

Será Que em Portugal Devemos Também Aconselhar as Pessoas com Diabetes a Emigrar?

(A Propósito do Dia Mundial da Diabetes)*

In Portugal, Should We Also Advise the Persons with Diabetes to Emigrate? (Concerning the World Diabetes Day)

Manuela Carvalheiro

Médica Endocrinologista, Professora da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal
Consultora da DGS para a área da Diabetes

Portugal é o país da Europa com maior prevalência de diabetes na idade adulta de acordo com os dados publicados pela OCDE em 2012, tendo como fonte a Federação Internacional de Diabetes (2011). De fato nessa publicação Portugal surge com uma prevalência de 9,8% enquanto a média Europeia é de 6,4%. No entanto a realidade ainda é mais assustadora, já que de acordo com os dados do Observatório Nacional da Diabetes (2012) a prevalência em Portugal tem vindo a crescer sendo já de 12,7%. Embora reconhecendo que a diabetes é extremamente consumidora de custos diretos, (deixemos de lado os indirectos que embora não menos gravosos são mais difíceis de quantificar) verificamos que a despesa identificada representou em 2011, um valor estimado de cerca de 0,8% do PIB e 8% da despesa em saúde. No momento atual em que há uma grande preocupação com os gastos em saúde, impõe-se equacionar a seguinte questão. Este gasto no tratamento das pessoas com diabetes é ou não excessivo? Estamos a tratar as pessoas com diabetes de acordo com as normas das boas práticas clínicas? Têm as pessoas com diabetes em Portugal acesso aos cuidados de prevenção e tratamento de forma idêntica às dos restantes países europeus?

Vejamos. Em termos de indicadores em cuidados de saúde, estamos no bom caminho. No SNS a percentagem de pessoas com diabetes com consultas registadas nos cuidados de Saúde primários, bem como a taxa de cobertura da vigilância médica (2 e + consultas) rondam os 80%, sendo o número de consultas/ano entre 3,5 a 4. No que respeita aos níveis de compensação diabética

cerca de 80% estão compensados estando em cerca de metade muito bem compensados. No entanto a diabetes dá origem a múltiplas complicações e são essas que engrossam o custo do tratamento, porque em muitos casos implicam internamento hospitalar, que representa a maior parcela dos custos em diabetes. O que se verifica é que tem havido uma diminuição progressiva dos dias de internamento associados à descompensação diabética, bem como a outras complicações quando a diabetes é o motivo principal de internamento. Neste parâmetro, Portugal, destaca-se da média europeia, sendo um dos países com menor índice de internamento por descompensação, apesar da elevada prevalência da doença. Este aspeto é de grande relevância e indiretamente reforça a qualidade dos cuidados. Mas apesar de tudo, os custos globais continuam a aumentar. Esse aumento tem uma lógica decorrente do aumento do número de pessoas com diabetes da sua esperança de vida e da otimização do tratamento.

O que fazer para contrariar esta lógica de crescimento de custos? A medida mais importante a avançar é a da prevenção. Prevenção primária no sentido de reduzir o número de pessoas com diabetes e prevenção secundária no sentido de reduzir as complicações crónicas da doença. Como fazer? Dispomos de várias ferramentas a apontar esse caminho das quais se distingue o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes publicado em 2008. Diversos projectos têm sido desenvolvidos na área do rastreio de algumas complicações, como por exemplo o da retinopatia diabética que fun-

* O texto refere-se à diabetes tipo 2, que abrange cerca de 90% das pessoas com diabetes e ocorre principalmente na idade adulta.

ciona desde há vários anos na ARS Centro. Falta vontade política para implementar acções de prevenção de forma estruturada. A prevenção é no imediato consumidora de recursos e os seus resultados são, como sabemos, apenas visíveis a médio e longo prazo. Há que reformular as equipas de saúde, demasiado centradas nos médicos, tornando-as menos caras e mais eficientes, engrossando-as com mais enfermeiros (indispensáveis para a educação terapêutica), podologistas, nutricionistas, psicólogos e até professores de educação física. Há que prosseguir na articulação dos cuidados primários e secundários, otimizando-a. Há que olhar para os gastos nos exames complementares racionalizando-os. Há que reavaliar a universalidade da comparticipação da auto-vigilância glicémica, parcela importante dos custos, face ao mecanismo de acção dos novos fármacos. Mas nenhum destes aspectos tem sido encarado. Então o que se tem feito com vista à redução da despesa? Mais uma vez essa redução tem vindo a ser feita através dos cortes no custo dos medicamentos. Todos conhecemos a política do medicamento seguida pelo Ministério da Saúde. Cortar no preço dos medicamentos, estimular a prescrição e consumo de genéricos e dificultar (impedir) a introdução de fármacos inovadores. Esta política faz-se também sentir de forma muito profunda na diabetes, até porque nos últimos anos o custo global com os medicamentos tem vindo a aumentar. O porquê deste aumento é fácil de explicar. Já o dissemos mas é importante repetir. O maior número de pessoas com diabetes, o aumento da esperança de vida e o tratamento mais intensivo que implica a utilização de múltiplos fármacos dirigidos ao controlo da glicemia e de outros factores de risco cardiovascular. No grupo dos hipoglicemiantes, (fármacos que baixam a glicemia) nem todos dispõem de genéricos. Dos que dispõem, a sua prescrição tem sido exponencial. Por exemplo, quanto às insulinas, ainda não existem biosimilares, por questões inerentes à própria legislação destes fármacos.

No que respeita a novos fármacos, foi introduzido no mercado e comparticipado em 2007 um novo grupo terapêutico. Os fármacos deste grupo são eficazes, utilizam-se em posologias fixas e são praticamente isentos de efeitos secundários. São mais caros, e ainda sem generalização devido às patentes. Contudo, os estudos farmacoeconómicos demonstraram que são custo/eficazes e porque não dão origem a hipoglicemia, reduzem de forma substancial o número de internamentos hospitalares atribuíveis à diabetes em Portugal. Mas mesmo em relação a este grupo, ventos contrários se fazem sentir, sob a forma de pressão negativa sobre a sua utilização, quer nas Normas de Orientação Terapêuti-

ca, com ultrapassagem dos coordenadores científicos e da Ordem dos Médicos, quer sob a sua prescrição de forma direta, nomeadamente na Medicina Geral e Familiar.

Mas importa questionar. Não existem desde 2007 mais medicamentos inovadores? Existem, mas mais nenhum foi comparticipado em Portugal. Só foram aprovados e comparticipados medicamentos genéricos ou diferentes moléculas de grupos de fármacos já anteriormente comparticipados. O mesmo não se passa na Europa, onde fármacos orais e insulinas inovadoras têm vindo a ser introduzidas e comparticipadas. Só um exemplo. Há um grupo de fármacos hipoglicemiantes, que para além de controlar a glicemia diminui o peso corporal (a maior parte das pessoas com diabetes tipo 2 são obesas) que está comercializado e comparticipado em praticamente todos os países da Europa e na maior parte dos países do mundo. Em Portugal, aguarda comparticipação desde o ano 2010. Mas será que Portugal gasta mais em fármacos hipoglicemiantes que os restantes países Europeus? Apesar da maior prevalência de diabetes o consumo é praticamente idêntico à média Europeia. Em Portugal e de novo segundo a OCDE, a dose diária definida por/1000 habitantes/dia é de 63 enquanto a média Europeia é de 62, mas por exemplo no Reino Unido é de 75 (prevalência 5,4%) e na Alemanha 81 (prevalência 5,5%).

Estamos numa época em que é politicamente correto respeitar o cidadão na sua individualidade em todas as vertentes da vida inclusive no tratamento das suas doenças enquanto doenças crónicas. Na diabetes, isso implica que o tratamento seja centrado na pessoa com diabetes, nas suas características e nas da sua doença. Em Portugal as equipas de saúde fazem o melhor que podem. Mas como diz o povo "sem ovos não se podem fazer omeletes".

Resta-nos equacionar de novo a questão inicial. Será que em Portugal devemos também aconselhar as pessoas com diabetes a emigrar? <

BIBLIOGRAFIA

- Health at Glance OCDE 2012.
- Diabetes: Factos e Números 2012 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Available at: www.spd.pt/images/ond2013.pdf
- www.infarmed.pt
- www.dgs.pt
- Pereira R, Gouveia M, Martins AP. Análise custo-efetividade de sitagliptina quando adicionada a metformina em doentes com diabetes tipo 2 em Portugal. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2012, 7: 13-23.
- Gouveia M, Laires P, Borges M, Augusto M, Martins AP. Antidiabéticos Oraais e Internamentos Atribuíveis à Diabetes em Portugal. *Acta Med Port*. 2012 Sep-Oct; 25 (5): 323-331.