

“Euro Consumer Diabetes Index” 2008: Os Cuidados de Saúde Europeus na Área da Diabetes na Perspectiva do Consumidor

C. Pina e Brito, R. Duarte

No “Euro Consumer Diabetes Index 2008”, que avaliou pela primeira vez que países da União Europeia providenciam os melhores cuidados de saúde na área da Diabetes, na perspectiva do consumidor, a Dinamarca ficou classificada em primeiro lugar, seguida pelo Reino Unido e a França. Portugal ficou classificado em 27º lugar, apenas à frente de Chipre e da Bulgária.

O “Euro Consumer Diabetes Index 2008” (“Índice Europeu do Consumidor sobre a Diabetes”) ⁽¹⁾ foi elaborado pela “Health Consumer Powerhouse”, uma empresa privada de base sueca especializada na análise de indicadores e sistemas de saúde.

O “Index” é constituído por 5 categorias essenciais (Quadro I): 1) Informação, direitos do consumidor, direito a escolher os prestadores de cuidados; 2) Generosidade; 3) Prevenção; 4) Acesso a procedimentos; 5) Resultados.

“controlo da HbA1c”, “Exames do pé”, “Reconhecimento dos cuidados do pé-diabético como sub-especialidade” e “Enfermagem especializada em diabetes”. A categoria 5) inclui 4 indicadores: “mortalidade devida a diabetes”, “prevalência de insuficiência renal”, “incidência de amputações de pé diabético”, e “% de doentes com HbA1c > 7%.

O peso de cada categoria no “Index” é completamente independente do seu número de indicadores de desempenho, mas quanto maior for o número de indicadores que essa subdisciplina tiver menor será o peso de cada indicador individual na pontuação total final. Cada indicador de desempenho é classificado de acordo com uma escala de 3 graus: verde (bom) = 3 pontos; amarelo (suficiente) = 2 pontos; vermelho (insuficiente ou não disponível) = 1 ponto. Em relação a cada uma das 5 categorias, a percentagem do país é calculada como percentagem do máximo de pontuação possível possível. As pontuações das sub-especialidades são multiplicadas por “coeficientes de peso”, que são de 200 para 1),

Quadro I - “Euro Diabetes Consumer Index 2008”: resultados pelas 5 categorias analisadas.

Categoria	Alemanha	Áustria	Bélgica	Bulgária	Chipre	Dinamarca	Eslóvaquia	Eslovénia	Espanha	Estónia	Finlândia	França	Grecia	Holanda	Hungria	Irlanda	Ítalia	Letónia	Lituânia	Luxemburgo	Malta	Noruega	Polónia	Portugal	Reino Unido	República Checa	Roménia	Suecia	Suíça
Informação, direitos do consumidor, escolha	120	133	120	120	80	187	120	133	93	133	107	120	107	147	120	133	147	133	160	133	120	133	80	80	147	93	93	147	133
Generosidade	150	100	133	67	83	150	133	150	83	117	117	150	100	117	133	133	100	117	150	100	133	133	50	117	150	117	100	117	150
Prevenção	178	211	233	144	189	200	178	178	200	200	178	222	178	178	167	167	200	156	156	222	156	189	178	167	156	144	156	156	167
Acesso aos procedimentos	236	222	250	83	111	222	83	139	222	111	208	222	153	250	167	222	194	167	153	167	194	236	181	83	250	181	83	222	194
Resultados	67	44	67	56	44	78	56	56	78	67	89	100	100	122	67	78	111	111	78	78	44	89	56	67	133	78	89	78	78
	751	711	803	470	508	837	570	656	677	628	698	814	637	813	653	733	752	683	696	700	648	781	544	513	836	613	521	719	722
	8	12	5	29	28	1	24	18	17	22	14	3	21	4	19	9	7	16	15	13	20	6	25	27	2	23	26	11	10

Essas 5 categorias essenciais, por sua vez, incluem 26 indicadores de desempenho. A categoria 1) inclui 5 indicadores: “Registo Nacional de Diabetes”, “informação de qualidade sobre os prestadores de cuidados”, “direito a escolher os prestadores de cuidados” e “participação das organizações dos doentes nas decisões sobre os cuidados de saúde”. A categoria 2) inclui 3 indicadores: “comparticipação dos anti-diabéticos”, “providenciamento de cuidados para o pé diabético”, e “providenciamento de sapatos ortopédicos para diabéticos”. A categoria 3) inclui 8 indicadores: “obesidade”, “actividade física nas escolas”, “actividade física moderada”, “apoio para deixar de fumar”, “hipertensão arterial”, “check up da pressão arterial”, “check up do colesterol” e “check up da glicemia (> 45 anos)”. A categoria 4) inclui 6 indicadores: “check up oftalmológico”, “controlo da microalbuminúria”,

150 para 2), 267 para 3), 250 para 4) e 133 para 5) e os valores obtidos somados para obter a pontuação total de cada país. Neste sistema, um país com todos os indicadores verdes receberá 1000 pontos e um país com todos os indicadores vermelhos receberá 333 pontos ⁽¹⁾.

Nas 5 categorias, abrangendo os 26 indicadores de desempenho, Portugal obteve 513 pontos em 1000 possíveis (Quadro I), classificando-se em 27º, apenas à frente de Chipre (28º) e da Bulgária (29º) (Figura 1). Nos primeiros cinco lugares ficaram classificados a Dinamarca, o Reino Unido, a França, a Holanda e a Bélgica. A Espanha ficou classificada em 17º lugar (Figura 1).

Outro aspecto negativo para Portugal foi o ter-se revelado, de acordo com o “Index”, o país europeu que menor valor retira do dinheiro investido nos cuidados de saúde na área

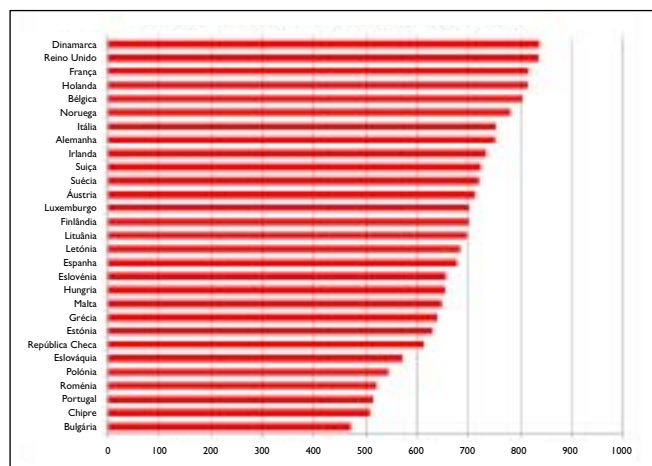


Figura 1 - “Euro Diabetes Consumer Index 2008”: resultados finais.

da Diabetes; encontra-se em último (29º) relativamente a este parâmetro (analisado em separado, com metodologia própria, no “Index”) (Figura 2), embora seja 17ª a nível das despesas de saúde “per capita” (Figura 3). Os autores do “Index” concluem que “relativamente aos cuidados prestados às pessoas com diabetes, em Portugal, é difícil saber por onde começar, dado que só muito poucas áreas não necessitam de melhorias urgentes”.

Com base nos dados do “Euro Consumer Diabetes Index 2008”, a “Health Consumer Powerhouse” emitiu “Recomendações Relativas à Política de Cuidados na Diabetes” (2) onde se aconselham algumas medidas para a melhoria destes, quer a nível pan-europeu, quer a nível de cada país individual. No caso do nosso país consideram que “um bom primeiro passo seria criar um registo público e transparente da qualidade dos prestadores de cuidados. Essa transparência asseguraria que os doentes poderiam fazer escolhas informadas para obterem os melhores cuidados possíveis”.

Apresentam-se em seguida as recomendações europeias gerais e as recomendações relativas aos 12 países melhor classificados no “Index”.

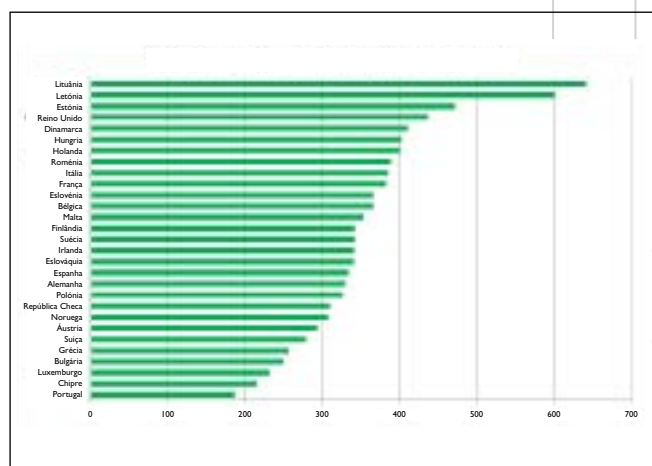


Figura 2 - Resultados em função do dinheiro investido.

RECOMENDAÇÕES EUROPEIAS GERAIS

- *Melhorar os Programas de Prevenção* – os países melhor colocados no Index são os que estão a atacar a diabetes numa fase mais precoce!
- *Aumentar a transparência* – a actual carência de dados relativos aos cuidados na diabetes limita a possibilidade de melhorias! Apenas 5 países dos 29 avaliados têm um Registo Nacional de Diabetes.
- *Aumentar o número de profissionais treinados e qualificados*, em especial na Europa de Leste:
 - Médicos especialistas em pé diabético (muito importante na prevenção e cuidados das complicações podológicas da diabetes);
 - Médicos especialistas em diabetes (muito importante na prevenção e cuidados das complicações oftalmológicas da diabetes);
 - Enfermagem especializada em diabetes (fundamental na gestão da doença diabética e na educação da pessoa com diabetes).
- *Melhorar a educação*:
 - Dos doentes (ajudá-los a gerir a sua diabetes de forma mais eficaz);
 - Do público em geral (eliminar a discriminação contra as pessoas com diabetes).

RECOMENDAÇÕES RELATIVAS AOS 12 PAÍSES MELHOR CLASSIFICADOS

Dinamarca

Apesar dos seu admirável desempenho, os resultados da Dinamarca ainda não são os ideais! A Dinamarca poderia observar o que se faz no Reino Unido, já que este foi o único país do “Index” a conseguir uma pontuação perfeita a nível de resultados.

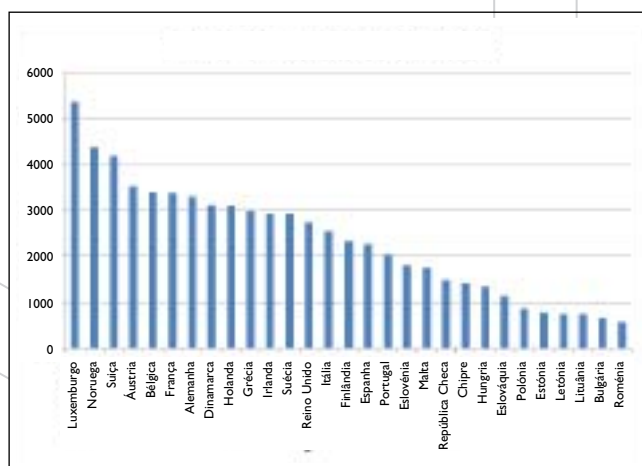


Figura 3 - Despesa de saúde total “per capita”.

Reino Unido

Embora o Reino Unido se encontre entre os países com melhor desempenho, o seu sistema de cuidados da diabetes não deve tornar-se complacente: melhor prevenção é a questão chave.

Apesar da boa informação sobre estilos de vida saudáveis, a obesidade e as baixas taxas de actividade física estão a minar o impacto dos cuidados disponíveis. Os níveis das actividades preventivas de rotina, tais como a monitorização do colesterol e da glicemia, ainda não são os óptimos, apesar do elevado retorno versus investimento que oferecem.

França

Gostaríamos de não voltar a encontrar mais relatos de exemplos de discriminação contra os diabéticos, quando estes se candidatam a um emprego ou pedem um empréstimo bancário. Para além disso, um Registro Nacional da Diabetes ajudaria a encontrar métodos para melhorar os resultados, de medianos para o nível dos do Reino Unido.

Holanda

Graças a um grande acesso a procedimentos “estado da arte”, a nível europeu apenas o Reino Unido presta melhores cuidados às pessoas com diabetes que a Holanda. Mas, mais uma vez, os cuidados podológicos constituem uma falha assinalável num Sistema de Saúde sem outras deficiências de provimento. Detectámos uma clara oportunidade para melhoria da prevenção – mais exercício físico nas escolas, melhoria da assistência para deixar de fumar e aumento dos “chek-ups” regulares do colesterol e da glicemia melhorariam ainda mais os resultados a longo prazo.

Bélgica

Embora tenha programas de rastreio de doentes muito eficazes, os resultados da Bélgica não são realmente tão bons como seria de esperar de um país da Europa Ocidental com um bom acesso aos cuidados de saúde! A esse respeito, a Bélgica deveria observar o que se faz no Reino Unido, já que este foi o único país do “Index” a conseguir uma pontuação perfeita a nível de resultados. Tem também de melhorar a nível do seguimento dos doentes: os níveis de glicemia a longo prazo (medidos pela HbA1c) não são aceitáveis. Isto parece dever-se sobretudo a um problema de informação; um maior envolvimento dos doentes, a todos os níveis, deve ser a opção futura no caso da Bélgica.

Noruega

Dado que a cobertura a nível de rastreios da Noruega é boa, as suas taxas de amputação do pé e de hiperglicemia são surpreendentemente elevadas. Existe uma falta de informação sobre onde os doentes po-

dem encontrar os melhores cuidados, o que lhes torna impossível fazer escolhas informadas acerca de aonde se dirigirem para se tratarem. Para além disso, notamos que em comparação com os países europeus as taxas de reembolso dos sapatos ortopédicos e de outros dispositivos médicos necessários ao doente diabético são baixas.

Itália

O estado dos cuidados podológicos italianos destaca-se como maior problema: não são reembolsados e a provisão de sapatos e palmilhas é insuficiente. Para além disso, existe uma carência de especialistas em pé diabético. O Sistema Nacional de Saúde providencia gratuitamente apenas um par de sapatos e de palmilhas por ano, aos doentes que tiveram úlceras ou foram amputados. No contexto dos Cuidados Primários não são providenciados gratuitamente sapatos como medida preventiva, o que por sua vez conduz a elevadas taxas de amputação do pé! Acreditamos que um Registo Nacional de Diabetes aberto e transparente melhoraria os resultados.

Alemanha

A Alemanha tem um sistema generoso com um acesso de primeira, incluindo uma excelente cobertura do rastreio das complicações da diabetes. Contudo, os resultados, tal como no caso de outras doenças, são desapontadoramente medíocres! A prevenção deverá ter prioridade elevada e recomendamos que a Alemanha observe as abordagens da vizinha França, que é excelente nesta área. Devem ser dispendidos mais esforços para reduzir as taxas de amputações do pé.

Irlanda

As equipas de diabetes irlandesas estão “esmagadas” por doentes e vemos uma clara necessidade de mais profissionais qualificados (quer médicos, quer enfermeiros). Os longos tempos de espera não são aceitáveis e aumentam o risco de complicações dispendiosas (e dolorosas). Acreditamos que um Registo Nacional de Diabetes, aberto e transparente, melhoraria os resultados.

Suiça

Agrada-nos notar que na Suíça as organizações dos doentes providenciam programas de educação de elevada qualidade. Contudo, embora os doentes tenham livre acesso aos rastreios, o impacto destes melhoraria se o processo fosse pró-activo, isto é se os grupos de risco e os diabéticos recebessem convites/fossem chamados para esse fim específico. A fraca disponibilidade de dados referentes a resultados, num país em todo o resto bem organizado, é desapontadora. Um ponto a melhorar, dado que recolha e comunicação de rotina desses dados facilitaria uma melhoria.

Suécia

O desempenho dos cuidados Suecos na área da diabetes é surpreendentemente fraco. Dada a existência de um Registo Nacional de Diabetes os níveis de transparência deveriam ser melhores. O ponto fraco principal é a escassez de técnicas de prevenção de rotina para detecção da diabetes, tais como simples análises de sangue. Parece existir um traço cultural sueco que favorece doenças e tratamentos complexos, o que significa que as doenças que requerem uma gestão activa diária são alvo de menor atenção. Essa situação pode e deve ser melhorada!

Áustria

Desempenho global desastroso em termos de resultados, necessitando desesperadamente de melhorias. A Áustria de-

veria observar o que se faz no Reino Unido, já que este foi o único país do “Euro Consumer Diabetes Index” a conseguir uma pontuação perfeita a nível de resultados. A Áustria precisa também de rever a sua política de reembolsos, que não é suficientemente generosa.

BIBLIOGRAFIA

1. Health Consumer Powerhouse. Euro Consumer Diabetes Index 2008 Report. Disponível em: www.healthpowerhouse.com
2. Health Consumer Powerhouse. Euro Consumer Diabetes Index 2008. Policy Recommendations. Disponível em: www.healthpowerhouse.com

SANOFI-AVENTIS CONCORDOU EM SUSPENDER A COMERCIALIZAÇÃO DO RIMONABANT NA EUROPA

Notícias
News

A “European Medicines Agency” (EMA) anunciou em 23 de Outubro passado que tinha recomendado a suspensão do rimonabant (Acomplia®, na Europa), porque considerava que “os seus benefícios não ultrapassam os seus riscos”. Em resposta a essa recomendação, a Sanofi-Aventis concordou de imediato em efectuar o que denominou de “suspensão temporária” do fármaco. Recorde-se que em Junho de 2007 a “Food&Drug Administration” tinha decidido pela não comercialização do rimonabant nos EUA, com base no risco de potenciais efeitos secundários neurológicos e psiquiátricos, incluindo depressão e ideação suicida.

Numa declaração à Imprensa, a Sanofi-Aventis afirmou que “continua empenhada no desenvolvimento do rimonabant, para oferecer uma importante abordagem terapêutica aos doentes obesos ou com excesso de peso” e que trabalhará para providenciar à EMA “evidência adicional (de estudos clínicos) para re-avaliação do perfil de benefício-risco do rimonabant em doentes com diabetes e doença cardiovascular”. A nível mundial, mais de 700.000 doentes já foram tratados com o rimonabant, e este já se encontrava comercializado em 18 países europeus, desde a sua introdução no mercado europeu em Junho de 2006 (*Heartwire. Medscape Medical News 2008*).

A ROSIGLITAZONA JÁ NÃO É RECOMENDADA PELA ADA E PELA EASD

Em 22 de Outubro passado, a “American Diabetes Association” (ADA) e a “European Association for the Study of Diabetes” emitiram “guidelines” conjuntas que desaconselham explicitamente a utilização da rosiglitazona, na sequência de uma advertência da FDA em Agosto de 2007 e da EMA em Outubro de 2007, desencadeadas por uma meta-análise que evidenciou um risco aumentado de enfarte do miocárdio e morte de causa cardiovascular, em doentes diabéticos tipo 2, e dos resultados do estudo ACCORD, onde se registou um aumento significativo do risco de morte, especialmente de causa cardiovascular, no braço da terapêutica hipoglicemiante

intensiva, onde 91% dos doentes se encontravam medicados com rosiglitazona. As novas “guidelines” conjuntas da ADA/EASD relegam a utilização da pioglitazona (outra tiazolidinediona) para tratamento de terceira linha e afirma adicionalmente que a rosiglitazona não está recomendada para nenhuma das etapas da terapêutica. Entretanto, está a decorrer o estudo RECORD, primeiro estudo clínico prospectivo desenhado especificamente para avaliar os efeitos da rosiglitazona sobre os “endpoints” cardiovasculares, em doentes diabéticos tipo 2 (*Lancet 2008; 372: 1520*).

HOMENAGEM A EMÍLIO PERES

No passado dia 7 de Novembro, no salão Nobre da Reitoria da Universidade do Porto decorreu a cerimónia de encerramento da “Homenagem a uma Figura Eminente da Universidade Porto 2008” que incluiu um conjunto de cinco conferências e o lançamento de um catálogo da homenagem.

Terminou assim o ciclo de 2008, em que foi homenageado Emílio Peres (1932-2003) - o médico, o professor, o orador, o escritor, o político, o ilustre sabedor...

Durante estes dois meses a Universidade do Porto partilhou com a Comunidade a vida e a obra deste cidadão de corpo e alma que

se notabilizou como estudioso, pensador e comunicador das Ciências da Nutrição. Foi também amante das artes e das faianças, apaixonado pela Cultura Mediterrânica, político empenhado e portuense activo.

O catálogo de homenagem perpetua uma existência memorável, que deixou marcas profundas e lançou incontáveis sementes que germinaram e florescem nos mais variados campos. “Olhares” sobre Emílio Peres testemunha experiências únicas a partilhar com os leitores e que convidam a conhecer uma vida e obra fascinantes.