligados aos cuidados de saúde. Deve-se articular a utilização do conhecimento terapêutico, com a comunicação dos utentes e com o reconhecimento da variedade de instituições e de doenças. Para isso, é fundamental definir o âmbito no qual o estudo será efectuado e os elementos que devem fazer parte da análise, ou seja, analisar os custos dos cuidados de saúde.

A realização de uma mudança estrutural adequada pode conduzir ao princípio da optimização, que consiste em conduzir os esforços da avaliação através da maximização do proveito de um dado orçamento ou pela minimização dos custos para uma dada tecnologia em saúde. Esta necessidade deve-se ao facto da informação sobre os custos e benefícios ser incerta e incompleta na saúde. Uma análise estruturada permite a organização da informação e a determinação de políticas consistentes e esclarecedoras. (Drummond *et al.*, 2005).

Segundo Patton (1997), a utilização de informação e políticas adequadas deve-se à melhor formulação e organização da informação, contribuindo para um resultado final capaz de resolver os problemas identificados ao longo do processo.

Nos últimos anos tem crescido a preocupação com a efectividade e o custo das acções de saúde pelos responsáveis pela definição de políticas e investimentos de saúde.

Assim sendo, foram identificados os principais critérios que organizam os processos de avaliação, articulando-os com as variáveis seguidas pelas principais tipologias de avaliação.

Moffatt *et al.* (2004) referem que, muitas vezes, são comparados os estudos transversais, mas pode haver diferenças fundamentais nas metodologias e na maturidade dos serviços. Não existem evidências científicas de serviços que foram constituídos há vários anos em como a população de utentes poderá estar a mudar. Isso deve-se à ausência de padronização nos métodos de avaliação e, sobretudo, ao método de análise dos utentes, bem como os diagnósticos e os métodos clínicos utilizados na classificação dos utentes. Assim sendo, é estritamente necessário encontrarmos um ponto de equilíbrio onde ambos os factores são considerados e tidos em conta.

A implementação dessas mudanças necessitará, na maior parte dos casos, de tempo adicional, seja devido à formação adicional, ao aumento no número de utentes ou no tempo passado com os mesmos. O tempo dedicado à avaliação também representa um sacrifício, o que leva à baixa satisfação e interesse quando não existem incentivos para os profissionais.

Segundo Georgiades e Macdonell (1998), a forma de agir dos técnicos perante estas mudanças estará dependente da forma como estes avaliam o novo serviço em relação aos seus outros compromissos profissionais. Estes podem ser influenciados e modificados pela percepção da gestão para com o novo serviço. A motivação do pessoal para trabalhar no sentido das mudanças propostas irá ter influência directa no papel da liderança.

1.2 Impacto das alterações tecnológicas

O crescente número de tecnologias e o uso irracional das mesmas, sob o ponto de vista económico e social, tem provocado instabilidade no desenvolvimento de consensos e linhas orientadoras (*guidelines*). Para a utilização de tecnologias na área de saúde, mais intensamente presentes nos anos 90 do século XX (Banta *et al.*, 1995; e Panerai e Mohr, 1989), fruto de um rápido aumento dos custos e na conseqüente crise orçamental no sector da saúde, surge a necessidade de apoiar tecnicamente a escolha das tecnologias a serem financiadas e estimuladas na elaboração de avaliações tecnológicas em saúde pelos governos dos países desenvolvidos (Garber, 2001). Estes diferem dos critérios e das

normas dos anos 70 do século XX, pouco preocupados com a síntese do conhecimento existente sobre uma determinada questão ou do conhecimento não coincidente para a sistematização dos critérios de validação.

A utilização desses critérios e normas nos processos de garantia de qualidade, tinham como objectivo a solidificação da articulação dos consensos e linhas orientadoras, pelo menos de forma teórica. Actualmente, a globalização tem contribuído para a evolução das mais diversas áreas, desde da economia à saúde, passando pela tecnologia, em que o âmbito e a natureza da concorrência estão em profunda mudança. Novas ideias e instrumentos podem revelar-se formas interessantes para a exploração de oportunidades de negócio.

Segundo Banta e Luce (1993), a definição geral de avaliação tecnológica em saúde (ATS) resulta da síntese do conhecimento produzido sobre os resultados da utilização das tecnologias médicas. Estas servem para seleccionar dentro das hipóteses disponíveis, aquelas que deverão ser utilizadas, considerando as evidências científicas disponíveis e sobre as consequências para a sociedade. Para isso, é necessário comparar os efeitos benéficos e os efeitos indesejados de uma tecnologia, estimando a probabilidade de que a incorporação dessa ocorra de forma equitativa entre regiões e utentes.

A ATS procura satisfazer a necessidade de conhecimentos mais aprofundados sobre processos que poderão ser utilizados em benefício da comunidade, nomeadamente no que diz respeito às dimensões técnicas e económicas, sem comprometer o normal funcionamento destes. Caracterizam-se também como avaliações do tipo “avaliação para decisão”, devido ao objectivo de utilizar o conhecimento científico actual na boa prática profissional, propondo recomendações adequadas de auxiliar nos processos de decisão administrativos e/ou clínicos. Essa avaliação de tecnologias específicas prevê sempre uma delimitação do objecto de estudo de forma a ser possível um maior aprofundamento no conhecimento da tecnologia (Drummond *et al.*, 2005).

As avaliações de tecnologias, tem por base as pesquisas de avaliação que se enquadram no processo de desenvolvimento do estudo de novas tecnologias, agregadas, ainda que há pouco tempo, nos serviços de saúde, para as quais suscitam dúvidas, para autores como Goodman (1992) e Banta e Luce (1993), sobre sua real efectividade. Isto não significa a necessidade de uma restrição na perspectiva de análise que esteja a ser desenvolvida, mas sim, na tradução e evolução da tecnologia para modelos que possam contribuir para uma melhor e mais abrangente eficácia e eficiência. Contudo, nas análises mais comuns em que as tecnologias são determinadas, como por exemplo, nos processos

económicos e sociais, o conhecimento específico do técnico constitui um mecanismo essencial para a formação de um conhecimento generalizado.

Actualmente, os técnicos têm evoluído no sentido de avaliar tecnologias de saúde nas áreas clínicas que estudam a eficácia diagnóstica e terapêutica dos procedimentos utilizados na prática médica e das actividades relacionadas à “Medicina Baseada em Evidências” (AHCPR, 1997), de forma a contribuírem para um reconhecimento mútuo das relações existentes entre as respectivas práticas (Novaes, 2000). Pesquisas em áreas como a engenharia biomédica e engenharia clínica fazem parte de avaliação tecnológica que se dedica à avaliação das condições de desenvolvimento, de produção, operação e manutenção dos equipamentos e materiais de uso especializado na área da saúde (Goodman, 1992).

As ATS utilizam várias metodologias de análise, que se vão articulando entre si, revelando-se como as mais importantes a análise de decisão, a revisão *sistemática/metanálise* e a análise custo-efectividade. Essas metodologias de carácter quantitativo têm sido desenvolvidas nas últimas duas décadas na área de saúde em paralelo com o crescimento das actividades de ATS.

A análise de decisão ajuda a identificar e organizar, num eixo de decisão, as alternativas tecnológicas relevantes para um dado problema de saúde. Através da análise das probabilidades de sucesso esperadas em tecnologias diferentes, registam os custos de cada uma das alternativas, visto que a mesma tecnologia pode ser utilizada em outros métodos (Weinstein e Fineberg, 1980; e Krauss-Silva, 2004). Assim, facilita-se a visualização e sinalização das alternativas e as respectivas consequências.

A revisão *sistemática/metanálise* agrega as informações principais, facultadas pelos estudos com base científica disponíveis para a decisão racional no sector de saúde, de forma a concentrar as atenções no efeito estudado. Trata-se de uma forma de verificação comum, na qual os resultados sobre os efeitos combinam e complementam os resultados de estudos independentes de uma determinada tecnologia, com o objectivo de retirar um padrão abreviado do efeito obtido (Petitti, 2000). Assim, passa a ser possível resolver a incerteza existente quando os estudos disponíveis são divergentes, melhorar a estimativa do tamanho do efeito e aumentar o poder estatístico para os utentes (Sacks *et al.*, 1987; Oxman, 1996; Mulrow e Lohr, 2001; e Krauss-Silva, 2004).

A análise custo-efectividade (ACE) é frequentemente usada para a elaboração de uma avaliação tecnológica e toma como bases fundamentais as análises de decisão e revisão sistemática, além de informações sobre custos e sobre as alternativas/intervenções

estudadas. Segundo Drummond *et al.* (2005), a ACE pressupõe uma escolha entre tecnologias, assumindo a escassez de recursos, comparando alternativas tecnológicas quer em termos de custos como de resultados para a saúde, ou seja, a diferença de custos é comparada com a diferença de benefícios na forma de razão. Trata-se de um método especialmente útil quando o ajuste dos resultados de saúde é necessário, na comparação de alternativas tecnológicas, antes de relacioná-las aos custos correspondentes. Regra geral, os resultados auferidos numa ACE são analisados em unidades obtidas em diferentes graus pelas opções comparadas, como o número de mortes evitadas, número de anos de vida ganhos, número de dias com incapacidade, medindo os custos das alternativas em unidades monetárias, simplificando e ajustando a qualidade de vida (este tipo de análise vai ser abordado mais detalhadamente na capítulo 2, secção 6).

Existem métodos e instrumentos que calculam a preferência do utente pelo estado de saúde, recorrendo a diferentes tecnologias que podem contribuir para a estimação dessa diferença de qualidade de vida. É de salientar que se deve ter em conta não só as consequências mas também os custos da tecnologia tradicional. As tecnologias que obtêm um melhor resultado em saúde são as mais eficientes em melhorar a saúde, ou seja, aquelas que possuem um custo mais baixo por resultado alcançado (para mais desenvolvimentos veja Russel *et al.*, 1996).

Para Drummond *et al.* (2005) e Torrance *et al.* (1996), podem-se ordenar as alternativas comparadas com base nas suas razões de custo-efectividade, tendo em conta as diferenças metodológicas que limitam a validade e o propósito das tecnologias de tais comparações. De um modo geral, quanto mais favorável for a relação de custo-efectividade de uma tecnologia frente a outras tecnologias, maior seu potencial de afectar positivamente tanto a eficiência quanto a equidade do sistema de saúde. Assim, diferentes estados de saúde, associados ao uso de diferentes alternativas tecnológicas, são valorizados uns em relação ao outro (Gold *et al.*, 1996).

Os gestores podem comparar diferentes razões de custo-efectividade estimadas nas respectivas análises, referentes a tecnologias dirigidas a um mesmo problema de saúde, por exemplo, tecnologia preventiva versus tecnologia curativa, ou a vários problemas de saúde como prematuridade, hipertensão, diabetes e cancro. Esta análise expõe as trocas existentes na escolha entre tecnologias para um problema de saúde ou para vários (Phelps, 1997).

O progresso científico e tecnológico em saúde conduziu à criação de novas tecnologias, com vista a organizar e planear a introdução dessas tecnologias no sector de forma eficiente, contribuindo para a maior qualidade, valor e equidade em saúde. Nos

últimos anos, a ATS, como actividade de utilidade pública, tem apresentando características mais precisadas de pesquisa e de produção de conhecimento. Tem alcançado desenvolvimentos principalmente nos países que detém maior poder político e económico, consequência dos estudos referentes às políticas científicas e tecnológicas que contribuem para a optimização e redução de custos dos processos tecnológicos (Battista e Hodge, 1995; Luce e Brown, 1995; Perry *et al.*, 1997; e Banta e Perry, 1997).

1.3 Implantação de novos de programas

Para avaliarmos os serviços necessários numa unidade de saúde é importante compreender as necessidades dos utentes à qual estão a ser prestados cuidados médicos, embora muitas vezes esta fase não seja abordada da melhor forma (Thomas, 1996).

A avaliação de programas é referida como sendo um processo que apresenta as estratégias adoptadas, não com a finalidade de comprovar mas sim de melhorar os processos actuais e/ou futuros, uma vez que faculta dados importantes sobre o fracasso ou sucesso das actividades (Stufflebeam e Shinkfield, 1985). Patton (1997) define avaliação de programas como sendo uma recolha sistemática de informação sobre actividades, características e resultados dos programas para que sejam utilizados por pessoas específicas de modo a reduzir incertezas, melhorar a efectividade e tomada de decisões em relação ao que esses programas pretendem realizar e/ou modificar.

Para Shortell e Richardson (1978), as avaliações de programas em saúde (APS) têm como finalidade a análise de processos complexos de organização e de práticas voltadas para objectivos especificados, ou seja, a redução da doença, melhoria da saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida dos cidadãos, de forma a responder às necessidades da população eficaz e eficientemente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), a APS deve constituir um elemento essencial na planificação e elaboração de programas de saúde. Deve-se analisar o programa com os seus executores e com os seus participantes, de forma a partilhar e clarificar os processos de avaliação. Desta forma haverá partilha de responsabilidades, credibilidade e envolvimento da população alvo, assegurando a relevância da avaliação efectuada, uma vez que uma avaliação eficaz requer tempo e recursos económicos, materiais e humanos. Silva (2002) refere que os cidadãos devem ter também uma

participação activa, quer individualmente, quer colectivamente, reorientando e incentivando o sistema de saúde a inovar e a praticar comportamentos saudáveis.

Através da análise dos resultados atingidos na APS é fundamental na compreensão e no desenvolvimento efectivo da partilha de conhecimento e procedimentos a serem implementados, com o uso apropriado de recursos disponíveis (Watt, 2006). Esses dados podem permitir obter ideias e estratégias para realizar serviços mais eficazes, podendo ainda identificar as razões do sucesso ou insucesso da implementação do programa em estudo (Silow-Carroll e Alteras, 2005). Assim sendo, os APS procuram fazer face às necessidades da população, sendo necessário a elaboração de estudos para verificar quais os programas mais adequados e eficazes para a obtenção desse objectivo.

Na fase inicial da execução de um novo programa ou serviço são sentidas várias dificuldades resultantes da ausência de programas educativos e de recursos para os profissionais de saúde. Mas, actualmente, a relação comum entre os profissionais e os utentes está a ser estimulada, criando maiores expectativas em relação ao tratamento e maior disponibilidade de informação. Desta forma contribui-se para um utente mais informado e com maiores poderes, que irá exigir um maior reconhecimento do seu sofrimento e um maior acesso ao melhor tratamento disponível (Department of Health, 2001). Para Morison *et al.* (2007), um principal obstáculo à implementação de novos serviços é o acesso a produtos modernos para o cuidado de feridas.

Para optimizarmos os procedimentos de saúde de uma forma real, há que planear as operações de uma forma eficaz. A promoção dos ganhos em saúde sustentados, cuja avaliação tem que servir para induzir mudanças, adaptadas a um modelo de gestão da informação e do conhecimento à escala nacional, é indispensável para avaliar as intervenções de promoção da saúde. Um dos factores que leva à realização de uma APS é conhecer o impacto do mesmo na população. Os resultados observados são medidos sobre condições específicas apuradas a partir de ligações identificadas entre condições de saúde e formas de intervenção, podendo ser através de taxas de mortalidade, indicadores de qualidade de vida, entre outras. Nesse caso, dominam as metodologias quantitativas, interligadas a formas de controlo das condições específicas e do conhecimento produzido, devendo ser objectivo e válido, para poder ser reconhecido como científico (Mohr, 1995; e Yates, 1996).

Para se efectuar uma APS deve-se ter em conta a avaliação de qualidade e a avaliação tecnológica mas também com factores sociais, políticos e de planeamento. Todas estas finalidades concentram-se em objectivos concretos e com o intuito de dar um salto

qualitativo no programa. A articulação entre a produção de conhecimento e a sua utilização na prática científica, técnica e política e as alternativas desenvolvidas para a análise/decisão, devem fazer parte do processo de avaliação de programas (Goodman, 1992; Rivera, 1996; e Cabatoff, 1996). Por vezes, a ânsia de criarmos novas ofertas tecnológicas para o mercado, dificulta a percepção da organização das avaliações dos programas, na concepção de novo conhecimento ou de alternativas metodológicas.

Para Contandriopoulos *et al.* (1997), nas avaliações de programas deve-se especificar em categorias os programas que estão a ser avaliados, desde o desenvolvimento à conclusão, devendo essa especificação ser detalhada de forma a orientar a avaliação e não confundir ainda mais a sua compreensão através da formação de longas listas de tipos de avaliação.

Segundo Chen (1990), a pesquisa de APS para a construção de um conhecimento susceptível de ser considerado generalizado deve ter em consideração a receptividade, objectividade e fidelidade na análise desses impactos, tanto na sua fundamentação teórica como na aplicação prática, de forma a alcançar o desenvolvimento das metodologias qualitativas.

Segundo Habicht *et al.* (1999), as APS podem ser divididas em duas grandes categorias: avaliações estratégicas e avaliações implantação. As primeiras verificam se o tratamento está a ser facultado à população, se a sua qualidade é adequada, se a população está efectivamente a utilizar o serviço e se a taxa de cobertura alcançada é satisfatória. A avaliação de implantação do tratamento verifica o impacto do tratamento no comportamento directamente relacionado à saúde e são mais difíceis de acontecer.

As avaliações estratégicas e de implantação são mais direccionadas para as avaliações de decisão pois o seu enquadramento teórico-metodológico é mais rígido do que a prática científica exige, quando é criada. Estas, devido a não estarem orientadas para a demonstração de hipóteses explicativas previamente desenvolvidas, dão prioridade, no maior número dos casos, ao conhecimento e à compreensão das dinâmicas e da complexidade do processo em geral. Tem por base a resposta adequada para a resolução das questões sobre o programa específico, tendo em conta as melhorias possíveis, pelos “*stakeholders*”.

Quanto maior for a adopção de metodologias quantitativas e qualitativas em avaliações específicas, reconhecendo-as como detentoras de especificidades próprias e complementares para a construção de um conhecimento, maior será a sua validade. Também a averiguação da presença de um conhecimento prévio ou referencial teórico,

mesmo quando não explícito, e a interferência natural que qualquer metodologia desperta, contribui para a maior aceitação destas (Chen, 1990; e Patton, 1997).

Verifica-se a preocupação na discussão das avaliações de decisão e de gestão da procura da verdade e da utilidade. A diferenciação entre a realidade intuitiva, a realidade sistemática e a investigação, determina os dilemas presentes mesmo quando se presume estarem ausentes. A observação das conclusões desenvolvidas por pesquisas de avaliação de decisão na gestão de programas de saúde deve ter como ponto de início o conhecimento prévio existente. Este pode ser encontrado em avaliações de implantação e de impacto dos programas, quando se prever algum tipo de continuidade. Desta forma dá-se continuidade ao processo anterior de uma forma construtiva, tornando este processo um debate mais amplo e bastante complexo (Guba e Lincoln, 1989; e Bernstein, 1983).

Morison *et al.* (2007) referem que não existe um modelo que seja apropriado para todas as situações, uma vez que o desenvolvimento de programas é um processo complexo que assenta em muitos factores. Não devemos esquecer a cultura dos programas de saúde e as prioridades definidas no mesmo, embora se verifiquem um impacto positivo para os profissionais e as organizações que prestam esses mesmos cuidados de saúde e na qualidade de vida dos utentes.

1.4 Avaliação, gestão e garantia de qualidade

Ao longo dos últimos anos, tem existido uma mudança nos serviços de saúde, afastando-se da visão da saúde como ausência de doença e centrando-se no bem-estar e à capacidade que o próprio utente contribui para o seu meio ambiente social e familiar. Em 1947, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como sendo “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*” (World Health Organization, 1947). Pela revisão da literatura, pode se notar a discordância de muitos autores sobre este assunto, salientando a sua natureza complexa e subjectiva. Lock (1996, p. 879) refere:

“ (...) o estudo e a avaliação da qualidade de vida foi sempre considerado um assunto complexo. Há problemas comuns, nomeadamente a falta de acordo sobre quais os domínios a medir, a necessidade de uma avaliação subjectiva e uma falha em considerar as diferenças individuais.”

Mas, segundo o Grupo de Qualidade de Vida da OMS (WHOQoL Group, 1993), trata-se de um conceito amplo, influenciado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, crenças pessoais, relações sociais e características ambientais. Dessa forma, definiu *qualidade de vida* como (WHOQoL Group, 1993, p. 155):

“ (...) a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, bem como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito alargado, afectado de forma complexa pela saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e suas relações com características de realce do seu ambiente.”

referindo igualmente que a qualidade na saúde voltou a ser prioritária na agenda das organizações internacionais e dos governos nacionais.

Para Seidl e Zannon (2004), na área da saúde, o interesse pelo conceito de qualidade de vida é relativamente recente e decorre devido aos novos modelos que têm influenciado as políticas e as práticas do sector nas últimas décadas. Auquier *et al.* (1997) qualificam a qualidade de vida como sendo um conceito que tem como intuito aproximar o grau de satisfação familiar, económica e social, embora exista um senso comum variável de um indivíduo para indivíduo.

Segundo Barros (1998), a qualidade é cada vez mais um factor de escolha, estando a população cada vez mais atenta a aspectos como o desenvolvimento cultural, valores éticos, de sucesso e de bem-estar económico. Factores como a “contenção de custos” e a alteração dos mecanismos de financiamento, tem criado algum receio de uma diminuição da qualidade e face a estas preocupações, as entidades prestadoras de cuidados médicos têm procurado reagir.

Martin e Stockler (1998) aconselham que se deve separar as expectativas individuais da realidade, para se definir qualidade de vida. Salientam os vários significados que o termo abrange, reflectindo sobre os conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e colectividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes. Trata-se, portanto, de uma construção social onde é utilizada a marca cultural dos elementos que determinam a sociedade, na constituição de um o padrão de conforto e bem-estar.

Morison *et al.* (2007) referem que a garantia, melhoria e de gestão da qualidade estão inter-relacionadas. Verificam um aumento da literatura científica relacionada com os princípios e práticas da avaliação e garantia de qualidade, bem como da respectiva aplicação às organizações de cuidados de saúde. Nesta área, os estudos desenvolvidos

estão relacionados sobretudo como aumento de doenças crónicas e diferentes tipos de tratamento. Por sua vez, Ferrans e Powers (1992; p. 29) referem que é importante reflectir sobre a problemática da qualidade de vida e não só o seu estudo:

“Nos últimos anos qualidade de vida tornou-se uma das principais preocupações para o planeamento e desenvolvimento dos programas terapêuticos. Contudo, a avaliação de uma qualidade de vida global tem um valor limitado. É necessário criar instrumentos que forneçam informação sobre domínios específicos, de modo de modo a permitir que os profissionais de saúde identifiquem áreas problemáticas, avaliem as suas práticas e planeiem intervenções para aumentar a qualidade de vida.”

De facto, nos últimos anos, o conceito de qualidade é considerado um componente estratégico na maioria dos países do mundo, independentemente do nível de desenvolvimento económico e do tipo de sistema de saúde adoptado. Encontra-se associado a todos os tipos de avaliação, uma vez que a característica central é a formulação de um juízo e/ou a atribuição de valor a algo que, quando positivo, significa ter boas propriedades, fundamentais no serviço prestado, ou seja, dizer que uma avaliação em saúde tem um melhor custo-efectividade quer também dizer que tem mais qualidade.

Segundo Santos *et al.* (2009), a valorização do conceito de qualidade de vida reflecte num aumento da preocupação com o utente, que agora é visto como um todo, deixando o objectivo do tratamento de ser apenas a cura da patologia e passa a ser também a reintegração do utente com o máximo de condições de ter uma vida com qualidade e saúde.

Verifica-se a existência da relatividade da noção de qualidade de vida, onde a opinião individual determina o desenvolvimento económico, social e tecnológico da sociedade, podendo ser completamente diferente fase a outra sociedade. Também factores como a estratificação das classes sociais revelam as desigualdades e heterogeneidades existentes, contribuindo para diferentes padrões e concepções de bem-estar, prevalecendo a ideia de que as classes altas possuem um bem-estar superior às classes baixas. Os valores culturais também entram nesta equação, contribuindo para a construção e hierarquização dos povos, tendo em conta as suas tradições e hábitos culturais.

No entanto, para a avaliação de qualidade, o primeiro autor a abordar esta problemática foi Donabedian, sendo o seu trabalho e análise utilizado por outros profissionais de saúde. Para Donabedian (1988), o conceito de “avaliação, gestão e garantia de qualidade” trata-se de um ponto de partida, e não de chegada, em todo o processo, deixando de estar implícito no programa.

Para Donabedian (1990), as avaliações de qualidade mais importantes dizem respeito ao cuidado médico. Através de um modelo de pesquisas de avaliação, que normalmente implicam o uso de variáveis estruturais, destaca a efectividade, a eficiência e a optimização dos procedimentos e serviços. No seu referencial teórico verifica-se um estudo mais pormenorizado das condições de obtenção do conhecimento, seja científico ou não, do que nas suas condições de utilização. É construído a definição de qualidade, retirando o seu sentido abstracto, sustentado nos sete pilares de qualidade: eficácia, efectividade, eficiência, optimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Em cada um dos pilares devem ser especificados os critérios mais apropriados para cada situação, tendo em conta as suas particularidades e mantendo uma coerência entre si, isto é, os pilares considerados mais técnicos influenciam os pilares interpessoais mas, ao mesmo tempo, dependem deles para realizarem todo o seu potencial.

Actualmente, os serviços têm sido cada vez mais confrontados pela exigência da qualidade, sendo o sector da saúde um dos alvos preferenciais. Donabedian (1996) refere que os mecanismos que garantem a qualidade foram-se reformulando, acompanhando as transformações nos processos de produção, desde a produção, aos sistemas de controlo e fiscalização dos produtos até aos sistemas de garantia da qualidade e de gestão total da qualidade.

Devido ao desenvolvimento económico, é possível considerarmos que a valorização de um produto passa a depender também de uma margem de segurança no seu valor de utilidade, ou seja, a qualidade passa a ser um atributo importante na valorização de mercado, revelando-se estritamente importante para os consumidores de serviços do sector privado mas também para o sector público.

Para Donabedian (1988), em cada avaliação deverão estar definidos os critérios e padrões que podem estabelecer os níveis mínimos ou máximos de qualidade. Refere, igualmente, que neste processo existe a necessidade de orientar as prioridades dos prestadores dos serviços, da visão dos utentes ou das prioridades definidas pela sociedade. Neste sentido, os objectivos a serem alcançados pela avaliação da qualidade do serviço serão a pesquisa de avaliação, avaliação para decisão ou avaliação para gestão.

Rivera (1996) refere que na gestão da qualidade, o tipo de avaliação utilizado é a avaliação para decisão. Por vezes, esse processo é complementado com uma avaliação da gestão, seguindo as características anteriormente utilizadas e a adopção de metodologias próximas da realidade e estipuladas pelo planeamento estratégico.

A implementação da avaliação da qualidade nos serviços de saúde é efectuada com base nestes pressupostos, interligando a avaliação, a gestão e a garantia de qualidade nos referenciais teóricos e metodológicos utilizados pelos profissionais de saúde especializados. Devem ser captadas as condições que condicionam a prática a ser avaliada, como é o caso dos recursos financeiros, humanos, consultas, cirurgias, exames, tempo de internamento, medidas de qualidade de vida, etc. Assim sendo, devem ser definidos os objectivos e metodologias, de forma a evitar a viabilidade dos conhecimentos incorporados para cada uma dessas condições.

Moffatt *et al.* (1992) e Stevens *et al.* (1997), referem que esta nova avaliação da vida dos utentes contribuiu para os avanços na forma como os cuidados estavam a ser prestados, utilizando a experiência baseada na evidência e a investigação de medidas de resultados que reflectissem os benefícios do tratamento efectivo para os utentes.

Para Donabedian (1992) as condições operacionais, administrativas e de cultura organizacional dos serviços quotidianos enquadram-se noutra referencial mais fortemente articulado à gestão propriamente dita da qualidade, conhecido como Gestão da Qualidade Total. Segundo Leathard (1994), através de estratégias de comunicação que, para além de informarem, eliminam as possíveis diferenças de percepção entre os gestores e os profissionais de saúde, onde pode existir uma visão completamente díspar entre ambos. Para este pessoal do sector clínico é importante que sintam que as suas opiniões são valorizadas e que sejam utilizadas para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do serviço prestado.

Para Scrivens (1995), o desenvolvimento do processo de reconhecimento formal das competências técnicas e pedagógicas das entidades de saúde, tem-se revelado bastante importante na área da saúde, sobretudo nos hospitais mas também noutros serviços de saúde. A interligação da decisão e avaliação de gestão, da garantia de qualidade e da negociação de acordos financeiros e de acordos de trabalho com os profissionais, constitui um instrumento muito importante e completo, onde as novas práticas são apoiadas por um contexto profissional e não puramente académico.

2. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo vamos apresentar os principais métodos de avaliação em saúde, começando por referir a avaliação económica, seguido dos procedimentos de avaliação, níveis de eficiência, tipos de avaliação em saúde, etapas na produção na saúde e análise custo-efectividade.

A metodologia constitui, segundo Fortin (1999): “*a espinha dorsal sobre a qual virão a enxertar-se os resultados da investigação*”.

2.1 Avaliação Económica

A avaliação é importante na medida em que permite analisar se o tratamento clínico realizado é economicamente viável, uma vez que se pode dar o caso de um tratamento/programa clinicamente ser eficaz mas economicamente ser inviável (Krahn, 1994). Assim sendo, o elevado custo de um tratamento poderá levar a inviabilizar a execução desse mesmo tratamento.

Oliveira *et al.* (2002), referem que os estudos de avaliação económica devem comparar os benefícios e os custos directos, indirectos e intangíveis em todos os programas existentes. Em Portugal, os estudos económicos existentes seguem uma perspectiva social, ou seja, referem o que pensam ser o melhor para o utente e, conseqüentemente, para sociedade.

Num estudo de avaliação económica deve-se formular uma questão fundamental “Serão os resultados úteis para a decisão?”. Para resolver essa questão é necessário analisar as evidências de efectividade dos programas ou serviços, ou seja, se foi baseada em ensaios ou estudos clínicos. Também é necessário saber que hipóteses foram utilizadas para estabelecer a efectividade e a descrição exaustiva das alternativas existentes. No entanto, podem ser efectuadas outras questões de acordo com um objectivo final. Não se espera que um estudo de avaliação económica consiga responder correctamente a todas as perguntas, mas que a sua aplicação permita apurar as vantagens e desvantagens do estudo.

Os estudos de avaliação económica têm-se revelado uma ferramenta importante no auxílio da tomada de decisão das alternativas disponíveis, contribuindo para maximizar o benefício dos recursos de saúde e, principalmente, para prestar um serviço com melhor

qualidade aos utentes. Caracteriza-se por agregar teorias e metodologias diversas, englobando vários métodos para avaliar e quantificar os custos. É de extrema importância uma vez que permite alargar as opções de planeamento, de controlo técnico e social dos serviços e estimar o valor económico da intervenção em relação aos tratamentos alternativos prestados aos utentes.

As teorias e metodologias dos estudos de avaliação económica têm como principal objectivo estabelecer uma relação comum entre os vários estudos efectuados pelos investigadores, de forma a poderem comparar os resultados obtidos e desenvolver instrumentos que garantam condições mínimas de actuação e defesa profissional, que se inclui na lógica de actuação profissional e de organização do sistema de saúde.

2.2 Procedimentos de avaliação

Para a construção dos procedimentos de avaliação existem cinco critérios que procuram identificar as principais variáveis e que orientam as decisões metodológicas a seguir (Aguilar e Ander-Egg, 1994; e Drummond *et al.*, 2005).

- 1) Especificação do problema:** Nesta fase devem ser mencionadas as possibilidades de resolução do problema, recorrendo a uma metodologia simples para a formulação de questões e para a identificação do problema: As questões que se podem colocar são as seguintes: Qual o problema a ser analisado? Quando é que os programas devem actuar? Onde se localizam as alternativas existentes? A quem se dirigem os programas? Como se pode resolver o problema?
- 2) Descrição de todas as alternativas em análise:** Nesta fase devem-se seleccionar apenas as alternativas que demonstrem ser custo-efectivas, ou seja, através de observações rigorosas e de qualidade, reduzir as opções existentes, considerando aquelas que revelem ser efectivamente adequadas para o procedimento em questão.
- 3) Medição de custos e consequências:** Nem sempre o custo de oportunidade é fácil de identificar nos serviços de saúde. Segundo Campos (1986), num sistema de saúde mediantemente organizado, a identificação dos custos de cada programa é facilmente identificado. Porém, a introdução de um novo programa não deverá basear-se nos custos médios mas sim nos custos incrementais. *Custo incremental* é o custo adicional que uma empresa incorre para fornecer um determinado serviço ou o custo que a

empresa não incorreria caso decidisse não fornecer esse serviço. Deve-se ter, também, em consideração os benefícios a alcançar e a sua utilidade. Os benefícios observam-se no uso dos recursos, ou seja, nos gastos evitados pelo sistema de saúde, quer na perspectiva financeira quer na perspectiva temporal. As utilidades podem ser medidas pelas mudanças na qualidade de vida dos utentes e das famílias.

- 4) Ajustamentos por diferenças no tempo e ponderação das incertezas:** Os custos e as consequências devem ser homogeneizados em unidades comuns de valor, de forma a efectuar uma comparação de todos os termos, inclusivamente os termos relativos. Em relação aos custos o problema não se coloca pois o termo monetário é a regra geral. Em relação às consequências, nem sempre a perspectiva monetária é possível, devendo ser descontado o valor monetário dos custos em que o respectivo programa incorreu, considerando apenas as consequências que têm de comum os termos não monetários. Porém, a monitorização não resolve todos os problemas de quantificação de custos e consequências. A temporalidade é um factor que se deve ter em conta pois poderemos ter programas que podem ter custos e consequências que se prolongam por anos diferentes. É necessário encontrar um critério de avaliação em que se atribua a mesma valorização, quer ele ocorra actualmente ou quando ocorra em anos posteriores, mesmo que o seu valor nominal fosse actualizado para o valor real descontando a inflação. Adicionalmente, deve-se ponderar as incertezas nos resultados estimados, tendo em conta a origem de discrepâncias de resultados e de efeitos aleatórios.
- 5) Apresentação dos resultados:** Nesta fase devem ser apresentados todos os resultados e mostram-se os problemas metodológicos encontrados e que provocam incertezas. Independentemente do método de análise e do tipo de estudo efectuado deve-se ter em conta o programa menos dispendioso para atingir uma dada efectividade ou então o programa que obtém uma maior efectividade dentro de um certo nível de gastos.

Em termos de população da avaliação, o princípio das pesquisas de avaliação indica que devem ser incluídos na avaliação todos os utentes, mesmo os que não conseguem tolerar os tratamentos habituais, evidenciando os motivos para tal acontecer. Também os utentes que abandonam o tratamento devem ser identificados e continuar no seu seguimento, pois apenas desta forma consegue-se eliminar o enviesamento do ensaio clínico, no qual os utentes só são seguidos enquanto estão a fazer o tratamento do ensaio. Podemos concluir que desta forma dará uma visão mais realista do impacto das mudanças no processo de desenvolvimento do programa ou serviço.

No que se refere à natureza da metodologia, nas pesquisas de avaliação, a mais utilizada é a quantitativa, embora exista cada vez maior uso da natureza qualitativa. Porém, ambas procuram alcançar a garantia de objectividade, de viabilidade e de ética e ter em consideração os problemas sempre presentes nas investigações de um modo geral e, principalmente, nas de avaliação. O objectivo prioritário é o da caracterização de uma condição e a sua tradução em medidas que possam ser quantificadas e contrapostas. São predominantes as metodologias de natureza quantitativa, em que as explicações gerais das avaliações são construídas pela associação de medidas representativas de uma totalidade, desenvolvidas em contexto natural ou até mesmo de prática administrativa (Miles e Huberman, 1994; e Patton, 1997).

O objectivo principal para o aperfeiçoamento de uma pesquisa de avaliação é a produção de um conhecimento que seja reconhecido como tal, desenvolvido sob a coordenação da comunidade científica. Esse conhecimento será um factor importante no processo de tomada de decisão, através da elaboração de questões como a viabilidade, a disponibilidade de tempo e de recursos para a pesquisa. Assim, podem-se formular alternativas, tendo em conta as diversas variáveis, abrangendo as formas dominantes da análise. Através das teorias e metodologias gerais aceites nas áreas do conhecimento e práticas validadas, parte-se do princípio que não existem variáveis melhores ou piores, apenas variáveis que procuram alternativas conceituais e metodológicas para os processos de avaliação (Rossi e Freeman, 1993; Greene, 1994; Mohr, 1995; e Minayo *et al.*, 2000).

O principal objectivo no processo de tomada de decisão é construir um elemento capaz de participar na decisão final, ou seja, a resposta para as perguntas expostas revela-se, por vezes, mais importante do que o conhecimento científico produzido. Assim sendo, o avaliador deverá definir como ponto prioritário a orientação, compreensão e identificação do reconhecimento dos problemas e alternativas possíveis do objecto em análise (Guba e Lincoln, 1989; e Greene, 1994).

A consulta de normas a serem associadas ao desempenho contínuo do objecto avaliado é o resultado desejado para a avaliação, contribuindo para a garantia do seu bom funcionamento. O conhecimento alcançado deverá ser utilizado na demonstração das hipóteses iniciais, que tem como função orientar todo o processo de avaliação. Autores como Donabedian (1986); Scrivens (1995) e Schoenbaum (1995), referem que a informação produzida é sobretudo direccionada para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do conhecimento gerado através dos resultados finais obtidos, e não apenas procurar a fundamentação deste processo.

2.3 Níveis de Eficiência

A produção de cuidados médicos é um elemento central no funcionamento do sector da saúde, que deve seguir a óptica de eficiência dos recursos disponíveis para fazer face às necessidades nos tratamentos médicos. Do ponto de vista económico, existem três níveis de eficiência principais: (Para mais desenvolvimentos veja Barros, 2009)

- 1) **Eficiência tecnológica:** que é alcançada quando uma instituição/empresa produz o máximo possível para um determinado volume de factores produtivos, dada a tecnologia existente, ou seja, evita o desperdício de recursos;
- 2) **Eficiência técnica:** que introduz a noção de custos, pois a combinação de diversos recursos produtivos é considerada eficiente tecnicamente quando obtém um custo mínimo. Quando se obtém a eficiência técnica obtém-se obrigatoriamente a eficiência tecnológica. Apesar da eficiência técnica constituir uma noção mais forte de eficiência que a noção de eficiência tecnológica, não transmite qualquer indicação sobre qual o nível de produção adequado de um ponto de vista económico; e
- 3) **Eficiência económica:** é obtida quando o benefício resultante da produção de mais uma unidade (benefício marginal) for igual ao custo de produção dessa unidade adicional (custo marginal), sendo a diferença entre ambos positivo para níveis de produção inferiores. A eficiência económica obriga a que seja obtida a eficiência técnica e, conseqüentemente, a eficiência tecnológica.

2.4 Tipos de Avaliação Económica em Saúde

Dada a necessidade de equilibrar os custos com os proveitos obtidos no desenvolvimento de um programa ou serviço, foram propostos diferentes tipos de avaliação económica. Em geral, na literatura são descritos quatro tipos de avaliação económica em cuidados de saúde (Drummond *et al.*, 2005): análise de custo-minimização (ACM); análise de custo-efectividade (ACE); análise de custo-utilidade (ACU) e a análise de custo-benefício (ACB). As diferenças-chave encontram-se na forma como as conseqüências são medidas e avaliadas, onde o primeiro passo a realizar na análise deverá centrar-se na identificação dos custos e a sua quantificação em unidades monetárias.

De uma forma mais detalhada, os tipos de avaliação económica são:

- 1) **Análise de minimização de custos:** que é a mais comum na literatura e mede os custos das várias alternativas em unidades monetárias. Neste caso, a avaliação económica é realizada segundo a metodologia do ensaio clínico. Supõe-se que as várias alternativas são idênticas, qualquer que seja a alternativa escolhida, ou seja, não é necessário ter em consideração a quantificação das consequências. Nesse caso identifica os efeitos equivalentes para uma mesma intervenção médica, estimando os custos referentes a cada programa, sendo o mais eficiente o que apresenta menores custos. Este tipo de análise é frequentemente utilizado em avaliações de introdução de novos tratamentos (e.g. na decisão da introdução de um entre dois medicamentos com efeito equivalente, embora os custos de aquisição e de administração dos dois possam ser diferentes);
- 2) **Análise custo-efectividade:** que é o segundo mais comum e caracteriza-se por ter um único efeito em comum a todas as alternativas consideradas. Cada alternativa permite alcançar o efeito desejado com diferentes intensidades, onde os custos são medidos em unidades monetárias e as consequências são medidas em unidades naturais. A eficácia é medida em unidades clínicas relevantes, como é o caso dos anos de vida ganhos; os dias de incapacidade evitados e a redução dos enfartes do miocárdio. Por norma, a comparação entre as várias alternativas não é perfeita e aceitam-se, quase sempre, os efeitos resultantes das várias alternativas em análise. Nesta análise não existe uma comparação entre custos e benefícios nem uma valorização das consequências. A comparação existente consiste na avaliação dos custos de cada alternativa, realizada pelo gestor. Mais adiante, exploramos este tipo de análise mais detalhadamente.
- 3) **Análise custo-utilidade:** é um caso particular e mais geral do que a ACE, em que a principal diferença consiste em tornar mais esclarecedora a comparação entre ambas as consequências. As consequências são medidas numa unidade física combinada com elementos qualitativos, como é o caso dos QALY. As consequências são ajustadas por diferentes pesos atribuídos aos diferentes estados de saúde. Isto significa que os estados de saúde associados com os resultados são valorizados uns relativamente aos outros, nos quais se pode valorizar a qualidade dos anos de vida ganhos, e não apenas o mero número dos anos. Este tipo de análise é especialmente útil para os programas ou tratamentos que prolongam a vida à custa de efeitos secundários ou tratamentos que levem a reduções de morbilidade e não de mortalidade. Em termos de consequências das diversas alternativas consideradas podem ser consideradas unidimensionais ou multi-dimensionais, não sendo obrigatoriamente comuns a ambas as alternativas; e

4) Análise custo-benefício: este tipo de análise tem como principal diferença, fase aos outros tipos de análise, a medição dos custos e benefícios em unidades monetárias, para que sejam comparáveis. Assim sendo, torna-se na única forma de análise que permite comparar os benefícios obtidos com os custos. Devemos ter em conta que todos os custos e benefícios devem ser incluídos na análise. A maior dificuldade centra-se nos benefícios pois frequentemente são difíceis de medir e de quantificar em unidades monetárias (e.g. benefícios de difícil quantificação, a maior qualidade de vida para o utente, a maior satisfação do utente com o sistema de saúde e as melhores condições de trabalho para o profissional de saúde). Tal como na ACU, esta análise aborda as consequências unidimensionais ou multi-dimensionais, não necessitando de ser comuns às várias alternativas. Neste sentido, uma questão essencial se coloca: “Porque não é a única a ser usada?” A resposta centra-se, como já referido, na dificuldade em medir, na mesma unidade de custos (unidades monetárias), as diferentes formas de benefício e de custos. Moralmente, surgem constantemente perguntas de difícil resposta: “Quanto se deve gastar para tratar um utente renal?”; “Qual é o preço da vida?”. Uma questão mais específica: “deve-se usar o novo tratamento de terapia compressiva ou outra alternativa?”.

Sullivan (2001) considera ACE como o melhor estudo de análise económica, uma vez que é possível obter conclusões relacionadas com a história natural da doença e verificar os custos e benefícios no desenvolvimento do novo programa ou serviço.

Os custos são tratados de forma semelhante nos quatro tipos de avaliação económica. A única diferença a assinalar reside na diferença da forma de tratar os benefícios/consequências. Existem passos comuns para a sua determinação: especificar os recursos usados, contabilizar as unidades de cada recurso, atribuir valores a esses custos, que se aproximem do seu custo de oportunidade ou ajustar para diferentes horizontes temporais. É importante ter em consideração que, em avaliação económica, nem todos os membros da sociedade atribuem o mesmo valor a um dado objecto, podendo ser medido, por exemplo, pelo rácio benefício-custo. Alguns membros poderão atribuir um valor elevado e outros, para o mesmo caso, atribuir um valor mais baixo (e.g. um programa que dedique uma maior atenção a um dado utilizador, irá obter uma avaliação positiva do mesmo).

2.5 Etapas na produção na Saúde

A produção no sector da saúde funciona em duas etapas: há recursos usados para produzir processos terapêuticos, que depois são usados pelo utente para benefícios em saúde. Por outro lado, as terapias são normalmente compostas por elementos, que são resultado de utilizações de recursos, como por exemplo, uma terapia pode envolver o recurso a medicamentos e a testes laboratoriais, embora a produção da terapia não os utilize directamente.

2.6 Análise custo-efectividade

No âmbito deste trabalho propomos utilizar o tipo de ACE com vista à aferição da eficiência e dos custos com o tratamento de terapia compressiva. Este tipo de análise é uma inovação da aplicação da análise económica no contexto da saúde, pelo que, iremos explorar a ACE mais detalhadamente.

A ACE trata-se de um processo de avaliação microeconómica, que tem origem na identificação da necessidade de uma metodologia adequada para análises económicas na área social. Foi concebida após a identificação de limites na aplicação da ACB, pois tem a vantagem de permitir a medida de benefícios e impacto de um programa ou serviço em uma unidade não monetária (Tanaka e Melo, 2004). É, portanto, uma análise comparativa de procedimentos alternativos tanto em termos de custos como de consequências.

A ACE inclui a ACB visto que ambas comparam custos e resultados. Podem existir diferenças nos custos, conhecidos por custos incrementais, sendo comparados com a diferença de consequências, em termos da razão entre a diferença de custos e a diferença de consequências. A razão de custo-efectividade é definida como a diferença entre o custo de duas intervenções, dividida pela diferença entre as suas consequências em termos de saúde, que se designa por efectividade.

Seguidamente, apresenta-se a fórmula de cálculo para a razão, onde 1 e 2 são as duas estratégias alternativas que estão a ser avaliadas:

$$CE_{2-1} = \frac{Custo_2 - Custo_1}{Efectividade_2 - Efectividade_1} \quad (1)$$

Existem três limitações que se podem apontar na ACE. Em primeiro lugar a ACE não é a mais indicada para sintetizar mais do que um resultado de saúde, independentemente se são resultantes do mesmo problema de saúde ou de vários (e.g. não é possível indicar a variação dos anos de vida ganhos e a qualidade de vida associada a cada ano a mais vivido). A segunda limitação reside no facto da ACE não conseguir resolver um problema importante na área de políticas de saúde (e.g. o custo por cada ano de vida de um idoso tender a ser cada vez mais caro do que cada ano de vida de um adulto jovem ou bebés, uma vez que o período de vida dos idosos é, regra geral, menor). Nesse sentido, alguns autores põem em causa o potencial distributivo desta metodologia (Garber *et al.*, 1996; Garber e Phelps, 1997; e McGuire, 2001). No entanto, a solução apontada para esta limitação é ter, também, em consideração a dimensão ética e cultural, entre outros valores sociais, como objectos do estudo. A terceira limitação neste tipo de análise é a comparação entre resultados de estudos com unidades diferentes (e.g. o número de casos de sífilis evitados *versus* número de casos de cancro de mama evitados). Do ponto de vista da escolha de decisão, estudos de ACE com unidades diferentes podem ser difíceis e especialmente arbitrários, em que a valorização ocorre de modo subjectivo pelo gestor e não explícito pelo usuário.

No entanto, a ACE tem inúmeras vantagens, uma vez que permite: a aplicação e utilização em contextos e situações específicas; o uso de resultados objectivos e subjectivos; uma maior aprendizagem na utilização de instrumentos de análise económica por ter uma perspectiva mais abrangente e flexível e exige uma situação real para a sua aplicação. O mais importante, no entanto, não é a aplicação rígida dessa ou de qualquer outra técnica, dado que para isso são necessários conhecimentos específicos, muitas vezes ainda não dominados pelos trabalhadores da área da saúde. O relevante é introduzir a análise de factores económicos para ampliar a qualidade da saúde e ampliar a capacidade social de responder às necessidades de saúde da população-alvo (Tanaka e Melo, 2004).

A ACE apresenta, portanto, as alterações envolvidas na escolha entre intervenções para um mesmo problema de saúde ou para vários. Particularizando, a ACE tem utilizado instrumentos para avaliar o estado de saúde dos utentes, inclusive a capacidade mental e física, mas também, a ausência de dor e mobilidade, entre outros domínios.

Segundo Barros (2009), a ACE tem como objectivo minimizar os custos para atingir um determinado objectivo, ou seja, é normalmente especificada através do cálculo do custo por unidade do objectivo especificado, sendo este medido em unidades físicas. Admite-se que o objectivo é o desejado, mesmo que os benefícios deles resultantes não

possam ser facilmente medidos em valores monetários, onde não é feita qualquer tentativa de dar valor monetário a este objectivo físico.

A minimização de custos é um método bastante útil em situações em que se espera que os resultados das várias hipóteses sejam semelhantes, onde frequentemente se obtém um equilíbrio entre a efectividade de um tratamento e o custo de cada procedimento.

Há quatro resultados possíveis para introduzir um novo procedimento na prática da área da saúde:

- 1) *O resultado é melhor, o custo é mais baixo* – sem dúvida que esta é a situação ideal, não apenas pela melhoria dos resultados alcançados mas também pela redução dos custos da implementação do novo procedimento. Esta nova técnica deve ser adoptada.
- 2) *O resultado é melhor, o custo é mais elevado* – estamos perante um problema complicado, dado que os utentes melhoraram, mas a um custo mais elevado.
- 3) *O resultado é mais fraco, o custo é mais elevado* – neste caso estamos perante o pior cenário, devendo ser logo eliminada a nova técnica pois a nova técnica é mais dispendiosa e produz um resultado mais fraco.
- 4) *O resultado é mais fraco, o custo é menor* – tal como com o resultado anterior, estamos perante um problema complicado de resolver pois temos de tornar uma decisão acerca da redução relativa no resultado e do nível apropriado de redução das despesas.

Estes quatro resultados podem ser representados no seguinte esquema:

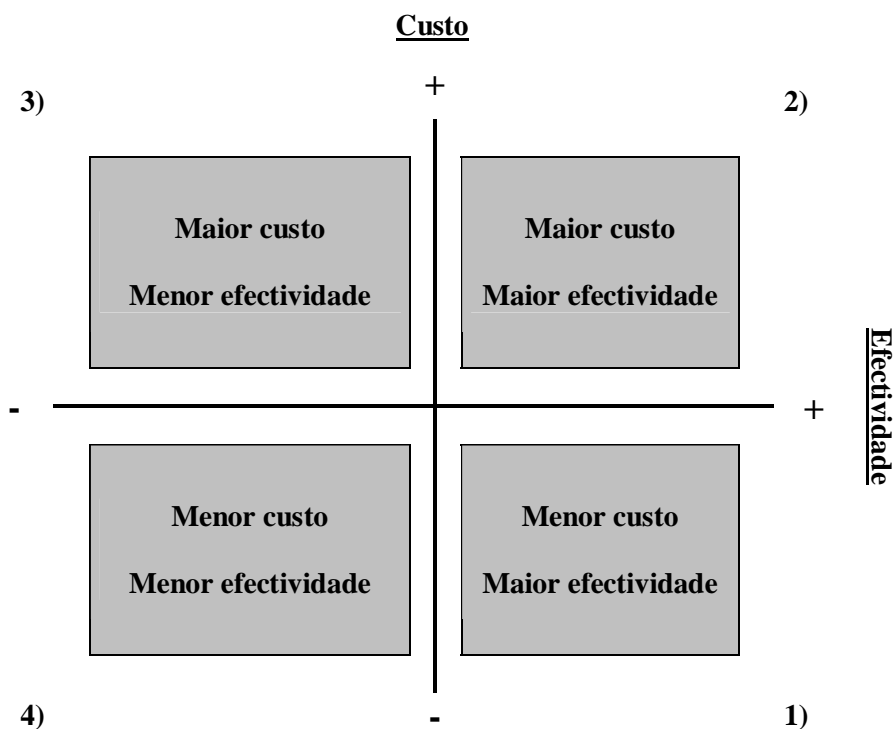


Diagrama 1 – Análise de custo-efectividade

Na ACE em saúde, as consequências das alternativas de procedimentos ou programas em comparação, em geral, referem-se a um único interesse no efeito de saúde (mortalidade ou morbidade). No entanto, pode referir-se a vários interesses, que são atingidos em diferentes graus pelas opções comparadas e são medidos em unidades naturais, como por exemplo: número de mortes evitadas, número de anos de vida ganhos, número de dias com incapacidade, número de partos prematuros evitados ou número de fracturas evitadas. Os custos das alternativas são medidos em unidades monetárias (Drummond *et al.*, 2005).

Na área da saúde é importante analisar que o processo científico do tratamento terapêutico é benéfico para uma avaliação económica do tipo custo-efectividade. Sem essa análise, a avaliação económica na área da saúde, não faz sentido porque, do ponto de vista económico, não faz sentido prover serviços ineficazes, seja de forma eficiente ou não (Drummond *et al.*, 2005). Por outras palavras, a eficácia e a efectividade obtidas na prática dos serviços são um pré-requisito da eficiência e também da equidade quando essas últimas dimensões são avaliadas tendo por objectivo ganhos de saúde. Portanto, é necessário que a evidência sobre a eficácia e sobre a efectividade, quando dados já estão disponíveis, seja obtida antes ou ao mesmo tempo em que uma ACE é feita (Mark *et al.*, 1995; e Mugford e Mustoe, 2001). No que se refere à efectividade, é importante realçar o facto de que, ainda que muitas vezes a estimativa de benefício do tratamento tenha sido feita a partir de ensaios clínicos que, no seu conjunto, podem ter compreendido boa parte do espectro de prognóstico da condição relacionada ao tratamento, tais ensaios, quase sempre, foram realizados dentro de condições ideais de uso ou próximas do ideal (para mais desenvolvimentos veja Drummond *et al.*, 2005).

3. ÚLCERAS DA PERNA

Dado que o objecto de estudo desta investigação incide sobre o tratamento de úlceras da perna (UP), neste capítulo, abordamos os aspectos relacionados com UP, nomeadamente a sua definição, epidemiologia, causa, quadro clínico, diagnóstico, tratamento e terapia compressiva.

As UP são um problema sério de saúde pública que afecta pessoas em todo o mundo e consomem uma fatia considerável dos recursos de cuidados de saúde. São uma doença a ter em consideração, compreendendo diferentes faixas etárias, tendo implicações directas aos níveis social e económico. Trata-se de uma doença que contribui para uma diminuição significativa da qualidade de vida do utente. Estas podem retirar o utente das suas actividades normais do dia-a-dia, como o trabalho, podendo provocar a antecipação da reforma do indivíduo. Também alguns obstáculos financeiros poderão dificultar a promoção de saúde dos utentes sobretudo à medida que as pessoas com doenças crónicas envelhecem. Estes são aconselhados a utilizar terapia compressiva durante toda a vida para prevenir a recorrência das úlceras e, conseqüentemente, existem custos associados (Morison *et al.*, 2007).

Em Portugal, as UP são um problema grave, comprometendo a *qualidade de vida global* (QVG) e, conseqüente, a produtividade a nível laboral, com as compreensíveis repercussões sociais e económicas. Videira (2007) refere que actualmente não existem dados exactos sobre o número de pessoas que sofrem de UP, mas perante dados existentes de outros países poderemos partir do princípio que a prevalência da UP na população adulta portuguesa é de 1%, e que destes 10% são em pessoas com 70 anos ou mais. Nesses mesmos países estima-se que o gasto com o tratamento das UP é de cerca de 2% do orçamento para o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

3. 1 Epidemiologia

A epidemiologia é a ciência subjacente ao estudo clínico da doença nas populações. Revela-se extremamente importante para os investigadores e profissionais de saúde, de

forma a compreenderem as características da doença e dos resultados esperados (Kantor e Margolis, 2001). Esta articulação permite aos investigadores compreender as tendências da doença enquanto que os profissionais de saúde podem adoptar a terapêutica com base nos factores de risco e probabilidade de cicatrização.

Após estudos de epidemiologia, a avaliação da qualidade de vida nas UP ganhou novos horizontes, que salientaram a dimensão e complexidade do problema (e.g. alguns utentes a terem UP durante várias décadas). Callam *et al.* (1987) e Morison *et al.* (2004) consideram que a maioria das UP é evitável e que através da implementação de medidas preventivas poderão reduzir os respectivos custos. Alguns países, como é o caso dos Estados Unidos da América e da Austrália, consideram-no como sendo um indicador de qualidade de cuidados de saúde.

Apesar do aumento crescente de conhecimento nesta área ao longo dos últimos 20 anos, a realidade prática é que muitas UP tornam-se crónicas e não conseguem cicatrizar. Por norma, os utentes com UP não identificam a verdadeira dimensão do problema mas também nos próprios locais onde são prestados os tratamentos ainda não fazem uma abordagem eficaz a estas feridas, ou seja, realizar um diagnóstico adequado e um tratamento preciso, prolongando o tempo de tratamento.

Segundo Furtado (2003), nos utentes portadores de UP, estima-se haver uma prevalência média de 1,42 ‰, sendo 1,3 ‰ para Homens e 1,46 ‰ para mulheres, sendo que na sua maioria são seguidos em ambiente de cuidados de saúde ambulatoriais. Segundo Pina *et al.* (2000) 1% da população adulta europeia e 3,6% dos indivíduos com idade superior a 65 anos sofre de UP. Anand *et al.* (2004) referem que a mesma taxa, no Reino Unido, está compreendida entre 1% e 2% da população, representando cerca de 90.000 utentes e cerca de 400.000 indivíduos com recorrências de UP.

Nelzén (2000), quando aborda a questão dos custos no tratamento de UP, refere que devemos ter em atenção variáveis como o tempo de cicatrização, o tipo de material de penso utilizado e a capacidade de prevenir a recorrência assim como a qualidade de vida. Sterling (1996), quando aborda a questão em termos económicos, calcula que cerca de 2% dos recursos do SNS sejam gastos no tratamento de doenças venosas, enquanto no Reino Unido o valor atinja 600 milhões de libras anuais.

O custo total anual para o tratamento das UP representa uma carga elevada para o SNS. O processo de desenvolvimento de um programa ou serviço, como é o caso da utilização de estudos nos serviços de UP, é um processo exigente, envolvendo diversos grupos para esse processo de mudança. Embora nem sempre exista a mesma disposição

para aceder a essa mudança, os profissionais de saúde podem solicitar algumas melhorias clínicas para os utentes, o que pode exigir que seja passado tempo adicional com este grupo, e procurarem reduzir a sua carga laboral, enquanto os gestores poderão atribuir prioridade a outros aspectos (e.g. a redução no custo da prestação de serviços).

Segundo Costa (2008), as UP têm uma prevalência muito elevada, de cerca de três indivíduos por cada 1000, representando para os serviços de saúde um enorme consumo de recursos, quer humanos, quer materiais. Com os métodos de tratamento “clássicos”, as taxas de cicatrização são muito reduzidas e as reincidentes muito frequentes, mantendo-se os utentes anos e anos em tratamento, sem quaisquer resultados e com elevado défice de qualidade de vida. O tratamento da UP deverá ser implementado através do bom senso e da experiência adquirida, pois é indispensável adquirir treino com os métodos e os produtos utilizados. Não devem ser aplicadas, em qualquer circunstância, substâncias irritantes ou potencialmente sensibilizantes. A boa limpeza da úlcera e pele em redor, com remoção cuidadosa de detritos é fundamental.

3. 2 Causas

As UP surgem frequentemente devido a múltiplas causas. A insuficiência venosa, doença arterial periférica e diabetes são responsáveis por mais de 90% do total das UP (Mekkes *et al.*, 2003). Um aspecto importante a ter em consideração é a dinâmica venosa do membro inferior pois o retorno de sangue nos membros inferiores só é possível graças ao sistema de válvulas das veias, juntamente com a acção muscular, que impedem o seu retrocesso. Da mesma forma, a comunicação entre o sistema de veias superficiais e profundas fica comprometida, dificultando a drenagem sanguínea (Wong *et al.*, 2003). Além deste importante factor de predisposição, existem outros da maior importância, tais como a obesidade, má nutrição, diabetes, insuficiência cardíaca e a hipertensão arterial, a exigir em todos os casos uma avaliação médica minuciosa do estado geral do utente (para mais desenvolvimentos veja Morison *et al.*, 2007).

3.3 Quadro clínico

Para Franks *et al.* (1994), as UP são um problema frequente e comum em serviços de saúde. Deve-se ter em conta que nem todas as UP apresentam as mesmas características, pelo que a sua classificação em diferentes graus é fundamental para futura implementação do tratamento adequado. O profissional de saúde deve ter sempre presente que, sem um correcto diagnóstico, não é possível uma cicatrização mais rápida nem uma prevenção mais eficaz.

É essencial, para o profissional de saúde, obter um levantamento clínico cuidadoso, de forma a determinar as características da UP, sempre com o objectivo de obter a cicatrização da ferida. A pele que circula a UP pode manifestar diferentes sinais clínicos referentes à patologia subjacente. Esses aspectos dermatológicos podem ser classificados em dois grupos diferentes: relacionados com o estudo das UP e relacionados com complicações da UP. O conhecimento da anatomia e fisiologia é essencial para compreender os mecanismos associados ao tratamento da UP (para mais desenvolvimentos veja Morison *et al.*, 2007).

3.4 Diagnóstico

A realização de um diagnóstico correcto das UP é fundamental para a eficiência do tratamento e deve ser considerado como o objectivo primário. O diagnóstico deve ter em conta o historial médico e a úlcera do utente. Deve ser capaz de facultar informações suficientes para determinar a tratamento preliminar da UP e a sua realização contribui para a escolha da estratégia de tratamento a seguir. No entanto, é importante ter em mente que, caso não se verifique a cicatrização, deverá ser realizada uma nova avaliação.

Um tratamento bem sucedido pode melhorar a qualidade de vida dos utentes. Assim sendo, torna-se necessário determinar qual a melhor opção a seguir, devido ao impacto económico causado, mas também na quantificação em termos de qualidade de vida do utente. O diagnóstico tem uma enorme importância para o resultado final e deve servir como instrumento de gestão estratégica do melhor tratamento a seguir, de forma a obter a cicatrização. Cada vez mais a avaliação e diagnóstico precoce da UP tem contribuído para

a escolha mais apropriada e sem atrasos desnecessários do tratamento a seguir. Desta forma, verifica-se a minimização de atrasos e uma cicatrização da UP mais rápida, contribuindo para a qualidade de vida do utente. Sem uma avaliação cuidada, pode dar-se o caso de haver um atraso na prescrição do tratamento mais apropriado (Nelzén, 1999).

O estudo da origem das UP é muito variado, sendo maioritariamente de origem venosa (72%), mista arterio-venosas (15%), origem arterial (7%) e outras causas (6%) (Pina *et al.*, 2000).

3.5 Tratamento

O principal objectivo do tratamento dos UP é obter a satisfação máxima do utente, tendo em consideração a relação custo-efectividade favorável. Segundo Barros (2009), apesar dos cuidados de saúde, em Portugal, serem cada vez mais avaliados em função da relação custo-efectividade, ainda existem poucos estudos aprofundados sobre os custos associados à prevenção e tratamento de UP.

O tratamento de uma UP é um processo moroso que exige um esforço coordenado e continuado de todos os profissionais de saúde. Na fase mais avançada do tratamento a cura é mais lenta e os recursos técnicos a utilizar são mais caros, o inverso da fase inicial, onde, por norma, envolve poucos meios e, conseqüentemente, menos despesas (Morison *et al.*, 2007).

O tratamento das UP consiste em medidas locais e sistémicas dirigidas para a patologia de base do utente. Um princípio básico e fundamental para o tratamento de uma UP é contemplar ao utente como um todo, ou seja, para além dos cuidados com a ferida é fundamental a optimização do estado geral do utente, tanto a nível fisiológico como a nível psicológico e social. Existem diversos tratamentos clínicos possíveis das UP, usados com o intuito de melhorar o sucesso na cura e de qualidade de vida do utente. Em Portugal, só recentemente é que começou a haver interesse na utilização de técnicas de eficácia reconhecida nesses tratamentos (Stevens, 1997).

Morison *et al.* (2007) referem que são constantemente utilizados tratamentos conservadores, sem grandes resultados práticos, baseados na elevação do membro em causa, impedindo que o utente realize as suas tarefas normais, e o recurso à farmacologia. Embora a terapia compressiva seja um tratamento para toda a vida, uma vez que não

corrige o processo subjacente da doença, é um método eficaz tanto para o tratamento da úlcera como para a prevenção da sua recorrência, reduzindo as complicações a longo prazo e contribuindo para melhoria de qualidade de vida do utente.

3. 6 Terapia Compressiva

Ao longo das últimas duas décadas, diversos estudos de tratamento de terapia compressiva efectuados por Schonfeld *et al.* (2000), Harding *et al.* (2001), Sibbald *et al.* (2001), Meaume e Germen (2002), Korn *et al.* (2002) e O'Brien *et al.* (2003), demonstram a existência de melhorias de qualidade de vida dos utentes, devido à elevada taxa de cicatrização verificada e de uma diminuição nos custos neste serviço.

O tratamento de terapia compressiva tem contribuído para o desenvolvimento da taxa de cicatrização de UP (Marston *et al.*, 1999). O seu principal objectivo é obter a satisfação máxima do utente, tendo em consideração uma relação custo-efectividade. Segundo a *Effective Health Care* (1997), diversos estudos em todo o mundo demonstram pelo menos uma duplicação das taxas de cicatrização, existindo algumas a registar um melhoramento dos resultados de até três vezes. Embora seja a principal opção para o tratamento de UP, também pode desempenhar um papel importante na prevenção da recorrência de úlceras após a cicatrização.

O tratamento de terapia compressiva consiste em, através de ligaduras de pressão, restabelecer a pressão venosa que foi danificada pela degeneração primária das grandes veias ou de lesões pós-trombóticas, onde o sangue fica a oscilar em cima para baixo nos segmentos que não dispõem de válvulas funcionais. A acumulação de fluidos nos tecidos extra-vasculares provoca um edema. Aquando da aplicação adequada de níveis de pressão verificamos a diminuição do diâmetro das veias principais, melhorando a drenagem venosa e linfática, e isso tem o efeito de reduzir o volume sanguíneo local, fazendo com que o edema diminua (para mais desenvolvimentos veja Morison *et al.*, 2007). Este tratamento inclui limpeza da ferida, cicatrização em ambiente húmido, suporte elástico, fisioterapia e, no caso de feridas graves, a cobertura biológica da ferida (Pina *et al.*, 2000).

A principal característica do tratamento por terapia compressiva é, segundo Pina *et al.* (2007), “empurrar” os fluidos dos espaços intersticiais de volta para o sistema vascular e linfático. A terapia compressiva é aplicada através de uma pressão exercida nos tecidos,

com a finalidade de aumentar a pressão intravenosa, orientar o fluxo venoso de retorno e potencializar a resolução do edema.

Segundo Borges (2005), as UP causam danos aos utentes uma vez que afectam o seu estilo de vida devido à dor, depressão, perda de auto-estima, isolamento social, incapacidade para o trabalho e, frequentemente, internamentos ou visitas clínicas ambulatoriais. Segundo este mesmo autor, a implementação do tratamento de terapia compressiva é fundamental no processo de cura de UP, uma vez que é um processo que requer a implementação de compressão externa para facilitar o retorno venoso, reduzindo assim a hipertensão venosa crónica. Segundo Franks *et al.* (1994), o tratamento de terapia compressiva também contribui para melhorias na dor, mobilidade e qualidade de vida.

Como já foi referido anteriormente, um correcto diagnóstico permite obter uma eficiente gestão de qual o tratamento mais adequado para o caso subjacente. Segundo Morison *et al.* (2007) desenvolveu-se um algoritmo internacional, pela Comissão Consultiva Internacional para as UP (Anexo B.1). A finalidade consiste na criação de uma via de que reflecta o estado actual do tratamento realizado.

As UP exercem um efeito económico negativo sobre a vida dos utentes devido à perda de produtividade e ao custo do tratamento, mas também no constrangimento social do indivíduo, que poderá causar tristeza, raiva e auto-estima negativa (Doughty *et al.*, 2000). O tratamento de UP está focado na necessidade de reverter a hipertensão venosa ao nível das veias superficiais.

Na maioria dos casos de UP, os serviços de saúde adoptam com frequência a utilização de consultas médicas, troca de curativos com sucessivas mudanças do tratamento tópico e, às vezes, sem a associação de qualquer terapia de compressão. O utente pode viver com esta situação durante vários anos, sem obter a cicatrização da UP. Na actualidade, a pratica profissional deve ser baseada na análise dos resultados efectivos do tratamento prestado, embora muitos profissionais sintam dificuldades para a utilização das evidências práticas atingidas.

Segundo Cullum *et al.* (2001), a terapia compressiva aumenta as taxas de cicatrização na UP de origem venosa e é efectiva na prevenção de recorrências. Scrivens (1995) e Cullum *et al.* (2003), referem que os profissionais que utilizam este tratamento devem estar treinados e capacitados para tal, uma vez que a compressão aplicada inadequadamente torna os utentes propensos a complicações e que a terapia compressiva deve ser aplicada, de modo consistente, para melhorar a efectividade do cuidado e reduzir os custos do tratamento.

Segundo Costa (2008), o tratamento de terapia compressiva apresenta extraordinárias vantagens, com destaque para a melhoria da qualidade de vida dos utentes e a redução de custos humanos e económicos para o sistema de saúde português, após a criação de condições necessárias, incluindo formação, adequação de instalações e aquisição de equipamento.

4. DADOS E RESULTADOS

Neste capítulo começamos por descrever o questionário para analisar o custo-efectividade dos utentes do tratamento de terapia compressiva do Centro de Saúde de Santa Comba Dão.

A aferição de resultados no Centro de Saúde de Santa Comba Dão é justificada pelo facto desta ter sido pioneira na aplicação no tratamento de terapia compressiva a nível nacional. Este é um tratamento inovador comparativamente com os tratamentos usuais para a UP. Os resultados alcançados a nível de cicatrização de ferida têm sido apresentados em diversos congressos internacionais na área da saúde e tratamento de feridas, nos quais foram atribuídos prémios (Costa, 2008).

Na organização das ideias para a formulação do questionário foram utilizadas as recomendações de Hill e Hill (2009) e nas interpretações dos testes de Maroco (2007). O tratamento e análise de dados foi executado usando a versão 17.0 do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciency*) e o Microsoft Excel 2003.

Em particular, descrevemos os itens do questionário utilizados para aferir a qualidade de vida dos utentes, designado por esquema Cardiff de impacto da ferida (*Cardiff Wound Impact Schedule (CWIS)*). Seguidamente, efectuamos a caracterização dos utentes do tratamento de terapia compressiva, em termos pessoais e profissionais. A análise dos resultados em termos das dimensões do CWIS, da QVG, dos custos associados ao tratamento de terapia compressiva é realizada nas subsecções 4.3, 4.4 e 4.5, respectivamente. Por fim, efectuamos a comparação dos resultados obtidos para a terapia compressiva com outros tipos de tratamento.

4.1 Questionário

O questionário aplicado divide-se em cinco partes (apêndice A.2). A primeira parte refere-se a dados pessoais com vista à caracterização da população de utentes do tratamento de terapia compressiva, no primeiro semestre de 2010. É composta por quatro itens de resposta aberta e quatro itens de resposta fechada. Dessa forma, consideramos as seguintes variáveis: idade, sexo, profissão, concelho e distrito de residência, existência ou não de tratamento de terapia compressiva na área de residência, nível de escolaridade e estado da

ferida. Efectuamos a comparação da qualidade de vida dos utentes antes e depois do tratamento de terapia compressiva na segunda parte do instrumento, recorrendo ao CWIS (Price e Harding, 2004), que vai ser descrito mais pormenorizadamente seguidamente. Os custos com o tratamento de terapia compressiva são apresentados na terceira parte do instrumento. Os itens que constituem esta parte são de resposta fechada (seis itens) e de resposta aberta (um item). Na quarta parte analisamos os principais gastos que o utente teve com outro tipo de tratamento para a UP. É composta por um item de resposta fechada e dois itens de resposta aberta. Concluimos aplicando uma escala de medida da QVG, antes e depois do tratamento de terapia compressiva e analisamos o nível de satisfação do utente com os resultados alcançados com este tratamento inovador, usando três itens de resposta fechada.

O CWIS foi desenvolvido inicialmente por Price e Harding (2004) e pretende avaliar a qualidade de vida dos utentes com feridas crónicas. Teve como princípio a criação de um questionário a partir de uma lista de ideias, obtida em entrevistas realizadas a utentes de uma clínica de ambulatório, envolvendo os utentes, quer na construção do questionário quer nos pesos de importância relativa para as pontuações. Definiram as fases para a construção do CWIS que podem resumir-se essencialmente em três: 1) a formulação das perguntas; 2) a formulação da escala; e 3) os testes de fiabilidade e de validação.

A partir dessa descrição, Price e Harding estabeleceram três dimensões de medição de qualidade de vida: “vida social”; “bem-estar” e “sintomas físicos e vida quotidiana”. Desta forma, identificavam e descreviam as consequências do impacto da ferida na sua vida diária (Ferreira *et al.*, 2007). Para além dessas dimensões, o CWIS inclui perguntas referentes a dados pessoais e à qualidade de vida relacionada com a saúde em geral, recorrendo à escala de Likert. Nesta escala os utentes especificam o seu nível de concordância com uma afirmação e é constituída por cinco categorias ordinais: 1) nunca/não se aplica; 2) raramente; 3) às vezes; 4) frequentemente e 5) sempre; onde as pontuações finais são obtidas somando todas as respectivas respostas, após uma transformação numa escala de 0 a 100. Valores mais altos correspondem a melhores percepções de qualidade de vida (Mendonça *et al.*, 2007). Em Portugal, foi criado o CWIS utilizando as técnicas actualmente reconhecidas pela comunidade científica, incluindo o processo de tradução, testes de compreensão, testes de fiabilidade e testes de validação. Estes processos foram testados por Ferreira *et al.* (2007) segundo os conceitos de reprodutibilidade e de consistência interna.

4.2 Caracterização

Os dados referem-se às respostas ao questionário de 61 utentes com úlceras da perna que efectuam tratamento de terapia compressiva no Centro de Saúde de Santa Comba Dão, no primeiro semestre de 2010. Do total de utentes, 51% são do sexo feminino, e os restantes do sexo masculino, como podemos constatar pela análise do gráfico 1.

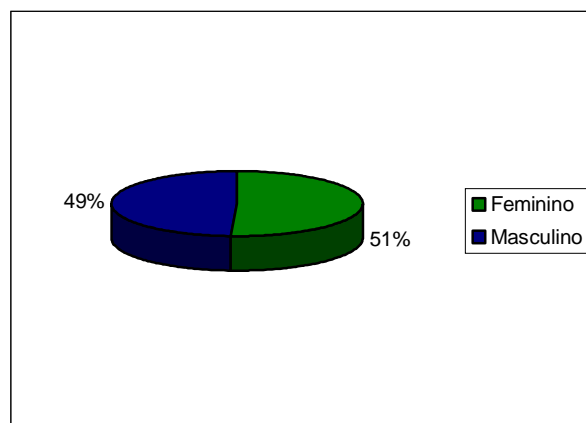


Gráfico 1 – Distribuição dos utentes por sexo

Relativamente à idade dos utentes, na tabela 1 apresentam-se algumas estatísticas descritivas. Verificamos que a média das idades é de 69,02, com um desvio 11,6 anos e com uma amplitude de 57 anos (o utente mais novo tem 34 anos e o mais velho 91 anos). Agrupando a idade em classes obtemos a distribuição apresentada no gráfico 2.

N	61
Média	69,02
Mediana	71,00
Moda	69 ^a
Desvio-padrão	11,58
Amplitude	57
Mínimo	34
Máximo	91
Percentis	25 62,50
	75 76,00

Tabela 1 – Estatísticas descritivas da idade

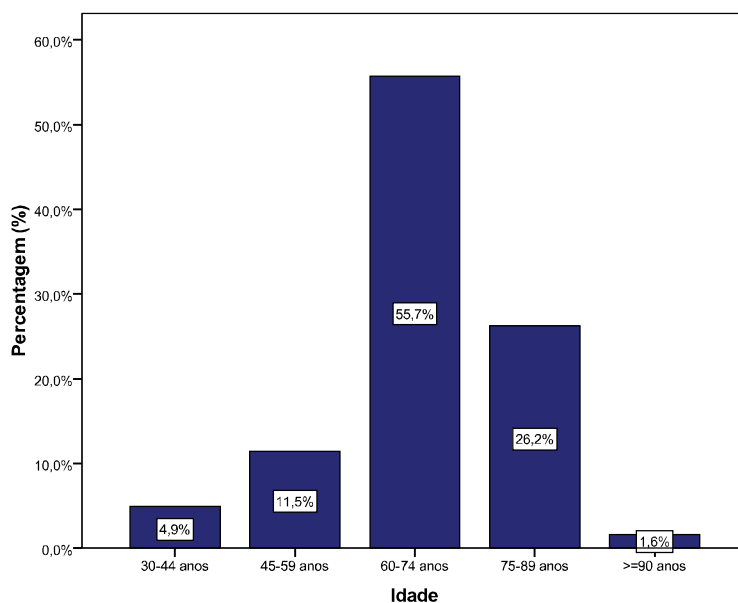


Gráfico 2 – Distribuição dos utentes por idade

A maioria dos utentes (55,7%) tem idade compreendida entre 60 e 74 anos. A classe de idades menos representada é a de 30 a 44 anos. É de destacar que não existem utentes com idade inferior a 30 anos.

Relativamente ao grau de escolaridade dos utentes (gráfico 3) constatamos que a maioria dos utentes, 90,2%, possui um grau de escolaridade inferior ou igual à educação primária (1º Ciclo do Ensino Básico). Apenas 4,8% dos utentes possuem habilitação académica superior ou igual ao 9º ano de escolaridade do Ensino Básico.

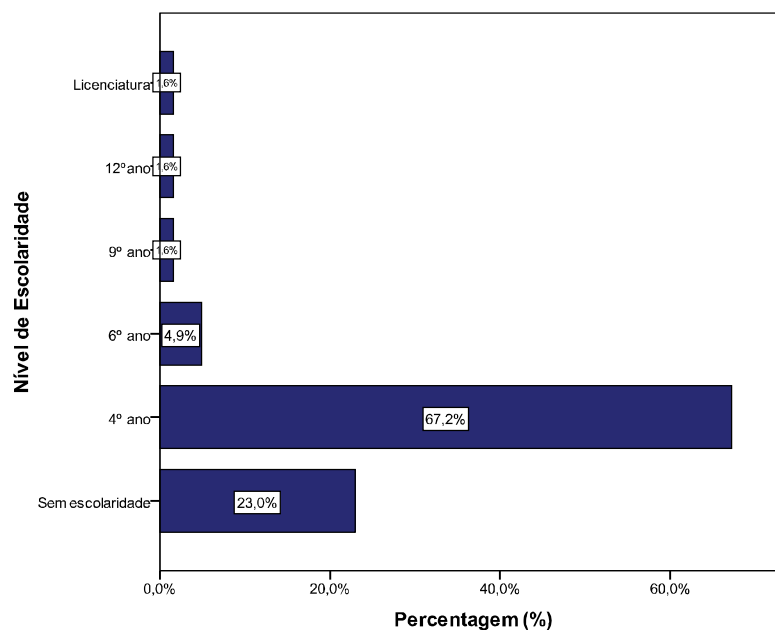


Gráfico 3 – Distribuição dos utentes por nível de escolaridade

No que se refere à actividade profissional que os utentes exercem ou exerceram a maior parte da vida, dos 61 utentes estudados com UP, a maioria dos utentes (63,9%) são reformados, considerando tanto utentes do sexo masculino como do sexo feminino.

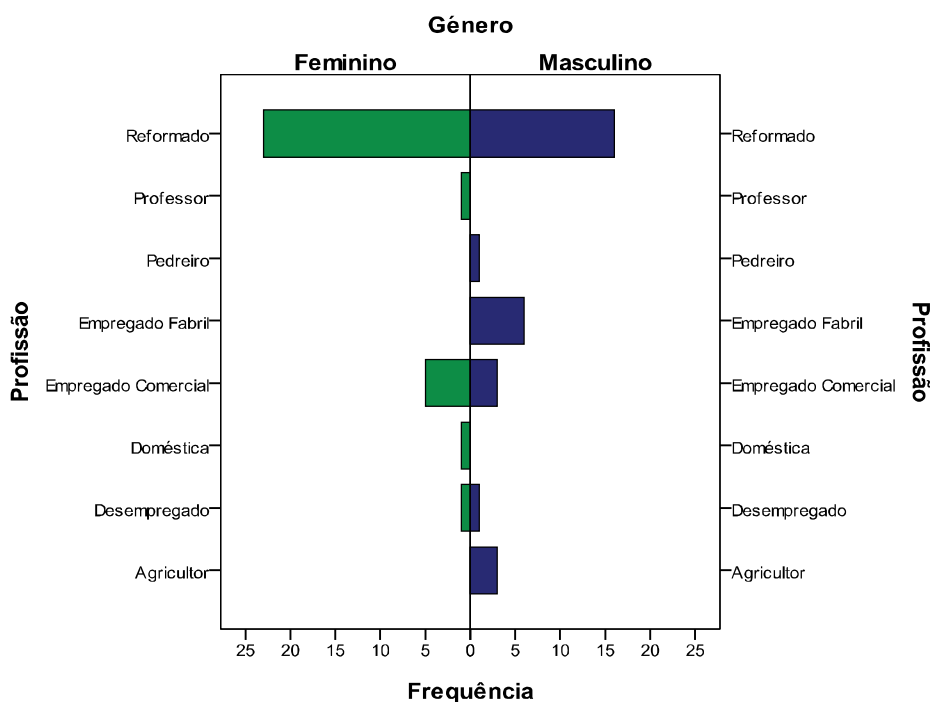


Gráfico 4 – Distribuição dos utentes por profissão segundo sexo

Relativamente ao distrito de residência dos utentes, constatamos que a resposta mais frequente (65%) foi no distrito de Viseu e que a menor percentagem de utentes reside no distrito de Aveiro. É de notar que o Centro de Saúde de Santa Comba Dão situa-se na parte sul do distrito de Viseu.

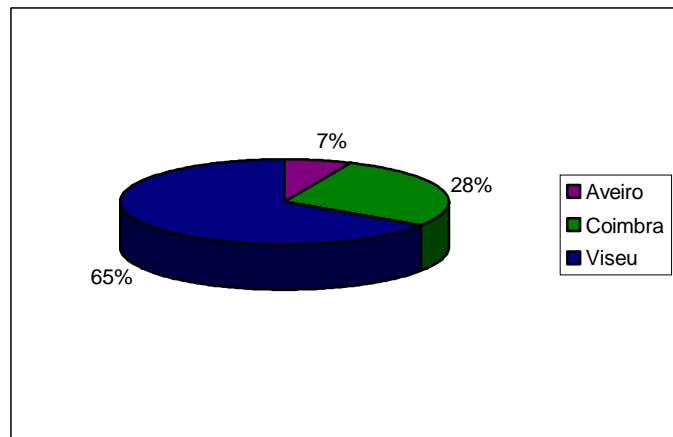


Gráfico 5 – Distribuição dos utentes por distrito de residência

A análise do gráfico 6 permite verificar que nos distritos de Aveiro e Coimbra não existe o tratamento de terapia compressiva. No distrito de Viseu, existe o tratamento de terapia compressiva na área de residência apenas para 55% dos utentes (concelho de Santa Comba Dão).

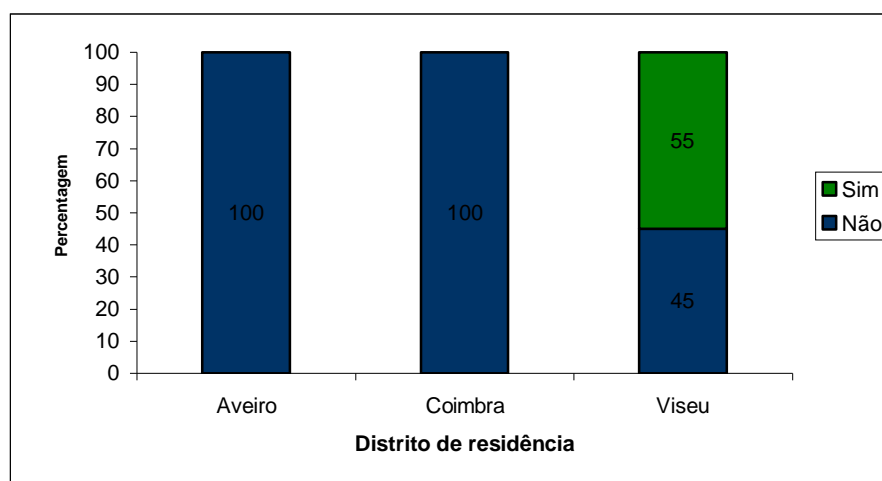


Gráfico 6 – Distribuição dos utentes por existência do tratamento de terapia compressiva na área de residência segundo o distrito

No que concerne ao estado da ferida, constatamos que 52% dos utentes têm a ferida cicatrizada ou muito próxima da cicatrização, como se pode constatar pela análise do gráfico 7.

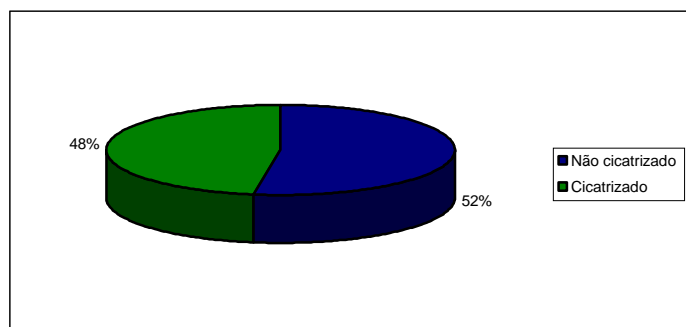


Gráfico 7 – Distribuição dos utentes por estado de cicatrização da ferida.

4.3 Esquema Cardiff de impacto da ferida

O CWIS contempla três dimensões: vida social, bem-estar, sintomas físicos e vida quotidiana. Para a sub-escala de *vida social* são considerados catorze itens. A sub-escala de *bem-estar* é composta por sete itens e a sub-escala de *sintomas físicos e vida quotidiana* é constituída por vinte e quatro itens (tal como em Price e Harding, 2004). Nesta secção consideramos os resultados referentes ao CWIS, depois de os utentes terem sido sujeitos ao tratamento de terapia compressiva.

Todas as dimensões apresentam valores de consistência interna bons (como é possível observar na tabela 2), medidos pelo coeficiente de *alpha* de Cronbach, o que demonstra uma fiabilidade muito boa do instrumento de medição.

Dimensões/Sub-escalas	Cronbach's Alpha	Número Itens
Vida Social	0,91	14
Bem-estar	0,81	7
Sintomas Físicos e Vida Quotidiana	0,92	24

Tabela 2 – Valores de fiabilidade das dimensões do CWIS

Analisando a escala obtida para cada dimensão do CWIS, calculado através do somatório das pontuações dos itens que compõem cada escala e pela conversão para uma escala de 0 a 100. Os valores mínimos, máximos, médios e desvio-padrão de cada dimensão obtidos para as três sub-escalas são apresentados na tabela 3.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Sub-Escala_VidaSocial	61	44,64	100,00	81,82	13,37
Sub-Escala_BemEstar	61	32,14	96,43	70,14	14,48
Sub-Escala_SintFisVidQuo	61	45,83	100,00	81,33	11,06

Tabela 3 – Estatísticas descritivas das sub-escalas de cada dimensão do CWIS

As médias das três sub-escalas são superiores a 70%. Nesse sentido, os valores encontrados revelam uma boa qualidade de vida no que se refere ao impacto na vida social, bem-estar e nos sintomas físicos e vida quotidiana. O gráfico seguinte permite corroborar esta constatação mostrando que existem diferenças estatisticamente significativas entre a

dimensão de bem-estar e as outras duas dimensões. De facto, em média, os utentes tiveram valores mais baixos na sub-escala de bem-estar do que nas outras duas sub-escalas.

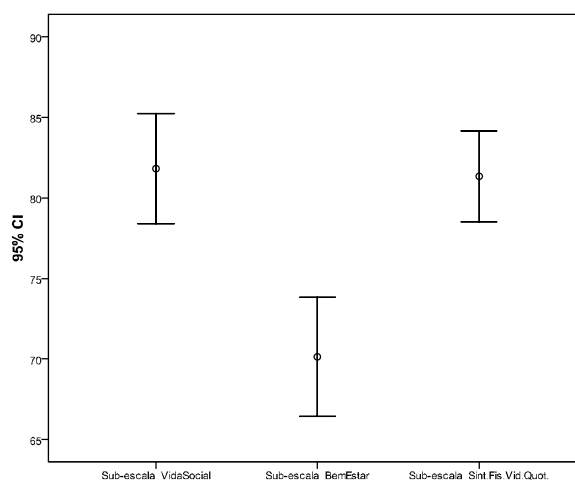


Gráfico 8 – Gráfico de barras para a apresentação dos intervalos de confiança para as médias das sub-escalas dimensão do CWIS

Analisando, ainda, a direcção e a associação entre as dimensões de Cardiff, verificamos que existe uma correlação positiva moderada, estatisticamente significativa ao nível de significância 0,01, entre todas as dimensões (a variar entre 0,571 e 0,759).

Correlação de Pearson	Sub-Escala_VidaSocial	Sub-Escala_BemEstar	Sub-Escala_SintFisVidQuo
Sub-Escala_VidaSocial	1	0,571**	0,759**
Sub-Escala_BemEstar	0,571**	1	0,613**
Sub-Escala_SintFisVidQuo	0,759**	0,613**	1

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 4 – Correlação entre as três dimensões da CWIS

4.4 Qualidade de vida global

Avaliando a escala de QVG, com pontuações a variar entre 0 (pior possível/nada satisfeito) e 10 (melhor possível/muito satisfeito), verificamos que os utentes atribuíram valores em que a média é de 8,4 (com desvio-padrão 0,9). A escala apresenta mínimo de 6 e valor máximo de 10, pelo que a amplitude total é 4. Constatamos que 25% dos utentes considera o nível 8 como QVG e que a mediana é 9. O gráfico 9 representa a distribuição destas variáveis.

Média		8,41
Mediana		9,00
Moda		9,00
Desvio-padrão		0,90
Amplitude		4,00
Mínimo		6,00
Máximo		10,00
Percentis	25	8,00
	75	9,00

Tabela 5 – Estatísticas descritivas da escala QVG

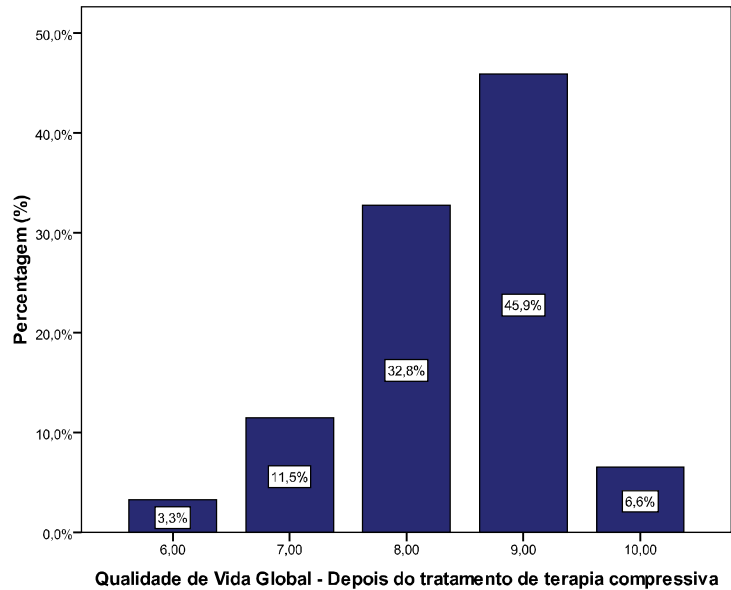


Gráfico 9 – Distribuição da variável QVG

Relacionando cada sub-escala do CWIS com a medida geral de QVG, verifica-se que existe uma correlação positiva moderada, estatisticamente significativa, entre os sintomas físicos de vida quotidiana e a vida social, como mostra a tabela seguinte.

Correlação de Pearson	Sub-Escala _VidaSocial	Sub-Escala _BemEstar	Sub-Escala _SintFisVidQuo
QVG	0,51*	0,28	0,47*

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 6 – Correlação das dimensões da CWIS com a QVG

O nível de satisfação dos utentes com os resultados alcançados com o tratamento de terapia compressiva foi aferido considerando quatro níveis: *nada satisfatórios*, *pouco satisfatórios*, *satisfatórios* e *muito satisfatórios*. A análise do gráfico 10 permite constatar que a totalidade dos utentes apenas escolheu dos dois níveis mais elevados de satisfação para os resultados alcançados com o tratamento.

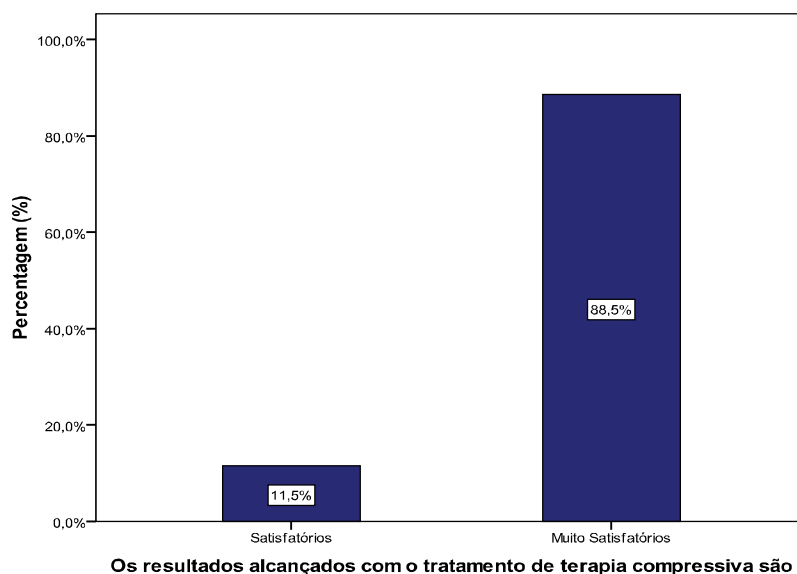


Gráfico 10 – Nível de satisfação dos resultados alcançados com o tratamento

4.5 Custos associados ao tratamento

Relativamente ao número de vezes que o utente se desloca à unidade de saúde por semana, a média de idas é 1,68 com um desvio-padrão associado de 0,53 (tabela 7). No máximo o utente desloca-se três vezes por semana ao Centro de Saúde de Santa Comba Dão como podemos observar no gráfico 11.

Média	1,69
Mediana	2,00
Desvio-padrão	0,53
Amplitude	2,00
Mínimo	1,00
Máximo	3,00
Percentis	25 1,00
	75 2,00

Tabela 7 – Estatísticas descritivas do número de deslocações por semana à unidade de saúde

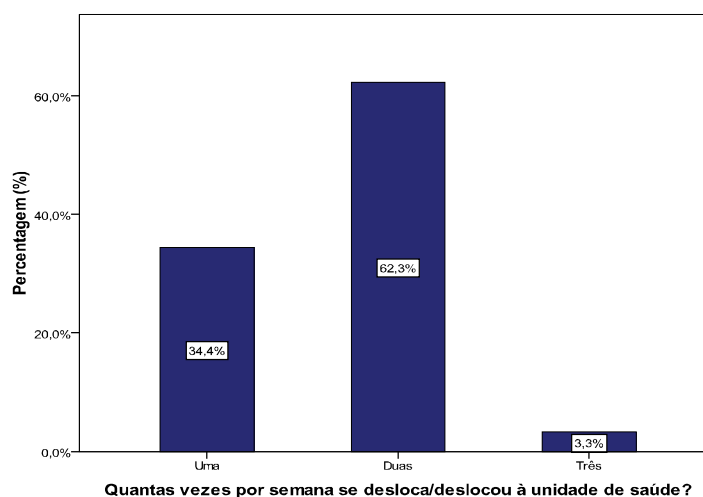


Gráfico 11 – Distribuição do número de deslocações por semana à unidade de saúde

No que se refere ao número de semanas que se prevê que demore para terminar o tratamento, a moda é “Mais de 5”.

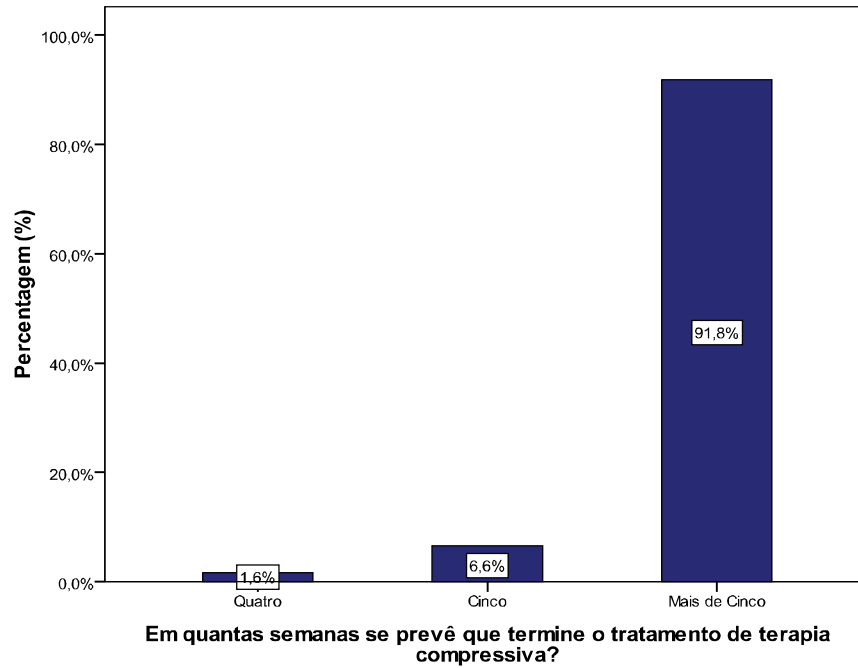


Gráfico 12 – Distribuição da previsão do número de semanas que demora o tratamento de terapia compressiva

O meio de transporte que é mais utilizado para o utente se deslocar à Unidade de Saúde é a viatura própria (70,5%) e menos utilizado é o autocarro.

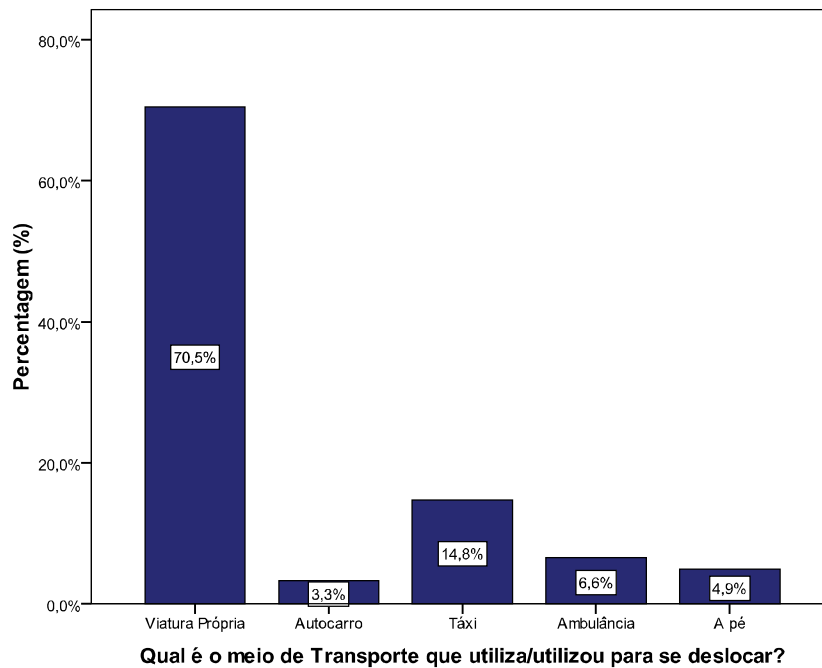


Gráfico 13 – Distribuição da variável meio de transporte usado para se deslocar à Unidade de Saúde

O custo de cada deslocação à unidade de saúde tem média de 11,62 euros. A classe modal do custo é “Entre 0 e 10 euros” (45,9%) classe menos representativa é “ Entre 30 euros e 40 euros”.

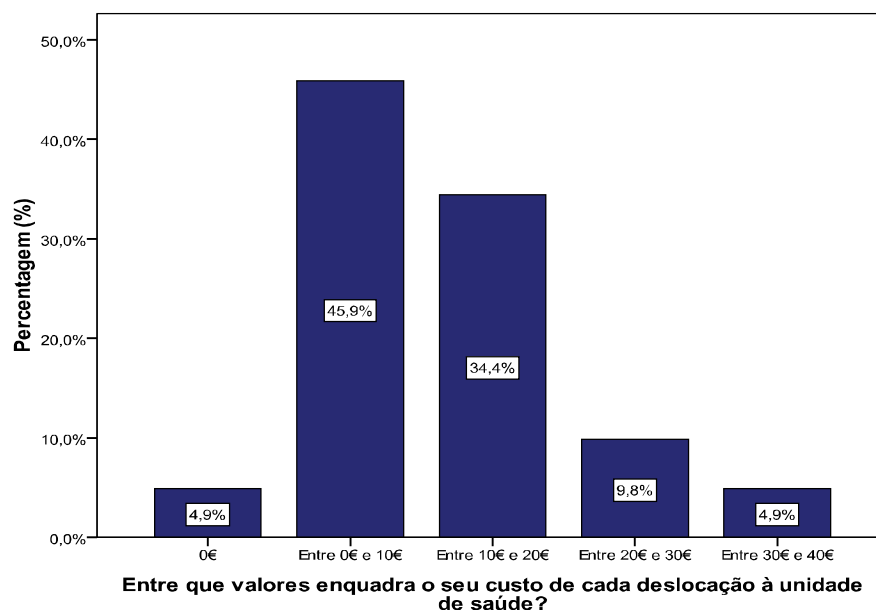


Gráfico 14 – Distribuição dos valores gastos em cada deslocação à Unidade de Saúde

O gráfico 15 relaciona o custo de cada deslocação à Unidade de Saúde com o meio de transporte utilizado pelo utente para se deslocar à Unidade de Saúde. A análise do gráfico permite constatar que apenas o meio de transporte “Táxi” se enquadra nos valores “Entre 30€ e 40€”. Para o meio de transporte mais utilizado, ou seja, viatura própria, os valores estão compreendidos entre 0€ e 30€, sendo que 60% dos utentes referiu gastar “Entre 0€ e 10€”, 33% dos utentes “Entre 10€ e 20€” e 7% dos utentes “Entre 20€ e 30€”. Apesar do meio de transporte “Autocarro” ser o menos utilizado, verificamos que os valores estão compreendidos entre 0€ e 20€, em que, 50% dos utentes referiu que os seus gastos estavam compreendidos “Entre 0€ e 10€” e os outros 50% compreendidos “Entre 10€ e 20€”.

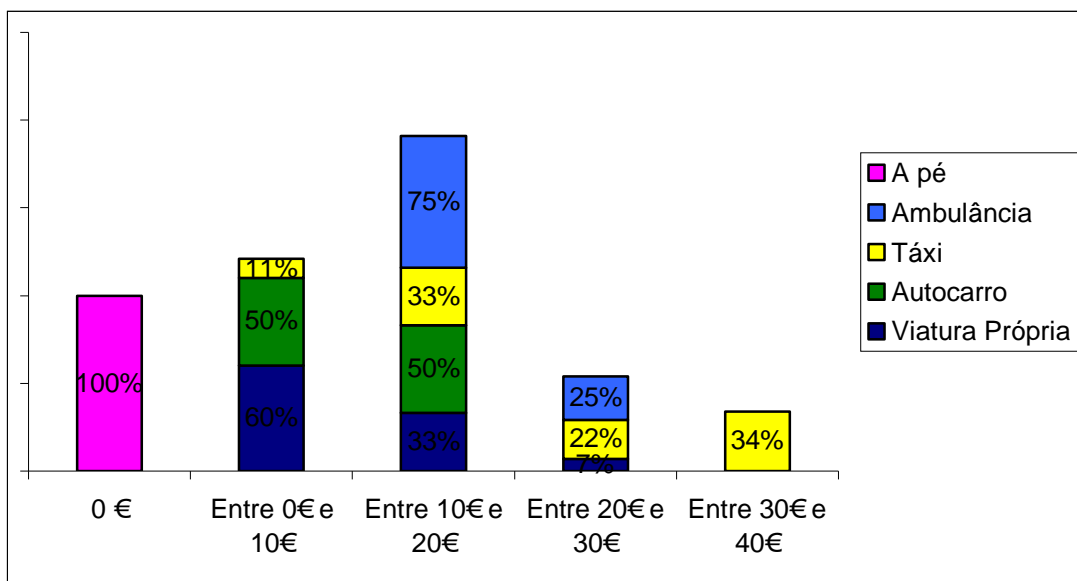


Gráfico 15 – *Custo de cada deslocação à unidade de saúde segundo o meio de transporte utilizado.*

A análise do gráfico 16 permite-nos verificar que a maioria dos utentes (59%) não tem qualquer gasto com medicação ou outro material para o tratamento da UP. Constatamos, ainda, que 36,1% dos utentes apresentam gastos para esta variável entre 0 e 10 euros, enquanto apenas 4,9% dos utentes gasta mensalmente em medicação/outro material entre 10 e 20 euros.

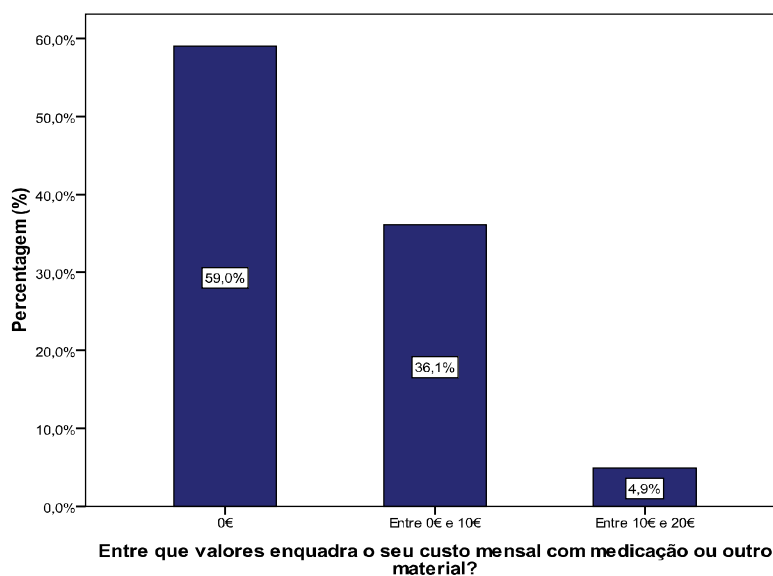


Gráfico 16 – *Distribuição do custo mensal com medicação e outro material*

No que concerne a honorários que os utentes deixam de receber para realizar o tratamento de terapia compressiva, o gráfico 17 permite concluir que, a maioria dos utentes (89%) não deixam de receber nenhum honorário para realizar as sessões de tratamento.

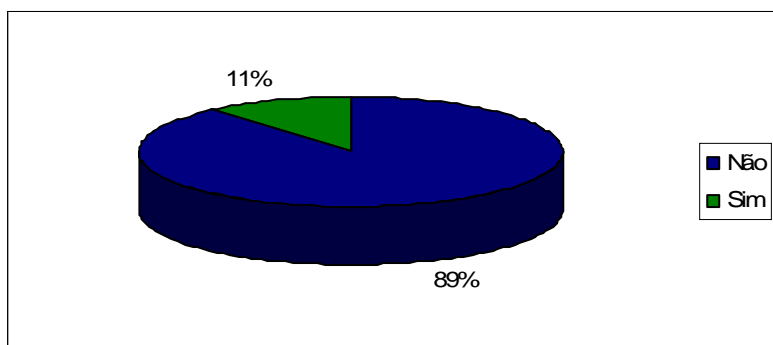


Gráfico 17 – Distribuição da resposta dicotómica do item “O utente deixa de receber honorários para efectuar o tratamento de terapia compressiva.”

4.6 Comparação com outro tipo de tratamento

Quase a totalidade dos utentes (93%) já tinha sido sujeito a outro (ou outros) tratamento(s) para a UP (Gráfico 18).

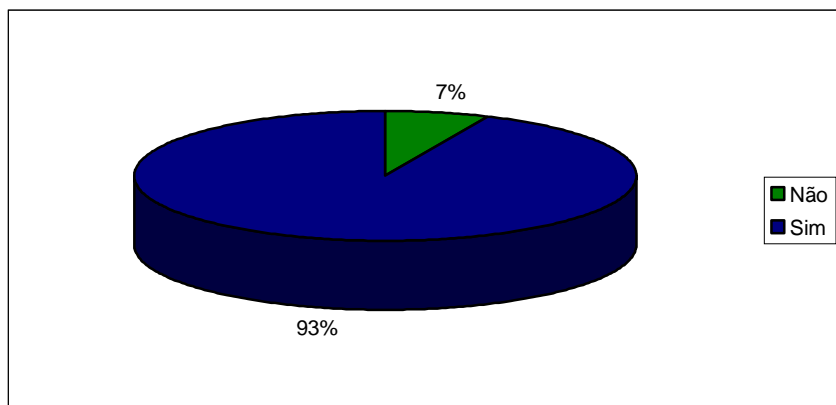


Gráfico 18 – Distribuição da resposta dicotómica do item “Sujeitou-se a outro tipo de tratamento para a úlcera da perna”

Qualidade de Vida

Com vista a analisar a qualidade de vida dos utentes da terapia compressiva antes (A) e depois (D) de estar sujeito ao tratamento apresentamos as estatísticas descritivas das três dimensões do CWIS na tabela seguinte.

	Sub-Escala_VidaSocial_A	Sub-Escala_VidaSocial_D	Sub-Escala_BemEstar_A	Sub-Escala_BemEstar_D	Sub-Escala_SintFisVidQ_uo_A	Sub-Escala_SintFisVidQ_uo_D
Média	52,66	81,82	19,67	70,14	41,77	81,34
Mediana	53,57	85,71	17,86	71,43	38,54	81,25
Coeficiente de assimetria	0,34	-0,89	0,77	-0,45	0,65	-0,85
Erro-padrão associado ao coeficiente de assimetria	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31
Desvio-padrão	15,93	13,37	10,61	14,48	16,65	11,06
Amplitude	75,00	55,36	46,43	64,29	72,92	54,17
Mínimo	25,00	44,64	3,57	32,14	10,42	45,83
Máximo	100,00	100,00	50,00	96,43	83,33	100,00
Percentis 25	39,29	75,00	10,71	60,71	31,25	75,00
75	64,29	92,86	26,79	82,14	51,04	89,58

Tabela 8 – Estatísticas descritivas das sub-escalas CWIS

As distribuições das sub-escalas de vida social, bem-estar e sintomas físicos da vida cotidiana antes do tratamento de terapia compressiva são assimétricas positivas com coeficiente de assimetria entre 0,34 e 0,77 (erro padrão de 0,31). Analisando as sub-escalas, depois da terapia compressiva constatamos que a distribuições possuem coeficiente de assimetria entre -0,45 e -0,89, pelo que são assimétricas negativas.

Adicionalmente, verificamos que todas as medidas de localização apresentadas para as três sub-escalas antes do tratamento de terapia compressiva são inferiores às obtidas para depois do utente ter sido sujeito ao tratamento de terapia compressiva. Para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas nas médias obtidas para as sub-escalas antes e depois do tratamento de terapia compressiva foi realizado o teste para amostras emparelhadas (Wilcoxon). Os valores da estatística de teste, para as sub-escalas de vida social, bem-estar e sintomas físicos da vida cotidiana são $t=-6,739$, $t=-6,799$ e $t=-6,794$, respectivamente, e os respectivos *p-values* (probabilidades) $p=0,000$, $p=0,000$ e $p=0,000$, pelo que rejeita-se a hipótese de igualdade das médias antes e depois do tratamento. Nesse sentido, concluímos que as médias das três sub-escalas são diferentes antes e depois do tratamento, em concreto, mais elevadas depois do tratamento de terapia compressiva.

A representação do gráfico de barras para a média dos intervalos de confiança corrobora a existência da diferença estatisticamente significativa das três sub-escalas antes

e depois da terapia compressiva. Verificamos que existe uma melhoria nas médias das três sub-escalas considerando antes e depois do utente estar sujeito ao tratamento de terapia compressiva.

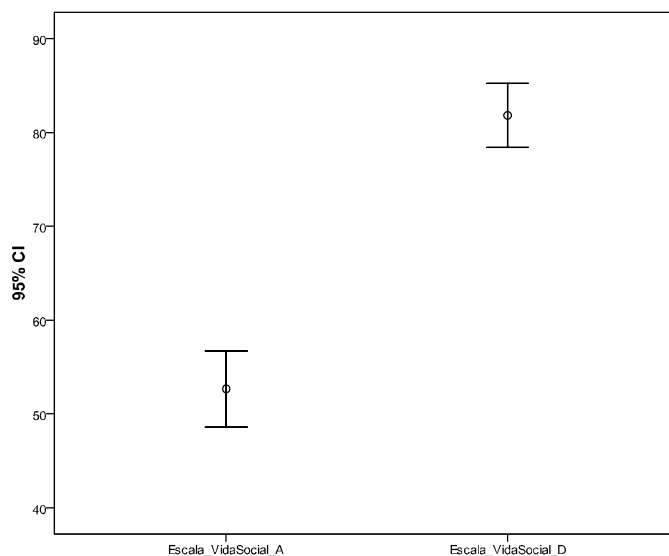


Gráfico 19 – Gráfico de barras para os intervalos de confiança da sub-escala da vida social.

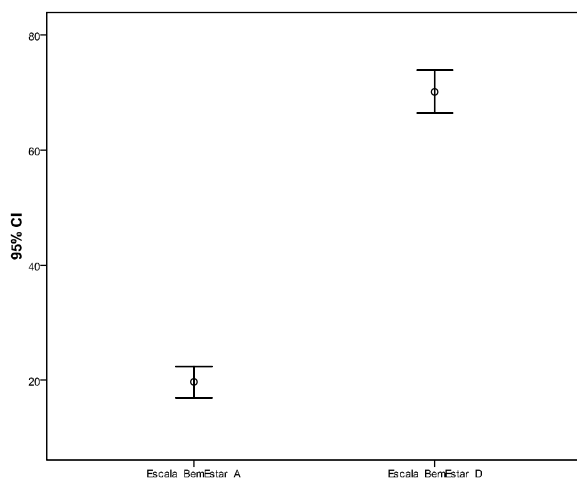


Gráfico 20 – Gráfico de barras para os intervalos de confiança da sub-escala de bem-estar.

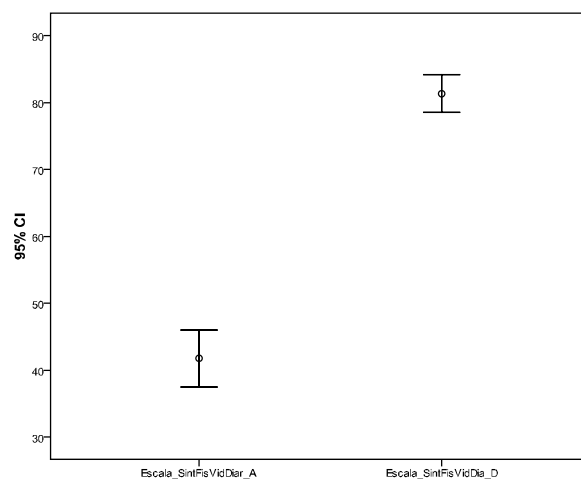


Gráfico 21 – Gráfico de barras para os intervalos de confiança da sub-escala de sintomas físicos da vida quotidiana.

A escala de QVG antes do tratamento de terapia compressiva apresenta uma distribuição assimétrica positiva (coeficiente de assimetria positivo e igual a 0,52), com média 3,9 e mediana 4. A distribuição das respostas à escala de QVG depois do tratamento de terapia compressiva tem média 8,4, mediana 9, pelo que é assimétrica negativa (coeficiente de assimetria -0,64 e erro padrão associado de 0,31). As medidas de localização da QVG depois do tratamento são superiores às observadas antes do tratamento de terapia compressiva.

	Qualidade de Vida Global – Antes do tratamento	Qualidade de Vida Global – Depois do tratamento
Média	3,90	8,41
Mediana	4,00	9,00
Moda	4,00	9,00
Desvio-padrão	1,23	0,90
Coefficiente de assimetria	0,52	-0,64
Erro-padrão associado ao coeficiente de assimetria	0,31	0,31
Amplitude	7,00	4,00
Mínimo	1,00	6,00
Máximo	8,00	10,00
Percentis 25	3,00	8,00
75	5,00	9,00

Tabela 9 – Estatísticas descritivas da escala de QVG

Para verificar se diferenças das médias da escala de QVG, antes e depois do tratamento de terapia compressiva, realizámos o teste para amostras emparelhadas (Wilcoxon). A estatística de teste tem associada uma probabilidade $p=0,000$ pelo que se conclui que as médias da escala QVG antes e depois do tratamento são diferentes, em concreto são mais elevadas depois do tratamento.

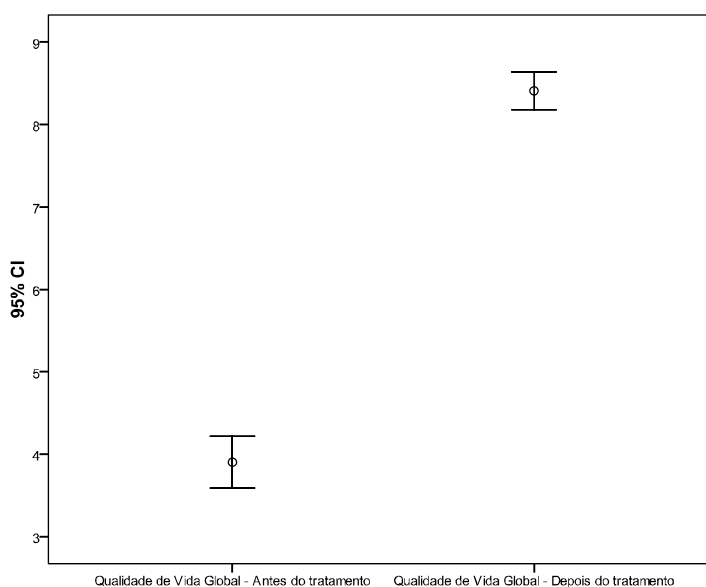


Gráfico 22 – Gráfico de barras para os intervalos de confiança da escala de QVG

Custos

Em termos de custos com outros tratamentos, os utentes referiram que, antes do tratamento de terapia compressiva, experimentaram um ou mais tipos de tratamento para a UP. É de salientar que não foi possível apurar com exactidão os custos com tratamentos anteriores devido à quantidade e diversidade de tratamentos de UP que os utentes experimentaram, pelo que não se podem apresentar resultados quantitativos, mas apenas qualitativos.

Os resultados dos outros tratamentos não foram satisfatórios e os custos mostraram-se mais elevados, uma vez que, os utentes se deslocaram a várias Unidades de Saúde públicas e privadas para realizar tratamento, tanto na sua área de residência como em diversos locais do país. O maior custo com outro tratamento também foi justificado pela duração do mesmo, dado que a ferida nunca cicatrizou nas diversas tentativas e que, em alguns casos, já duravam há vários anos.

No que se refere à medicação e outro material, verificámos que com o tratamento de terapia compressiva, os utentes diminuíram a toma de medicação e, conseqüentemente, os custos com esta variável. Para os 7% de utentes que nunca fizeram outro tipo de tratamento para a UP, constatamos que apesar do aumento de custos para fazer o tratamento de terapia compressiva, pela análise da tabela 10, estes foram largamente compensados pelos resultados alcançados com a terapia compressiva, que se mostraram muito satisfatórios.

Sujeitou-se a outro tipo de tratamento para tratar a sua úlcera da perna?	Os resultados alcançados com o tratamento de terapia compressiva são:		
		Satisfatórios	Muito Satisfatórios
	Não	0%	100%
Sim	12%	88%	

Tabela 10 – Resultados alcançados com a terapia compressiva segundo a resposta dicotómica “o utente sujeitou-se a outro tipo tratamentos”.

O diagrama abaixo ilustra os resultados obtidos.

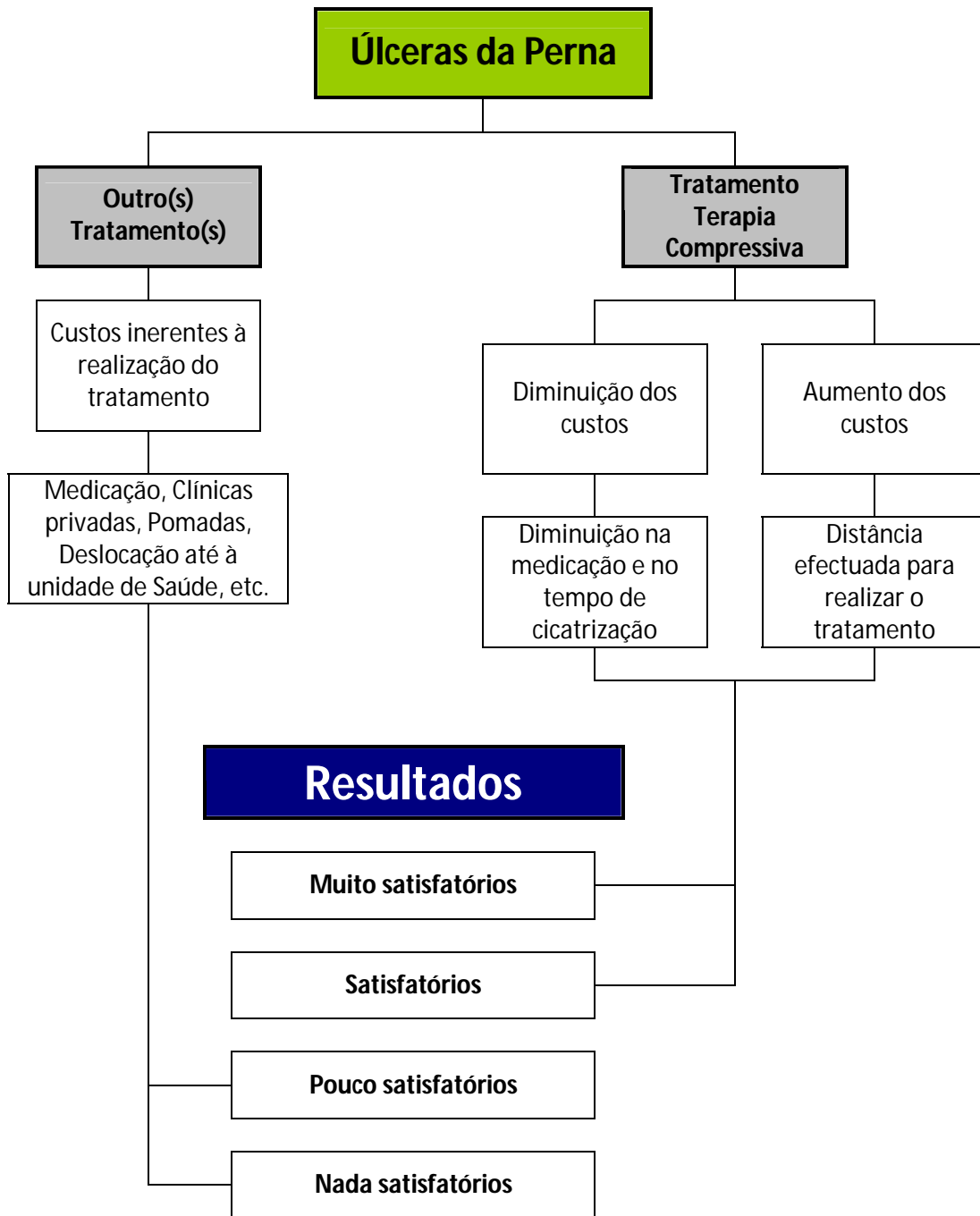


Diagrama 2 – Representação dos resultados alcançados, tendo em conta os dois tipos de tratamento.

Custo-efectividade

Com vista comparar os custos do tratamento de terapia compressiva com outros tratamentos usamos a ACE. Este tipo de análise permite comparar custos de intervenções com ganhos esperados. Uma intervenção pode ser definida como um conjunto de procedimentos clínicos ou não clínicos, que visam a promoção da saúde e que envolve a mobilização de quantidades apreciáveis de recursos materiais, humanos, logísticos e financeiros. No âmbito deste trabalho, consideramos os ganhos esperados em termos de qualidade de vida. O objectivo de aplicação deste tipo de análise é a maximização dos benefícios de promoção da saúde, considerando os custos decorrentes das intervenções.

Em particular, na fórmula de cálculo da razão de custo-efectividade (1), as estratégias alternativas são 1 – outro tratamento para a UP (antes) e 2 – tratamento de terapia compressiva (depois). A análise dos resultados obtidos pela aplicação do instrumento permitiu-nos verificar que há uma diminuição dos custos do tratamento de terapia compressiva comparativamente com outros tratamentos, a que o utente já tinha sido sujeito, para tratamento da UP. No que se refere à efectividade, que é aferida em termos de qualidade de vida, há um aumento da intervenção 1 para a intervenção 2. Nesse sentido, podemos concluir que o tratamento de terapia compressiva apresenta custos mais baixos comparativamente com os tratamentos convencionais de UP, e que há um aumento de qualidade de vida (efectividade) para os utentes (tabela 11), prevenindo o aparecimento de UP. Esta análise vem evidenciar uma maior eficiência do tratamento de terapia compressiva em todas as dimensões de CWIS ena QVG, provocando uma melhoria na saúde do utente.

	Média
Vida Social – Antes do tratamento	52,66
Vida Social – Depois do tratamento	81,82
Bem-estar – Antes do tratamento	19,67
Bem-estar – Depois do tratamento	70,14
Sintomas físicos da vida quotidiana – Antes do tratamento	41,77
Sintomas físicos da vida quotidiana – Depois do tratamento	81,34
Qualidade de Vida Global – Antes do tratamento	3,90
Qualidade de Vida Global – Depois do tratamento	8,41

Tabela 11 – Média das escalas da efectividade 1 e efectividade 2.

Os resultados obtidos enquadram-se no tipo 1) de análise custo-efectividade, do diagrama 1, do capítulo 2 (secção 6). Para os utentes sujeitos ao tratamento de terapia compressiva, verificamos que há um menor custo e uma maior efectividade (diagrama 3).

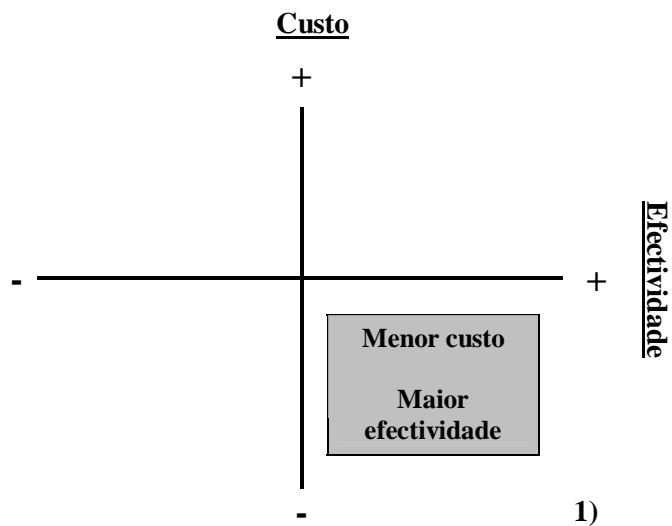


Diagrama 3 – *Análise de custo-efectividade no tratamento de terapia compressiva*

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstram que as úlceras da perna incidem mais nos utentes com idades compreendidas entre os 60 e 74 anos. O distrito de residência dos utentes mais frequente é o de Viseu. A maioria dos utentes possui nível de escolaridade inferior ou igual ao 1º ciclo do Ensino Básico. A moda da actividade profissional é reformado(a). Dos 61 utentes estudados, 48% têm a ferida cicatrizada ou muito próximas da cicatrização após tratamento via terapia compressiva.

Relativamente ao instrumento de medição Cardiff de Impacto da Ferida, as suas sub-escalas – vida social, bem-estar, sintomas físicos e vida quotidiana – apresentaram uma boa consistência interna com o instrumento. Todas as sub-escalas apresentam valores médios elevados. A vida social e os sintomas físicos e vida quotidiana apresentam correlações moderadas positivas com a percepção da qualidade de vida geral que o utente possui. Verificámos ainda uma correlação positiva moderada a forte entre as escalas gerais da qualidade de vida e a satisfação com a qualidade de vida.

No que se refere à aferição dos custos associados ao tratamento, a média do número de dias por semana que o utente se desloca ao Centro de Saúde de Santa Comba Dão é 1,68 vezes e a previsão para o *término* do tratamento é de cinco ou mais semanas. O meio de transporte mais utilizado para a deslocação à Unidade de Saúde é a viatura própria. Os custos mais frequentes localizam-se na classe “Entre 0 e 10 euros”, seguidos da classe “Entre 10 e 20 euros”. A maioria dos utentes não tem qualquer custo com a medicação e/ou outro material com o tratamento de terapia compressiva. Apenas 11% dos utentes deixa de receber honorários para realizar sessões de terapia compressiva.

Verificámos que 93% dos utentes já tinham sido sujeitos a tratamentos convencionais para a úlcera da perna. Nesse sentido, comparámos a qualidade de vida dos utentes, antes e depois do tratamento. A análise dos resultados permitiu-nos verificar que, em média, houve uma melhoria do antes para o depois do tratamento, nas três sub-escalas (vida social, bem-estar e sintomas físicos da vida quotidiana) e na escala de qualidade de vida global.

A comparação dos resultados obtidos com outros tratamentos, em termos de custos, mostrou: 1) que a maioria dos utentes já tinha experimentado outros tratamentos; e 2) que houve uma diminuição dos custos com o tratamento de terapia compressiva. Essa diminuição de custos foi justificada pela: 1) deslocação dos utentes a várias Unidades de

Saúde públicas e privadas para realizar tratamento, tanto na sua área de residência como em diversos locais do país; e 2) pela duração do tratamento, dado que a ferida nunca cicatrizou nas diversas tentativas (em alguns casos as feridas já duravam há vários anos). Houve também uma diminuição de custos com a medicação e outro material, uma vez que diminuiu a quantidade e o número de medicamentos consumidos e, conseqüentemente, houve uma redução de custos com esta variável. Os utentes que nunca foram sujeitos a outro tipo de tratamento (7%) viram os seus custos aumentados, mas que foram largamente compensados pelos resultados muito satisfatórios obtidos com o tratamento de terapia compressiva.

Neste trabalho, na análise de custo-efectividade, os custos foram comparados considerando a terapia compressiva e outros tratamentos e os benefícios são expressos em termos de qualidade de vida. A terapia compressiva mostrou-se como uma alternativa para minimizar os custos e que maximiza os resultados deste tipo de tratamento, em termos de vida social, bem-estar e sintomas físicos da vida quotidiana e qualidade de vida global. Esta alternativa, que apresenta o menor custo por unidade de efectividade, é a que se deve escolher com base nos princípios da eficiência económica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [AHCPR] Agency for Health Care Policy and Research. Translating evidence into practice (1997). Conference summary.
Disponível:
<http://www.ahcpr.gov/clinic/trip1997/>
Acedido em 17/11/2008
- Aguilar, M. e Ander-Egg, E. (1994). *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Anand, S., Dean, C., Nettleton, R. e Praburaj, D. (2004). *Health-related quality of life tools for venous ulcerated patients*. In: White RJ, editor. Trends in wound care. Volume III. Londres: Quay Books; p. 116-31.
- Auquier, P., Simeoni, M. C. e Mendizabal, H. (1997). *Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé*. Revue Prevenir Vol. 33; pp. 77-86.
- Banta, H. e Perry, S. (1997). *A History of ISTAHC. A personal perspective on its first 10 years*. Int J Technol Assess Health Care; Vol. 13; pp. 430-53.
- Banta, H.; Oortwijn, W. e Van Beekman, W. (1995). *The organization of health care technology assessment in the Netherlands*. The Hague: Rathenau Institute.
- Banta, H. e Luce, B. (1993). *Health care technology and its assessment: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Barros, P. (2009). *Economia da Saúde – Conceitos e comportamentos*. Livraria Almedina.
- Barros, P. (1998). *Qualidade em cuidados de saúde – avaliação e melhoria*. Encontro anual da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.
- Battista, R. N. e Hodge, M. J. (1995). *The development of health care technology assessment: an international perspective*. Int J Technol Assess Health Care; Vol. 11; pp. 287-300.
- Beitz, J. (2001). *Overcoming barriers to quality wound care: a systems perspective*. Ostomy/Wound Management; Vol. 47; pp. 56-64.
- Bernstein, R. J. (1983). *Beyond objectivism and relativism: science, hermeneutics and praxis*. Philadelphia: University of Philadelphia Press.
- Borges, E. (2005). *Tratamento tópico de úlcera venosa: proposta de uma directriz baseada em evidências*. Tese de Doutoramento. São Paulo: Escola de Enfermagem.
- Bou, J. (1995). *Tratamiento de úlceras por presión a domicilio*. Revista Rol de Enfermería, n.º 205 (Set), pp. 23-30.
- Cabatoff, K. A. (1996). *Getting on and off the policy agenda: a dualistic theory of program evaluation utilization*. Can J Program Eval; Vol. 11; pp. 35-60.
- Callam, M., Harper, D., Dale, J. e Ruckley, C. (1987). *Chronic Ulcer of the Leg: Clinic History*. British Medical Journal; Vol. 294; pp. 1389-1391.
- Castro, J. (2002). *Instrumentos para avaliação económica dos serviços de saúde*. Disponível em:
<http://www.ipea.gov.br/economiadasaude/subtema.php?cod=16#>
Acesso em: 24/11/2009.

- Campos (1986). *Avaliação económica de programas de saúde*. Cadernos de Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública: Lisboa.
- Cervo, F. (2000). *Pressure ulcers: Analysis of guidelines for treatment and management*. Geriatrics; Vol. 55, n.º 3, pp. 55-60.
- Charles, H. (2004). *Does leg ulcer treatment improve patients quality of life?* Journal of Wound Care; Vol. 13; pp. 209-213.
- Chen, H. T. (1990). *Theory-driven evaluations*. Newbury Park: Sage Publications.
- Clewer, A. e Perkins, D. (1998). *Economics for health care management*. Londres: Prentice Hall.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. F. e Pineault, R. (1997) *A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos*. In: Hartz, Z. organizador. *Avaliação em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; pp. 29-48.
- Costa, J. (2008). *Inovação no tratamento das úlceras da perna*. Enfermagem no Centro de Saúde de Santa Comba Dão. Revista da Ordem dos Enfermeiros: Outubro.
- Cullum, N. Nelson, E., Fletcher, A. e Sheldon, T. (2003). *Compression for venous leg ulcers*. Cochrane Database Syst.
- Cullum, N.; Nelson, E.; Fletcher, A. e Sheldon, T. (2001). *Compression for venous leg ulcers (Cochrane Review)*, Update Software, The Cochrane Library Oxford.
- Department of Health (2001). *The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st Century*. Department of Health, London.
- Donabedian, A. (1996). *Continuity and change in the quest for quality*. Clin Perform Qual Health Care; Vol. 1; pp. 9-16.
- Donabedian, A. (1992). *The role of outcomes in quality assessment and assurance*. Qual Rev Bull; Vol. 18; pp. 356-360.
- Donabedian, A. (1990). *The seven pillars of quality*. Arch Pathol Lab Med.
- Donabedian, A. (1988). *The assessment of technology and quality*. Int J Technol Assess Health Care; Vol. 4; pp. 487-496.
- Donabedian, A. (1986). *Criteria and standards for quality assessment and monitoring*. Qual Rev Bull; Vol. 12; pp. 99-108.
- Doughty, D., Waldrop, J. e Ramundo, J. (2000). *Lower-extremity ulcers of vascular etiology*. In Bryant, R.A. *Acute and chronic wounds: nursing management*. 2 ed. St Louis: Mosby, Cap. 12, pp. 265-300.
- Drummond, M., O'Brien, B., Sculpher, M., Stoddart, G. e Torrance, G. (2005). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Third Edition. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Effective Health Care (1997). *Compression therapy for venous leg ulcers*. Effective Health Care; Vol. 3; n.º 4.
- Ferrans, C. e Powers, M. (1992). *Psychometric assessment of the quality of life index*. Research in Nursing 6 Health; n.º 15; pp. 29-38.
- Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J. e Furtado, K. (2007). *Medição da qualidade de vida de doentes com feridas crónicas: a Escala de Cicatrização da Úlcera da perna e o Esquema Cardiff de impacto da ferida*. Nursing; Vol. 221; pp. 32-41.

- Ferreira, L. (2002). *Utilidades, QALY e Medição da Qualidade de Vida*. Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação*. Lusociência, Loures.
- Franks, P., Moffatt, C., Connolly, M., Bosanquet, N., Oldroyd, M., Greenhalgh, R. e McCollum, C. (1994). *Community Leg Ulcer Clinics: Effect on Quality of Life*. *Phlebology*; Vol. 9; pp. 83-86.
- Frederico, M. (2000). *Princípios de economia da saúde*. Coimbra: Formasau.
- Furtado, K. (2003). *Prevenção de úlceras da perna: um certificado de qualidade*. *Nursing*; Vol. 175; pp. 20-23.
- Garber, A. (2001). *Evidence-based coverage policy*. *Health Affairs*, Vol. 20, n.º 5.
- Garber, A. e Phelps, C. (1997). *Economic foundations of cost-effectiveness analysis*. *Journal of Health Economics*, Vol. 16; 1-31.
- Garber, A.; Goldman, L.; Grover, S. e Hlatky, M. (1996). *Cost effectiveness of assessment and management of risk factors*. *Journal of the American College of Cardiology*; Vol. 27; pp. 957-1047.
- Georgiades, N. e Macdonell, R. (1998). *Leadership for competitive advantage*. John Wiley, Chichester.
- Giraldes, M. (1997). *Economia da Saúde: da teoria à prática*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Greene, J. (2000). *Qualitative program evaluation: practice and promise*. In: Handbook of qualitative research. Denzin, N., Lincoln, Y. editors. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Gold, M.; Patrick, D. e Torrance, G. (1996). *Cost-effectiveness in health and medicine*. New York: Oxford University Press.
- Gooch, S., Hopkis, A. e Scott, F. (2000). *Leg ulcer care in east London*. In: Evans, D. e Haines, A. (eds). *Implementing evidence based changes in healthcare*. Radcliffe Medical Press, Oxford.
- Goodman, C. (1992). *It's time to rethink health care technology assessment*. *Int J Technol Assess Health Care*; Vol. 8; pp. 335-358.
- Guba, E. e Lincoln, Y. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications.
- Habicht, J.; Victora, C. e Vaughan, J. (1999). *Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of Public Health programme performance and impact*. *Epidemiol*, Vol. 28.
- Harding, K.; Price, P. e Robinson, B. (2001). *Cost and dressing evaluation of hydrofiber and alginate dressings in the management of community based patients with chronic leg ulceration*. *Wounds*, Vol. 13; pp. 229-236.
- Hill, M. e Hill, A. (2009). *Investigação por questionário*. 2.ª Ed.; Edições Sílabo.
- Hopkins, B.; Hanlon, M. Yauk, S.; Sykes, S.; Rose, T. e Cleary, A. (2000). *Reducing nosocomial pressure ulcers in an acute care facility*. *Journal of Nursing Care Quality*, Vol. 14, n.º 3, pp. 20-28.
- House, E. R. (1980). *Evaluating with validity*. Beverly Hill: Sage Publications.

- Jefferson, T., Demicheli, V. e Mugford, M. (1996). *Elementary economic evaluation in health care*. Second Edition. Londres: BMJ Books.
- Kantor, J. e Margolis, D. (2001). *Treatment options for diabetic neuropathic foot ulcers: a cost-effectiveness analysis*. *Dermatologic Surgery*; Vol. 27; pp. 347-351.
- Krahn, M. (1994). *Issues in the cost-effectiveness of os asthma education*. *Chest*; Vol. 106; pp. 264-269.
- Korn, P., Patel, S. e Heller, J. (2002). *Why insurers should reimburse for compression stockings in patients with chronic venous statis ulcers*. *Journal of Vascular Surgery*; Vol. 35; pp. 950-957.
- Krauss-Silva, L. (2004). Avaliação tecnológica e análise custo-efectividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de directrizes clínicas para o SUS. *Ciência & Saúde Colectiva*; Vol. 8; n.º 2; pp. 501-520.
- Leathard, A. (1994). *Going inter-professional. Working together for health and welfare*. Routledge, London.
- Lewin, K. (1951). *Field theory and learning*. In: Cartwright, D. (ed.) *Field theory in social science: select theoretical papers*. Harper Collins: New York.
- Lock, P. (1996). *Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia*. *Journal of Advanced Nursing*; Vol. 23; n.º 25; pp. 873-881.
- Luce, B. R. e Brown, R E. (1995). *The use of technology assessment by hospitals, health maintenance organizations and third party payers in the United States*. *Int J Technol Assess Health Care*; Vol. 11; pp. 79-92.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística - com utilização do SPSS*. 3.ª Ed. Edições Sílabo.
- Mark, D.; Hlatky, M.; Califf, R. e Naylor, C. (1995). *Cost effectiveness of thrombolytic therapy with tissue plasminogen activator as compared with streptokinase for acute myocardial infarction*. *The New England Journal of Medicine*; Vol. 332; n.º 21; pp. 1418-1424.
- McGuire, A. (2001). *Theoretical concepts in the economic evaluation of health care*, pp. 1-21. In Drummond, M. e McGuire, A. (ed.). *Economic evaluation in health care: merging theory with practice*. Oxford University Press, Nova York.
- Marston, W.; Carlin, R. e Passman, M. (1999). *Healing rates and cost efficacy of outpatient compression treatment for leg ulcers associated with venous insufficiency*. *Journal of Vascular surgery*, Vol. 30; pp. 491-498.
- Martin, A. e Stockler, M. (1998). *Quality of life assessment in health care research and practice*. *Evaluation & Health Professions*; Vol. 21; n.º 2; pp. 141-156.
- Meaume, S. e Gérmen, E. (2002). *Cost-effectiveness of wound management in France: pressure ulcers and venous leg ulcers*. *Journal of wound Care*; Vol. 11; pp. 219-224.
- Medeiros, A. (2002). *Avaliação económica dos medicamentos*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, n.º 18, pp. 75-80.
- Mekkes, J., Loots, M. e Van Der Wal, A. (2003). *Causes, investigation and treatment of leg ulceration*. *British Journal of Dermatology*; Vol. 148; pp. 388-401.
- Mello-Sampayo, F. (2008). *Quanto custa cuidar as nossas vidas*. Health Economics Forum; Diário Económico – Projectos Especiais.

- Mendonça, D.; Drew, P.; Harding, K. e Price, P. (2007). *A pilot study on the effect of topical negative pressure on quality of life*. Journal of Wound Care; Vol. 16; n.º 2; pp. 45-52.
- Miles, M. e Huberman, A. (1994) *Qualitative data analysis*. Thousand Oaks: Sage Publicatons.
- Minayo, M., Hartz, Z. e Buss, P. (2000). *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário*. Ciência & Saúde Colectiva, Vol. 5; n.º 1; pp. 7-18.
- Moffatt, C., Franks, P. e Doherty, D. (2004). *Prevalence of leg ulceration in a London population*. Quarterly Journal of Medicine; Vol. 97; pp. 431-437.
- Moffatt, C., Franks, P. e Oldroyd, M. (1992). *Community leg ulcer clinics and impact on ulcer healing*. British Medical Journal; Vol. 305; pp. 1389-1392.
- Mohr, L. B. (1995). *Impact analysis for program evaluation*. Second Edition. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Morison, M., Franks, P. e Moffatt, C. (2007). *Úlceras de Perna: Uma abordagem de aprendizagem baseada na resolução de problemas*. Edições Lusodidacta.
- Morison, M., Franks, P. e Moffatt, C. (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras da perna*. Lusociência.
- Mugford, J. e Mustoe, T. (2001). *Experimental models of wound healing*. In: Falanga, V. (Ed.). *Cutaneous wound healing*. Martin Dunitz, London; pp. 109-122.
- Mulrow, C. E Lohr, K. (2001). *Proof and policy from medical research evidence*. Health Affairs; Vol. 20; n.º 5; pp. 249-266.
- Nelzén, O. (2000). *Leg ulcers: economic aspects*. Phlebology; Vol. 15; pp. 110-114.
- Nelzén, O. (1999). *How can we improve outcomes for leg ulcer patients?* In: Ruckley, V e Bradbury, A. (eds). *Venous disease: epidemiology, management and delivery of care*. Springer, London; pp. 246-253.
- Novaes, H. M. D. (2000). *Evaluation of health programs, services and Technologies*. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; Vol. 34, n.º 5; pp. 547-559.
- O'Brien, J.; Grace, P. e Perry, I. (2003). *Randomised clinical trial and economic analysis of four layer compression bandaging for venous ulcers*. British Journal of Surgery; Vol. 90; pp. 794-798.
- Oliveira, M., Muniz, M., Santos, L., Faresin, S. e Fernandes, A. (2002). *Custo-efectividade de programa de educação para adultos asmáticos atendidos em hospital – escola de instituição pública*. J Pneumol; Vol. 28; pp. 71-76.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. Copenhaga: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Oxman, A. (1996). *Checklists for review articles*, pp. 75-85 In Chalmers, I. e Altman, D. (ed.). *Systematic review*. BMJ Publishing Group, Londres.
- Panerai, R. B. e Mohr, J.P. (1989). *Health technology assessment methodologies for developing countries*. Washington (DC): PAHO.
- Patton, M. (1997). *Utilization-focused evaluation*. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Perry, S., Gardner, E. e Thamer, M. (1997). *The status of health technology assessment worldwide*. Int J Technol Assess Health Care; Vol. 13; pp. 81-98.
- Petitti, D. (2000). *Metanalysis, decision analysis, and cost-effectiveness analysis: methods for quantitative synthesis in medicine*. Oxford University Press, Nova York.
- Pina, E., Furtado, K. e Albino, A. (2007). *Boas práticas no tratamento e prevenção das úlceras de perna de origem venosa*. Grupo Associativo de Investigação em Feridas.
- Pina, E., Neves, J., Durão, A., Rocha, M., Apetato, M., Feio, A. e Duque, A. (2000). *Recomendações para o tratamento ambulatorio de úlceras de perna venosas e mistas*. 1.^a Ed.; Braun; Lisboa.
- Phelps, C. (1997). *Health economics*. Addison-Wesley Educational Publishers Inc., Nova York.
- Price, P. e Harding, K. (2004). *Cardiff Wound Impact Schedule: The development of a condition-specific questionnaire to assess health-related quality of life in 11 patients with chronic wounds of the lower limb*. International Wound Journal; Vol. 1; n.º 1; pp. 10-17.
- Rivera, F. J. U. (1996). *Planejamento estratégico-situacional ou controle de qualidade total em saúde? Um contraponto teórico-metodológico*. Cad Fundap; Vol. 19; pp. 25-46.
- Rossi, P. H. e Freeman, H. E. (1993). *Evaluation: a systematic approach*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Russel, L.; Siegel, J. e Daniels, N. (1996). *Cost-effectiveness analysis as a guide to resource allocation in health: roles and limitations*, pp. 3-24. In Gold, M.; Siegel, J.; Russel, L. e Weinstein, M. (ed.). *Cost-effectiveness in health and medicine*. Oxford University Press, Nova York.
- Sacks; H.; Berrier, J.; Reitman, D.; Ancona-Berk, V. e Chalmers, T. (1987). *Meta-analyses of randomized controlled trials*. The New England Journal of Medicine, Vol. 19; pp. 450-455.
- Samuelson, P. e Nordhaus, W. (1999). *Economia*. 16.^a Ed.; McGraw-Hill.
- Santos, R., Porfírio, G. e Pitta, G. (2009). *Differences in the quality of life of patients with mild and severe chronic venous disease*. Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular.
- Schoenbaum, S.C. (1995). *Using clinical practice guidelines to evaluate quality of care*. Washington (DC): US Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Policy and Research; Vol. 1.
- Schonfeld, W.; Villa, K. e Fastenau, J. (2000). *An economic assessment of a pligraf for the treatment of hard-to-heal venous leg ulcers*. Wound repair and regeneration, Vol. 8: pp. 251-257.
- Scrivens, E. (1995). *Accreditation*. Buckingham: Open University Press.
- Schultz, G.; Sibbald, R. e Falanga, V. (2003). *Wound bed preparation: a systematic approach to wound management*. Wound repair and regeneration; Vol. 11 (Suppl): pp. 1-28.

- Seidl, E. e Zannon, C. (2004). *Qualidade de Vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos*. Cadernos de Saúde Pública; Vol. 20.
- Sibbald, R.; Torrance, G. e Walker, V. (2001). *Cost-effectiveness of apligraf in the treatment of venous leg ulcers*. Ostomy/Wound management; Vol. 47; pp. 36-46.
- Shortell, S. M. e Richardson, W. C. (1978). *Health program evaluation*. St Louis: Mosby.
- Silow-Carroll, S. e Alteras, T. (2005). *Community-Based Oral Health Programs: A need and plan for evaluation*. W.K Kellogg Foundation, Economic & Social Research Institute.
- Silva, L. (2003). *Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS*. Cadernos de Saúde Pública; Ciência & Saúde Coletiva; Vol. 8; n.º 2.
- Spector, W. e Fortinsky, R. (1998). *Pressure ulcer in Ohio nursing homes: clinical and facility correlates*. Journal of aging and health; Vol. 10; n.º 1; pp. 62-80.
- Sullivan, S. D. e Weiss, K. B. (2001). *Health economics of asthma and rhinitis. Assessing the value of interventions*. J Allergy Clin Immunol; Vol. 107; pp. 203-210.
- Sterling, C. (1996). *Methods of wound assessment documentation*. Nursing Standard; Vol. 11; n.º 10; pp. 38-41.
- Stevens, J., Franks, P. e Harrington, M. (1997). *A community/hospital leg ulcer service*. Journal of Wound Care; Vol. 6; pp. 62-68.
- Stufflebeam, D. e Shinkfield, A. (1985). *Systematic evaluation*. Boston: Kluwer.
- Tayar, G., Peterlini, M. e Pedreira, M. (2007). *Proposta de um algoritmo para a seleção de coberturas, segundo o tipo de lesão abertas em crianças*. Acta Paulista de enfermagem, São Paulo; Vol. 20; n.º 3; pp. 284-290.
- Tanaka, O. e Melo, C. (2004). *Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Thesenvitz, J. (2003). *Supporting Comprehensive Workplace Health Promotion in Ontario Project. Effectiveness of Workplace health Promotion*. The Health Communication unit at the Centre for health Promotion University of Toronto.
- Thomas, A. (1996). *Assessing need*. In: Bryar R, Bytheway B (eds). *Changing primary health care*. Blackwell Science, Oxford.
- Torrance, G.; Siegel, J. e Luce, B. (1996). *Framing and designing the cost-effectiveness analysis*. In Gold, M.; Siegel, J.; Russel, L e Weinstein, M. (ed.). *Cost-effectiveness in health and medicine*. Oxford University Press, Nova York.
- Videira, R. e Neves, J. (2007). *Úlceras de perna e úlceras da perna exigem cuidados específicos*. Revista de Saúde Pública; Vol. 65.
- Watt, R. (2006). *Evaluating oral health promotion: need for quality outcomes measures*. Community Dent Oral Epidemiol, Vol. 34; pp. 11-17.
- Weinstein, M. e Fineberg, H. (1980). *Clinical decision analysis*. W.B. Saunders Company: Philadelphia.
- WHOQoL Group (1993). *Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument*. Quality of Life Research; Vol. 2; pp. 153-159.

- Wong, J., Duncan, J. e Nichols, D. (2003). *Whole-leg duplex mapping for varicose veins: observations on patterns of reflux in recurrent and primary legs, with clinical correlation*. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery; Vol. 25; pp. 267-275.
- World Health Organization (1947): *Constitution of the World Health Organization*. World Health Organization: Geneva.
- Yates, B. T. (1996). *Analyzing costs, procedures, processes and outcome in human services*. Thousand Oaks: Sage Publications.

APÊNDICES

A.1 Carta de Pedido de Aplicação do Questionário no Centro de Saúde de Santa Comba Dão

Jorge Augusto Antunes Batista
Ed. Rodrigues 1, Lote 14, R/C frente, Fracção J
Travessa Trás dos Quintais
3440-397 Santa Comba Dão

Exmo. Sr. Director Executivo
Do ACES Dão-Lafões III
Avenida da Estação
3530 – 125 Mangualde

Assunto: Pedido de autorização

Jorge Augusto Antunes Batista, aluno n.º M2402, matriculado no 2.º ano do Mestrado em Economia Financeira da Universidade da Beira Interior, está a desenvolver uma Dissertação subordinada ao tema “Avaliação Económica em Saúde – Tratamento de Terapia Compressiva”, sob a orientação do Professor Doutor José Alberto Fuinhas.

No desenvolvimento dos procedimentos da investigação está previsto um estudo de campo no Centro de Saúde de Santa Comba Dão.

Deste modo, solicito que V/ Exa. se digne autorizar a aplicação de um questionário aos utentes de terapia compressiva no Centro de Saúde de Santa Comba Dão para a recolha de informação indispensável ao estudo.

Antecipadamente grato pela atenção que queira dispensar.

Pede deferimento,

Santa Comba Dão, 11 de Março de 2010

A.2 Questionário no âmbito de analisar o impacto que o tratamento de terapia compressiva



Universidade da Beira Interior
Covilhã | Portugal

Universidade da Beira Interior

Questionário

Chamo-me Jorge Augusto Antunes Batista e no âmbito da minha dissertação do mestrado em Economia Financeira pretendo analisar o impacto que o tratamento de terapia compressiva tem na sua vida, em termos de custo-efectividade.

Por favor, responda às perguntas colocando uma marca na caixa que melhor reflecte a sua como se sentia antes e depois de ter sido submetido ao tratamento.

Todas as respostas são confidenciais.

Dados Pessoais

Data de Nascimento

/ /
(Dia/Mês/Ano)

Sexo Masculino Feminino

Profissão: _____

Residência:

Concelho: _____

Distrito: _____

Na sua área de residência existe o tratamento de terapia compressiva?

Sim Não

Nível de Escolaridade:

Sem escolaridade	<input type="checkbox"/>	Bacharelato	<input type="checkbox"/>
4.º ano	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>
6.º ano	<input type="checkbox"/>	Mestrado	<input type="checkbox"/>
9.º ano	<input type="checkbox"/>	Doutoramento	<input type="checkbox"/>
12.º ano	<input type="checkbox"/>	Outro. Qual?	_____

Estado da ferida

Cicatrizado Não Cicatrizado

Todas as perguntas que se seguem referem-se a como se sente **antes** e **depois** do tratamento de terapia compressiva

- 1 Nunca / Não se aplica
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Frequentemente
- 5 Sempre

Vida Social

Que nível de **stress** tem tido esta experiência para você?

	Antes					Depois				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Dificuldade de sair										
Mais dependente de outros										
Os seus familiares / amigos estão mais protectores										
Não é possível apreciar a sua vida social habitual (passatempos, por exemplo)										
Contacto limitado com a família / amigos										
Não sair com medo de bater o local da ferida										
Quer afastar-se das outras pessoas										

Você já **experimentou** qualquer uma das seguintes experiências durante a semana passada?

	Antes					Depois				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Dificuldade de sair										
Mais dependente de outros										
Os seus familiares / amigos estão mais protectores										
Não é possível apreciar a sua vida social habitual (passatempos, por exemplo)										
Contacto limitado com a família / amigos										
Não sair com medo de bater o local da ferida										
Quer afastar-se das outras pessoas										

Bem-estar

Até que ponto você concorda / discorda com as seguintes afirmações?

	Antes					Depois				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Sinto-me preocupado com minha ferida (s)										
Sinto-me frustrado pelo tempo que está a demorar para que a ferida (s) cure										
Estou confiante que a ferida (s) que tenho vai curar										
Preocupo-me que possa ter outra ferida no futuro										
A aparência do local da ferida está a mudar										
Preocupo-me sobre um impacto na zona da ferida										
Preocupo-me sobre um impacto na ferida por familiares / amigos										

Sintomas físicos e Vida Quotidiana

Você já experimentou qualquer uma das seguintes experiências durante a semana passada?

	Antes					Depois				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Perturbação no sono										
Dificuldade no banho										
Imobilidade ao redor da casa										
Imobilidade fora de casa										
Derrame da ferida										
Dor no local da ferida										
Desconforto em se vestir/arranjar										
Odor ou cheiro desagradável da ferida										
Problemas com as tarefas diárias (compras, por exemplo)										
Dificuldade em encontrar calçado apropriados										
Problemas com o tempo necessário para cuidar do local da ferida										
Dificuldades financeiras como resultado da ferida										

Que nível de stress tem tido esta experiência para você?

	Antes					Depois				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Perturbação no sono										
Dificuldade no banho										
Imobilidade ao redor da casa										
Imobilidade fora de casa										
Derrame da ferida										
Dor no local da ferida										
Desconforto em se vestir/arranjar										
Odor ou cheiro desagradável da ferida										
Problemas com as tarefas diárias (compras, por exemplo)										
Dificuldade em encontrar calçado apropriados										
Problemas com o tempo necessário para cuidar do local da ferida										
Dificuldades financeiras como resultado da ferida										

Custos com o Tratamento

Quantas vezes **por semana** se desloca/deslocou à unidade de saúde?

Uma	<input type="checkbox"/>	Duas	<input type="checkbox"/>
Três	<input type="checkbox"/>	Quatro	<input type="checkbox"/>
Cinco	<input type="checkbox"/>	Mais de Cinco	<input type="checkbox"/>

Em quantas semanas se prevê que termine o tratamento de terapia compressiva?

Um	<input type="checkbox"/>	Dois	<input type="checkbox"/>
Três	<input type="checkbox"/>	Quatro	<input type="checkbox"/>
Cinco	<input type="checkbox"/>	Mais de Cinco	<input type="checkbox"/>

Qual é o **meio de Transporte** que utiliza/utilizou para se deslocar?

Viatura Própria	<input type="checkbox"/>	Autocarro	<input type="checkbox"/>
Taxi	<input type="checkbox"/>	Ambulância	<input type="checkbox"/>
A pé	<input type="checkbox"/>		
Outra	<input type="checkbox"/>	Qual? _____	

Entre que valores enquadra o seu **custo de cada deslocação** à unidade de saúde?

0 €	<input type="checkbox"/>	Entre 30 € e 40 €	<input type="checkbox"/>
Entre 0 e 10 €	<input type="checkbox"/>	Entre 40 € e 50 €	<input type="checkbox"/>
Entre 10 € e 20 €	<input type="checkbox"/>	Superior a 50 €	<input type="checkbox"/>
Entre 20 € e 30 €	<input type="checkbox"/>		

Entre que valores enquadra o seu **custo mensal com medicação ou outro material**?

0 €	<input type="checkbox"/>	Entre 30 € e 40 €	<input type="checkbox"/>
Entre 0 e 10 €	<input type="checkbox"/>	Entre 40 € e 50 €	<input type="checkbox"/>
Entre 10 € e 20 €	<input type="checkbox"/>	Superior a 50 €	<input type="checkbox"/>

Para realizar o tratamento de terapia compressiva deixa de receber honorários, por exemplo relativos ao seu emprego?

Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Se respondeu sim, quanto deixa de receber? _____

Outros tratamentos

Sujeitou-se a outro tipo de tratamento para tratar a sua úlcera da perna?

Sim

Não

Se respondeu sim, por favor descreva os gastos que tinha e os valores correspondentes:

<u>Descrição</u>	<u>Gastos</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Qualidade de Vida Global

Como classifica a sua qualidade de vida?

Antes do tratamento de terapia compressiva

A minha qualidade

de vida é o 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pior possível

A minha

qualidade de

vida é o melhor possível

Depois do tratamento de terapia compressiva

A minha qualidade

de vida é o 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pior possível

A minha

qualidade de

vida é o melhor possível

Os resultados alcançados com o tratamento de terapia compressiva são:

Nada satisfatórios

Pouco satisfatórios

Satisfatórios

Muito satisfatórios

Outras observações

ANEXOS

B.1 Diagrama de avaliação de úlceras da perna

