EDITORIAL / *EDITORIAL*

Algumas reflexões sobre a infecção por VIH no contexto económico actual



/ Prof. Doutor Rui Sarmento e Castro
Centro Hospitalar do Porto, unidade de Joaquim Urbano

Segundo um relatório recente do Infarmed o consumo de medicamentos em meio hospitalar, em 2010, foi de cerca de 993 milhões de euros e estima-se que ultrapasse os mil milhões de euros em 2011, a manter-se o crescimento de gastos de 2,7% registado até Setembro deste ano. Cerca de 18,2 % dos custos em medicamentos de 2010 (181 milhões de euros) corresponderam ao uso de anti-retrovíricos. Se se mantiver a variação homóloga para os períodos de Janeiro a Setembro de 2010 e de 2011, consumiremos este ano 208 milhões de euros em anti-retrovíricos, um aumento de 13,7% em relação ao ano anterior.

A situação de crise económica que enfrentamos impõe a todos, políticos e técnicos, uma reflexão ponderada e responsável sobre as medidas que devemos tomar para inverter a subida dos custos, combatendo o despesismo e o desperdício.

O aumento de custos ao longo dos anos é justificado pelo elevado preço dos fármacos, hoje em dia, sem dúvida, muito eficazes, e ainda pelas elevadas taxas de transmissão da infecção que mantemos e pelo carácter crónico que a doença adquiriu, que leva ao aumento continuado e progressivo do número de indivíduos em tratamento.

A contenção de custos é difícil mas com o empenhamento de todos será possível. Permitam-me, contudo, sublinhar que este desígnio não poderá, em nenhum momento, pôr em causa a acessibilidade dos doentes aos cuidados de saúde e, muito menos, a qualidade do serviço que vimos prestando. Estou convencido que saberemos tratar bem os doentes mas com menores custos.

Propostas para redução de gastos a curto prazo

a) Negociação com as empresas farmacêuticas:

A negociação dos preços dos fármacos é uma medida muito importante para a redução dos custos. Para se conseguir viabilizar esta proposta será importante criar um órgão para negociação a nível nacional dos preços dos anti-retrovíricos ou aproveitar a experiência dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE. Neste caso achamos essencial que estes serviços sejam assessorados por um médico e um farmacêutico com boa experiência na área do VIH.

b) Genéricos:

O uso de genéricos, ou das moléculas originais a preço mais baixo, pode contribuir para a redução dos gastos em ARVs.

c) Recomendações para a prescrição de anti-retrovíricos em primeira linha:

Diversas organizações internacionais e a Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA elaboraram recomendações para o tratamento do VIH em primeira linha. Apesar disso, estas indicações não são muitas vezes seguidas, particularmente em Serviços mais pequenos e/

ou com menor experiência. O não cumprimento dessas normas leva, muitas vezes, a prescrições incorrectas que, por sua vez, vão implicar a necessidade de uso de fármacos de "2.ª linha", geralmente bem mais onerosos.

As recomendações da European AIDS Clinical Society (EACS), ou mesmo as da Coordenação VIH, parecem ser consensuais no nosso país. Daí que se proponha que sejam adoptadas como guia para a prescrição obrigatória em Portugal.

De acordo com essas "guidelines" é recomendado o tratamento de todos os doentes sintomáticos e os com contagens de linfócitos CD4 inferiores a 350/mm3. Serão também tratados, independentemente da contagem de CD4, os doentes com condições bem definidas em tabela publicada pela EACS.

Quanto aos fármacos a usar, tendo em conta a eficácia e os custos, será recomendado o uso, em primeira linha, de dois nucleosídeos e um não nucleosídeo. O uso de inibidores da protease ou de inibidores da integrase deve ser considerado, em primeira linha, quando justificado.

d) Prescrição de fármacos a doentes em tratamento ou previamente tratados:

1. Nos doentes em tratamento, com carga vírica indetectável, é muitas vezes necessário alterar os regimes por intolerância ou efeitos adversos. Noutros doentes o elevado número de tomas e/ou de comprimidos sugere a utilização de esquemas de tratamento mais simples. Estas alterações devem ser feitas tendo o cuidado, de não incrementar os custos do tratamento.
2. Nos doentes em falência da terapêutica há que avaliar os factores que contribuiram para o insucesso (regimes inadequados, problemas de absorção, intolerância, má adesão...) O reinício do tratamento destes doentes pressupõe a realização prévia de teste de resistência que, na nossa opinião, só deve ser feito aos doentes que apresentaram adesão superior a 75% nos levantamentos dos fármacos na Farmácia Hospitalar. Os esquemas de segunda linha devem ser sempre discutidos e autorizados pela Direcção do Serviço.
3. É frequente o aparecimento em consulta de doentes que, sem justificação, abandonaram o tratamento por períodos mais ou menos longos de tempo. Julgamos que, em tais casos, a terapêutica só deve ser reiniciada vários meses depois e após longo período de esclarecimento e de preparação do doente para um tratamento correcto.
4. Para grupos com maiores dificuldades de adesão aos tratamentos, nomeadamente toxicodependentes a usar metadona, indivíduos com graves problemas sociais ou de integração, devem implementar-se programas específicos que concentrem a distribuição de fármacos e de cuidados num só local.

e) Distribuição e controlo dos fármacos:

Um aspecto importante do controlo de custos e de combate ao desperdício passa pelo registo rigoroso da dispensa dos medicamentos. Este registo permite a avaliação da adesão aos levantamentos e impede duplicações. Pensamos que apesar de a medicação dever ser prescrita para o período entre consultas o levantamento dos fármacos deve ser mensal (receita para três meses) excepto para doentes que vivam, por exemplo, a mais de 50 Km do Hospital.

f) Formação dos profissionais:

O cumprimento e empenhamento dos profissionais é absolutamente necessário para o êxito da contenção de despesas. Uma boa preparação dos profissionais é indispensável para evitar erros que se transfomarão, a médio prazo, em custos elevados (internamentos, uso de tratamentos mais caros...).

Por isso, julgamos que o Ministério da Saúde, em colaboração com a Ordem dos Médicos e, particularmente, com a Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA (APECS), deveria promover a realização anual de um Curso de Formação em VIH/SIDA. No prazo de cinco anos todos os prescritores (ou candidatos) deveriam frequentar esse curso e, dessa forma, obter certificação para o tratamento destes doentes.

g) Controlo das decisões implementadas:

As Direcções dos Serviços e as Direcções Clínicas dos Hospitais devem ser envolvidas e responsabilizadas pelo bom cumprimento das normas decididas. Para isso, é importante que em cada Hospital existam bases de dados que permitam o controlo, a cada momento, não só da produção mas, sobretudo, da qualidade do trabalho realizado.

A nível nacional (ou por ARS) deveria ser criada uma estrutura de coordenação, aconselhamento e monitorização das medidas decididas centralmente.

Redução de gastos a médio/longo prazo

A redução de custos a médio/longo prazo passa fundamentalmente pela prevenção.

A este respeito proporíamos uma maior acessibilidade à realização do teste de detecção da infecção. Esta medida, apesar de envolver algum custo imediato, contribuirá para a redução das taxas de transmissão da infecção e para poupança significativa no futuro.

As campanhas de prevenção/informação continuam a ser importantes. Desde logo, pensamos que deve ser dada grande atenção aos adolescentes e a alguns grupos mais expostos como emigrantes, reclusos, toxicodependentes e homossexuais. Para estes grupos há que desenhar estratégias conducentes à redução das taxas de transmissão.

Porto, 07 de Novembro de 2011