

A farmacoeconomia e o tratamento da asma

Pharmacological economics and asthma treatment

José Roberto Jardim

Em uma situação ideal, todas as pessoas deveriam “receber a sua cota de saúde”, mas, no entanto, a realidade não corresponde ao ideal. Os recursos são finitos enquanto que o ser humano é um infinito querer e necessitar. Tem sido dito que “saúde não tem preço” mas, ela, seguramente, tem custo.

A discussão da desigualdade de quanto é necessário para investimentos na área de saúde e a disponibilidade de recursos, tem sido uma constante em todas as épocas. Somente o esforço e a engenhosidade dos condutores de nossas políticas de saúde tem conseguido amenizar esta diferença. A despeito da dificuldade na obtenção dos recursos, de um certo modo tem-se conseguido obter alguns avanços na saúde: existe um contínuo aumento da longevidade e da qualidade de vida; a reabilitação tem conseguido ajudar as pessoas com limitação, recuperando-as funcional e profissionalmente; a cura tem aumentado em várias situações clínicas.

No entanto, quase que continuamente ocorre uma certa pressão entre o consumidor e os dirigentes de saúde, levando ao confronto entre a escolha, por parte do governo dos medicamentos mais baratos, por parte do consumidor, do que é mais efetivo. Em vista da complexidade destas decisões, era natural que surgisse uma nova ciência que aliasse os princípios da economia com os da medicina, gerando a Economia da Saúde, também conhecida como Farmacoeconomia.^(1,2) O princípio básico desta nova ciência não é economizar mas sim o de gerar o conhecimento de como fazer o melhor aproveitamento dos recursos de saúde frente as necessidades da comunidade. A farmacoeconomia, de um certo modo, está baseada no fato que pessoas necessitam tomar decisões no cuidado da saúde e querem saber o valor dessas decisões e que decisões erradas geralmente são custosas.

Do modo como a farmacoeconomia é vista hoje, ela teve seu início por volta de 1978 quando três professores de farmácia da Universidade de Minnesota, McGhan, Rowland e Bootman, passaram a avaliar e a ensinar os conceitos de custo-efetividade referentes ao uso de aminoglicosídeos em

pacientes queimados. No entanto, o termo farmacoeconomia só veio a ser utilizado pela primeira vez em 1986, por Townsend.⁽²⁾

O contexto da saúde no Brasil está calcada em forte desigualdade sócio-econômica, forte ingerência do governo e intensa ineficiência técnica administrativa. Este tripé chama a atenção para a importância de se obter a máxima eficiência no uso dos recursos materiais, humanos e financeiros, para que se possa gerar economia.

A aplicação de recursos de medicina geram a necessidade de algumas indagações, seja qual for a intervenção programada: a segurança, a eficácia e a efetividade. Eficácia é definida como um funcionamento positivo da intervenção em condições ideais. Efetividade é o funcionamento positivo da intervenção nas condições diárias do paciente. Um fármaco pode ter excelente atividade quando ele é dado ao paciente em condições ideais, como no hospital ou em atendimento no ambulatório, mas ele passa a ser pouco efetivo se tem efeitos colaterais ou se custa caro e o paciente deixa de tomá-lo. Nestes casos é importante uma análise econômica. A estes dois ainda se associa o conceito de eficiência, com a pergunta: “Estamos obtendo o melhor benefício pelos recursos que estamos utilizando?”⁽¹⁾

Vários tipos de análise econômica podem ser realizadas, baseadas no fato de que quando duas ou mais estratégias são comparadas, deve-se considerar seus benefícios e custos. O modo mais simples de avaliar a adequação da nova proposta é considerar a Figura 1 abaixo. O modelo ideal é quando os benefícios são maiores ou iguais com o custo menor.

Mas em uma análise econômica há que se levar em consideração também as possibilidades benefício maior mesmo com custo maior, ou benefício menor com custo menor.

Há quatro tipos de análise econômica: custo-minimização; custo-efetividade; custo-utilidade; e custo-benefício.^(1,2)

Na análise custo-minimização compara-se diretamente os preços de duas intervenções gerando benefícios iguais. Esta é uma análise muito incomum,

		Custos	
		Maior	Menor
Benefícios	Maior	avalia-se	aceita
	Igual	rejeita	aceita
	Menor	rejeita	avalia-se

Figura 1 – Análise econômica em saúde

pois é quase impossível que na medicina tenhamos duas intervenções gerando resultados exatamente iguais.

A análise mais freqüente na medicina é a análise de custo-efetividade. Ela compara diferentes efetividades se os desfechos são os mesmos. Quando o tratamento é mais barato e tem melhor desfecho, a escolha é óbvia. O tratamento pode ser mais efetivo, porém mais caro, neste caso opta-se pelo menor preço por desfecho. Esta análise não pode ser usada para comparar doenças ou programas diferentes. Assim, esta análise tem por finalidade apontar a opção terapêutica com a qual é possível alcançar o melhor resultado clínico por unidade monetária aplicada.

A análise de custo-utilidade procura levar em consideração a satisfação do paciente em relação ao tratamento ou intervenção utilizada e não tanto os resultados ou desfechos diretos proporcionados pelo fármaco. Nem sempre um paciente está contente com os efeitos colaterais de fármacos anti-neoplásicos. Neste caso, ferramentas apropriadas são capazes de avaliar, por exemplo, a qualidade de vida associada ao estado de saúde. Esta análise não era muito empregada até há pouco tempo. Recentemente está se introduzindo o conceito da unidade *quality-adjusted life years* (sobrevida ajustada à qualidade de vida) que associa o tempo restante de vida associado à qualidade de vida possível. Há que se definir se é mais interessante para o paciente ter maior sobrevida com pior qualidade vida ou o contrário.

A análise de custo-benefício é erroneamente tomada como custo-efetividade. Nesta análise, o que se procura é identificar a opção de tratamento que permite reduzir custos ou aumentar lucros. Esta é uma análise muito rara na medicina pois ela coloca

um preço na vida do paciente, o que, eticamente, não é possível.

Neste volume do Jornal Brasileiro de Pneumologia é apresentado um interessante estudo em que se avaliou o impacto de um programa gratuito para pacientes com asma que tem muito a ver com a farmacoeconomia. Ele demonstra ser altamente custo-efetivo. Uma análise da qualidade de vida destes pacientes, seguramente mostraria que ele também teria uma boa relação custo-utilidade.

Pontes *et al.*⁽³⁾ avaliaram 269 pacientes com asma supostamente grave após receberem tratamento gratuito com corticóide inalatório e fármaco β_2 -agonista de longa duração. Os pacientes participaram de um projeto de controle de asma e rinite na Bahia (ProAr), o qual tem a finalidade de ser abrangente e de poder alcançar um número substancial de asmáticos e riniticos naquele estado. Os resultados alcançados lembram os já observados em outras áreas do Brasil, fazendo crer que os pacientes com asma, independentes das áreas aonde vivam, respondem de modo muito parecido.⁽⁴⁾

Os resultados iniciais após um ano de seguimento mostram resultados bastante animadores: houve redução a 1/3 do número de ciclos de corticóides em relação ao ano anterior; diminuição de 11,36 dias ausentes do trabalho ou escola por paciente-ano para 1,60; do mesmo modo, o número de idas ao pronto-socorro caiu para 1/9. Os autores concluem que um programa para o controle de asma grave em ambulatório permite acentuada redução no consumo de recursos de saúde.

Este estudo vem, mais uma vez, comprovar o que se tem dito desde os anos do aprendizado no Curso Médico: doenças crônicas requerem seguimento contínuo, com tratamento ininterrupto. Infelizmente as nossas políticas de saúde não têm priorizado este tipo de atendimento. A asma é uma doença crônica, inflamatória e requer o uso de antiinflamatório contínuo, mas a maioria da nossa população não consegue ter acesso aos medicamentos por seus próprios meios. O resultado desta política é um número exagerado de pacientes indo aos pronto-socorros e faltando às escolas e trabalho. Isto nos leva ao somatório de dois custos avaliados na farmacoeconomia: os custos diretos, representados por aqueles que estão associados diretamente à intervenção, como compra de medicamentos para as crises de asma, os custos das hospitalizações e exames subsidiários e salários do profissional

envolvido no atendimento; e os custos indiretos, representados pela ausência à escola e trabalho, as despesas de idas ao pronto socorro, além das despesas referentes ao acompanhante. Na área da saúde ainda temos o que se chama de custos intangíveis, que são muito difíceis de medir, como o sofrimento pessoal ou familiar.

Infelizmente, Pontes *et al.*⁽³⁾ não avaliaram os pacientes segundo uma estratificação de gravidade ou uso de recursos no ano anterior e a resposta ao tratamento; seria interessante saber se os pacientes com maior ida aos pronto socorros e, portanto, com maior presumível grau de inflamação, tiveram que receber doses maiores de corticóide via oral ou inalatória. Nós temos tratados a maioria dos pacientes com doses praticamente fixas de corticóide, mas é possível que o tratamento possa ser individualizado e que um substancial número de pacientes possa receber doses menores de medicamentos, baixando os custos, conseqüentemente. Esta é uma medida sempre muito bem vista pelas autoridades ligadas ao financiamento de projetos como este.

Seria muito interessante se os autores tivessem classificados os seus pacientes em “não controlados”, “controlados”, “bem controlados” e “totalmente controlados”. A classificação em asma intermitente e persistente nunca foi capaz de expressar uma clara orientação para o grupo de atendimento. Muitas vezes a asma era classificada como persistente somente enquanto o paciente não recebia a medicação adequada. Ao receber o tratamento indicado ela passava para asma intermitente e a orientação era de tratamento mais brando, o que o fazia voltar ao estágio anterior de asma persistente. A classificação em grau de controle da asma é um modo muito mais prático de seguir o paciente com asma, a ponto que novos documentos da *Global Initiative for Asthma* (GINA) assim o recomendam.

Asma é considerada um problema de saúde pública no Brasil, são mais de 350 mil internações por ano com, aproximadamente, 2500 mortes.

Este número de mortes é aparentemente pequeno, quando comparado com as mais de 30 mil mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica ou pneumonia, no entanto, com o conhecimento e segurança que hoje temos do tratamento, são mortes inaceitáveis. Um projeto que pudesse fazer com que todos os pacientes asmáticos carentes recebessem a sua medicação viria revolucionar o tratamento das doenças crônicas e estabelecer um marco. O Plano Nacional de Asma discutido em maio de 2006 em Brasília luta para se tornar realidade, apoiado por diversas sociedades médicas, incluindo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, e de apoio a pacientes, em conjunto com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Esse sonho está próximo de se tornar realidade.⁽⁵⁾

Que este estudo de Pontes *et al.* seja um estopim para outros estudos relacionados a farmacoeconomia nesta área, ou de outras doenças respiratórias crônicas no Brasil.

José Roberto Jardim
Professor Associado da Disciplina de
Pneumologia da Universidade Federal de
São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP) Brasil

Referências

1. Ferraz MB. Economia da saúde. Como aproveitar os recursos disponíveis. Rev CREMESP. 1996;17(105):8.
2. Bootman JL, Twnend RJ, McGhan WF. Principles of pharmacoconomics. 2nd ed. Cincinnati: Harvey Whitney Books; 1996.
3. Pontes E, Franco RA, Souza-Machado A, Souza-Machado C, Cruz AA. Impacto de um programa para o controle da asma grave na utilização de recursos do Sistema Único de Saúde. J Bras Pneumol. 2007;33(1):15-19.
4. Fischer GB, Camargos PAM. Paediatric asthma management in developing countries. Paediatr Respir Rev. 2002;3(4):285-91.
5. Cerci Neto A. Asma em saúde pública. 1a ed. São Paulo: Manole; 2007.