

Avaliação Económica da Terapêutica e do Suporte Não Farmacológico da Doença de Alzheimer

Carlos Gouveia Pinto*†, Armado Brito de Sá‡, Margarida Sousa‡, Joaquim Cristino*, Sara Vilas§

**Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade Técnica de Lisboa*; †*Centro de Investigação sobre Economia Portuguesa - CISEP*; ‡*Instituto de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de Lisboa da Universidade de Lisboa*; §*Centro de Investigação Regional e Urbana - CIRIUS*

Introdução: O tratamento da doença de Alzheimer é complexo e tem custos elevados, justificando uma avaliação clínica e económica. Este artigo pretende contribuir para esta avaliação uma vez que se calcula a despesa adicional dos doentes e do Estado (Serviço Nacional de Saúde e Segurança Social) associada à comparticipação do donepezil e se quantifica o aumento dos custos caso a comparticipação deste medicamento não seja restringida a prescrições de psiquiatras e neurologistas.

Métodos: Adoptou-se a técnica de minimização de custos determinando-se o tempo de permanência em cada estadió da doença (definido pelo MMSE - Mini-Mental State Evaluation) num horizonte de cinco anos com base num ensaio clínico aleatorizado com dupla ocultação e transposto para um modelo de Markov. Com base em dados oficiais, calcularam-se os custos do tratamento por doente e por abordagem terapêutica no mesmo período de tempo. Finalmente, construiu-se um modelo específico para estimar os custos de acesso a consultas dos especialistas hospitalares.

Resultados: A comparticipação do donepezil acarreta um encargo adicional para o Estado de 234€ por doente em cinco anos e uma poupança para os doentes de 111€. No caso do donepezil ser comparticipado independentemente da especialidade do prescritor, a despesa do Estado aumentaria para 645€ e a poupança dos doentes para 521€. **Conclusão:** A despesa adicional do Estado é baixa em ambos os casos. Acresce que estando esta sobrestimada e a poupança dos doentes subestimada, a inclusão de todos os efeitos levaria muito provavelmente a que esta última fosse superior à primeira, verificando-se benefícios sociais líquidos.

Palavras-chave: donepezil; doença de Alzheimer; minimização de custos; avaliação económica.

ARQUIVOS DE MEDICINA, 19(5-6): 183-90

INTRODUÇÃO

As demências constituem um problema de saúde pública da maior importância, afectando ambos os sexos e todos os grupos sociais. A doença de Alzheimer constitui a forma mais comum de demência (1). Nos indivíduos com mais de 50 anos a doença de Alzheimer é a causa mais frequente de défice cognitivo. O contínuo crescimento da população idosa, particularmente dos grupos etários mais velhos, assegura que a doença de Alzheimer irá criar um profundo impacto socioeconómico nas próximas décadas.

A prevalência da doença de Alzheimer aumenta exponencialmente com a idade entre os 65 e os 85 anos de idade. A implicação mais importante deste facto foi evidenciada por Katchaturian, que demonstrou que um atraso de cinco anos no início da doença reduz para metade a sua prevalência em todos os grupos etários (2).

Em Portugal não foram até hoje efectuados estudos epidemiológicos sobre a demência. No entanto, fazendo uma estimativa a partir das análises elaboradas pelo "EURODEM - Prevalence Research Group" (3) e com

base no Censo de 1991, Garcia e colaboradores estimaram existir em Portugal cerca de 92.500 indivíduos sofrendo de demência, dos quais aproximadamente 49.000 sofreriam de doença de Alzheimer (4). Numa actualização destes dados utilizando os dados do Censo de 2001 do Instituto Nacional de Estatística, efectuada novamente por Garcia e colaboradores em 2002, estimou-se existirem cerca de 76.000 casos de doença de Alzheimer (5).

O tratamento farmacológico é muito limitado, reduzindo-se praticamente à minoração dos sintomas passíveis de serem abordados medicamente, o que é comum a todas as formas de demência. O uso de antioxidantes como a vitamina E e os anti-inflamatórios não esteróides encontram-se em estudo. São hoje utilizados fármacos específicos para a doença de Alzheimer que melhoram a transmissão colinérgica, nomeadamente o donepezil, a tacrina, a rivastigmina e a galantamina; mais recentemente, surgiu no mercado a memantina, um antagonista dos receptores NMDA (N-methyl-D-aspartate) (6).

O donepezil permite uma administração diária única

devido à sua semivida longa (7). Além disso, a sua tolerância parece ser superior à dos restantes inibidores da acetilcolinesterase, pelo que o seu uso se tem progressivamente alargado (8). Contudo, o seu preço justifica atenção quer na introdução na terapêutica individual (sobretudo pela exigência de rigor no diagnóstico) quer na monitorização do seu efeito no quadro clínico para determinação da sua eficácia com a continuação do tratamento.

O Despacho nº 6468/2004 de 31 de Março restringe a prescrição dos fármacos utilizados na terapêutica da doença de Alzheimer a neurologistas e psiquiatras, dificultando a aquisição destes fármacos por um número significativo de doentes que deles necessitam, podendo levar à descontinuidade do tratamento. Assim, justifica-se discutir se um dos objectivos principais que se pretende atingir com a restrição presentemente em vigor (moderar o consumo e, conseqüentemente, a despesa do Serviço Nacional de Saúde nestes medicamentos) não acaba por ser subvertido pelo consumo adicional de outros cuidados médicos e o conseqüente acréscimo de despesa.

Este estudo tem dois objectivos. Em primeiro lugar, pretende-se determinar se, do ponto de vista económico, se justifica a utilização do donepezil no tratamento da doença de Alzheimer. Paralelamente, avalia-se se deve ser restringida a prescrição deste medicamento a neurologistas e psiquiatras. Em particular, procura-se determinar se a introdução desta limitação possibilita atingir um dos seus principais objectivos - diminuir a despesa do Serviço Nacional de Saúde. Para tal, comparam-se os custos associados a duas alternativas - a situação actual em que a comparticipação do donepezil depende de a prescrição ser efectuada por especialistas de neurologia e psiquiatria (Alternativa A) e uma outra em que o medicamento é comparticipado independentemente da especialidade do prescritor (Alternativa B).

MÉTODOS

Perspectivas de abordagem

A doença de Alzheimer, sendo uma doença crónica e incapacitante, exige a mobilização de recursos avultados, tanto públicos como privados. Com efeito, a abordagem terapêutica centra-se na utilização intensiva de fármacos. Paralelamente, à medida que a incapacidade aumenta, torna-se necessário o apoio domiciliário e, mesmo, a institucionalização do paciente. Neste contexto, a família desempenha um papel fundamental no acompanhamento do doente e no co-financiamento dos cuidados por ele consumidos, papel este que se torna cada vez mais importante com a progressão da doença. Mas também o Serviço Nacional de Saúde (através da comparticipação dos medicamentos) e a Segurança Social (co-financiando o apoio domiciliário e a institucionalização em lares) têm um papel relevante.

Assim, o impacto da utilização terapêutica do donepezil

é avaliado segundo uma dupla perspectiva - a dos doentes e suas famílias (designada de perspectiva do doente) e a do Serviço Nacional de Saúde e da Segurança Social (designada de perspectiva do Estado).

Contudo, por razões metodológicas relacionadas, designadamente, com a forma de cálculo do custo das consultas (ver os modelos abaixo), os resultados segundo a perspectiva do doente são obtidos indirectamente. Com efeito, primeiro calculam-se os valores para o conjunto dos pagadores (Estado e doentes) e seguidamente subtraem-se os custos suportados pelo Estado. A diferença constitui a despesa do doente.

A situação em Portugal

Para calcular o impacto das alternativas sobre a despesa do Estado e dos pagadores privados um conjunto de perguntas sobre a doença de Alzheimer necessitam de resposta no contexto português, designadamente qual a prevalência e a distribuição geográfica da doença de Alzheimer; e como são correntemente tratados os pacientes que contraem a doença.

Se o primeiro problema pôde ser de algum modo resolvido com base nos trabalhos de Garcia e colaboradores referidos anteriormente, já o segundo, dada a inexistência de informação publicada, exigiu a consulta de profissionais de saúde mais directamente ligados à doença de Alzheimer: neurologistas, psiquiatras e médicos de família. O método utilizado foi a realização de um painel Delphi seguido de debate presencial envolvendo representantes destas três especialidades e de neuropsicologia. Este processo teve o apoio de cinco médicos de família, cinco neurologistas, quatro psiquiatras e dois neuropsicólogos.

Uma vez obtida esta informação foi possível estimar qual é a abordagem clínica mais frequente no tratamento da doença de Alzheimer e na reavaliação e seguimento dos pacientes.

Identificação da terapêutica corrente

Tomando como base a revisão bibliográfica efectuada bem como os resultados do painel, a terapêutica específica da doença de Alzheimer ligeira, ligeira/moderada e moderada centra-se entre nós no uso de inibidores da acetilcolinesterase (donepezil na dose diária de 5mg durante quatro semanas seguida de 10 mg por dia (9)); antipsicóticos (10 mg diários de Melperona); antidepressivos (20 mg por dia de Paroxetina); e ansiolíticos (1 mg de Cloxazolam). Na doença de Alzheimer grave a única alteração ao esquema terapêutico acima descrito é a não utilização dos inibidores da acetilcolinesterase.

Os três primeiros grupos reuniram o consenso do painel enquanto o grupo dos ansiolíticos foi menos cotado (20% dos participantes), mas poderá ter uma utilização ocasional.

Estratégias de seguimento

Com base na revisão bibliográfica efectuada e nos resultados do painel pode tomar-se como referência a seguinte sequência de procedimentos clínicos:

- O diagnóstico (primeiros três meses) é efectuada por neurologista ou psiquiatra na consulta de especialidade (momento zero) sendo também realizados os exames complementares (ressonância magnética e análises sanguíneas), exame neuropsicológico e instituída a terapêutica.

- Aos três meses é feita a revisão terapêutica pelos mesmos especialistas e o doente é referenciado ao médico de família.

- A partir deste ponto, dois cenários são possíveis:

Cenário I - Duas consultas anuais pelo neurologista ou psiquiatra e quatro consultas anuais pelo médico de família;

Cenário II - Uma consulta anual pelo neurologista ou psiquiatra e quatro consultas anuais pelo médico de família.

Estes dois cenários podem ser associados às alternativas em análise. Com efeito, restringindo-se a comparticipação do donepezil às prescrições por especialistas de neurologia e de psiquiatria, é natural que o número de consultas destes profissionais seja maior do que se a comparticipação não estiver restringida. Assim, o Cenário I é mais verosímil na situação correspondente à Alternativa A enquanto o Cenário II estaria associado à Alternativa B.

Embora possa corresponder mais a uma situação normativa (ou seja, ao que deveria ser feito) do que ao que se passaria na realidade caso a prescrição de donepezil por outros especialistas fosse comparticipada, o primeiro cenário foi defendido maioritariamente pelo painel pois permitiria uma monitorização mais apertada da evolução do quadro clínico. Contudo, a generalização da comparticipação levaria muito provavelmente a um aumento da taxa efectiva de comparticipação do donepezil (ver adiante). Assim, aceitou-se o parecer da maioria dos membros do painel considerando que o número de consultas de especialidade hospitalar seria sempre de duas independentemente da alternativa terapêutica e diferenciando-se os cenários apenas com base da taxa de comparticipação efectiva do medicamento. As eventuais poupanças resultantes directamente da eventual diminuição do número de consultas de neurologia e psiquiatria foram calculadas separadamente com base num modelo específico.

Segundo o painel, o número de consultas pelo médico de família é geralmente de quatro por ano. O número destas consultas não sofre modificação nos dois cenários descritos acima visto que, independentemente das consultas por outros especialistas, existe permanentemente a necessidade de coordenação de outros cuidados na comunidade bem como da resolução de outros problemas de saúde (10). Este número de consultas resulta ainda da necessidade de suporte aos familiares do paciente, habitualmente protagonizado por prestadores

de cuidados de primeira linha (11).

Quanto ao apoio por pessoal de enfermagem ou por terceira pessoa, este é independente da observação pelo especialista ou do seguimento pelo médico de família.

Os modelos

O cálculo dos custos associados às alternativas baseou-se num modelo de Markov com 10 ciclos de 24 semanas e probabilidades de transição obtidas através de um ensaio clínico aleatorizado com dupla ocultação com a duração de 24 semanas e controlado por placebo (12). Assim, o horizonte temporal do estudo é de 5 anos, período de tempo geralmente aceite como adequado para a diferenciação de alternativas de tratamento de doenças crónicas (13). As probabilidades de transição para lá das primeiras 24 semanas são assumidas como sendo as mesmas para os dois grupos de pacientes e têm como base as taxas de progressão da doença de Alzheimer observadas no grupo placebo do ensaio clínico e num estudo de coorte prospectivo com a duração de 5 anos (sem utilização do donepezil) (14).

Com base nas probabilidades de transição obteve-se o tempo de permanência em cada estadio durante os cinco anos para cada um dos grupos de pacientes considerados (a efectuarem terapia de donepezil e a não a efectuarem), segundo a pontuação MMSE (Mini-Mental State Evaluation) no momento inicial (Tabela 1).

Considerando os consumos efectuados em cada estadio da doença estimados pelo painel, o tempo de permanência nesse estadio calculado com base no ensaio clínico e no estudo de coorte e a taxa de mortalidade estimada também com base no estudo de coorte (a taxa de mortalidade é considerada independente do uso de donepezil e do estadio da doença), determinaram-se os custos a cinco anos associados a cada uma das alternativas nos dois cenários. Uma vez que o horizonte temporal é plurianual, estes custos tiveram que ser actualizados.

As vantagens da utilização do donepezil traduzem-se num atraso na progressão dos doentes para os estadios mais avançados da doença. Estando associado a estes estadios um maior consumo de cuidados e, conseqüentemente, maiores custos, a medição das vantagens da utilização deste medicamento pode fazer-se através das despesas incorridas pelos agentes envolvidos - doentes e Estado. Assim, a técnica de análise adequada é a de minimização dos custos que foi, aliás, a adoptada.

Um segundo modelo foi desenhado especificamente para calcular os custos de acesso às consultas de especialidade hospitalar. Para tal estimou-se, em primeiro lugar, o número de pacientes com doença de Alzheimer, por concelho aplicando as taxas de prevalência por idade e sexo referidas no "EURODEM - Prevalence Research Group" (3) à população residente em cada concelho de Portugal Continental segundo o Censo de 2001.

Seguidamente, com base nos dados de 2001 constantes na "Rede de Referência Hospitalar de

Tabela 1 - Tempo de permanência em cada estadio de Doença de Alzheimer, em anos (15).

Estadios de saúde ao longo do período de seguimento	Tempo de permanência em cada estadio por pontuação MMSE no momento inicial					
	MMSE 10-14		MMSE 15-20		MMSE 21-26	
	Sem donepezil	Com donepezil	Sem donepezil	Com donepezil	Sem donepezil	Com donepezil
Pontuação do MMSE >26	0,02	0,04	0,09	0,14	0,46	0,56
Pontuação do MMSE 21-26 (estadio Ligeiro)	0,08	0,17	0,39	0,61	1,60	1,71
Pontuação do MMSE 15-20 (estadio Ligeiro/Moderado)	0,30	0,47	1,15	1,14	0,90	0,82
Pontuação do MMSE 10-14 (estadio Moderado)	0,54	0,74	0,57	0,50	0,34	0,32
Pontuação do MMSE >10 (estadio Grave)	3,17	2,69	1,91	1,72	0,81	0,70
Morte	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95
Período Total	5,06	5,06	5,06	5,06	5,06	5,06
Tempo de permanência em estadios que não o Grave (MMSE >10)	0,94	1,42	2,20	2,39	3,30	3,41

MMSE - Mini-Mental State Evaluation.

Psiquiatria e Saúde Mental” (16) e na “Rede de Referência Hospitalar de Neurologia” (17) foi identificado o hospital mais próximo da sede de cada concelho com uma das duas especialidades hospitalares relevantes (neurologia e psiquiatria), nos casos em que este hospital se encontrava fora dos limites do concelho. Assumiu-se que todos os doentes dum determinado concelho residiam na sede desse concelho pelo que a distância considerada é o número de quilómetros entre a sede do concelho de residência e o hospital. Se o hospital se localizar no concelho de residência do doente assume-se que os encargos com a deslocação são nulos, o que subestima os custos de acesso. A distância média de um paciente com doença de Alzheimer até ao hospital mais próximo que possuísse uma destas duas especialidades foi obtida através da consulta de uma página da internet (18) onde estes valores eram indicados. Implicitamente, assumiu-se que todas as consultas de especialidade hospitalar (mesmo em consultório privado) se realizariam na localidade onde se situava o hospital.

Adicionalmente, assumiu-se que o custo de deslocação (ida e volta) suportado pelos doentes corresponderia ao produto da distância a percorrer pelo valor do reembolso por quilómetro fixado para os funcionários públicos em 2003.

Foram introduzidos no modelo de Markov os seguintes dados: população com doença de Alzheimer por grau de severidade (ligeira, ligeira/moderada, moderada e grave);

taxas de internamento em cada um destes estadios; custo da dose diária do donepezil; custo por hora de apoio domiciliário e de uma visita domiciliária de enfermagem e respectiva frequência semanal (também por grau de severidade da doença de Alzheimer); custo da institucionalização em lar consoante o estadio; custo unitário das consultas; e custo do tratamento com outros medicamentos que não o donepezil (melperona, paroxetina e cloxazolam).

A informação relativa à população com doença de Alzheimer foi recolhida em Garcia e colaboradores (5), distribuindo-se os indivíduos por grau de severidade de acordo com o consenso resultante do painel Delphi que também definiu a taxa e a frequência de institucionalização em lar, a frequência de utilização do apoio domiciliário e o número de visitas domiciliárias de enfermagem por grau de severidade da doença de Alzheimer.

O cálculo da despesa em medicamentos foi efectuado seleccionando primeiramente (com base na opinião do painel de especialistas) as substâncias activas mais utilizadas no tratamento da doença de Alzheimer dentro de cada grupo farmacoterapêutico. Seguidamente, com base no IMS, identificou-se o produto comercial mais vendido de cada molécula. O custo agregado (ou seja, na perspectiva do conjunto dos pagadores) adoptado foi o preço de venda ao público de cada um destes produtos enquanto para obter a despesa na perspectiva do Estado se aplicaram a estes preços de venda ao público as

respectivas taxas de comparticipação.

No caso do donepezil, o método de cálculo da despesa do Estado foi diferente pois dependeu da alternativa em análise. Assim, na Alternativa A (situação actual) estimou-se em primeiro lugar qual a proporção de prescrições do medicamento que em 2003 foi da responsabilidade de neurologistas e psiquiatras com base no IMS. Esta percentagem foi depois aplicada à taxa de comparticipação média efectiva do medicamento (51%, calculada a partir da base de dados do Instituto Nacional de Farmácia e do Medicamento (INFARMED)) de forma a obter um valor ponderado para esta taxa. Utilizou-se esta taxa e não a legal (40%) devido ao elevado peso de doentes com direito ao acréscimo de 15% na taxa de comparticipação por estarem abrangidos pelo regime especial dos idosos com pensão inferior ao ordenado mínimo nacional. Na Alternativa B, considerou-se que o medicamento era participado em 51% independente-mente da especialidade do médico prescriptor. No caso dos restantes medicamentos não se considerou a taxa média efectiva de comparticipação mas apenas a taxa legal - 40%. Tal deveu-se ao facto de, segundo o parecer do painel de especialistas, as doses diárias de administração serem as mesmas independentemente do estadio da doença e, portanto, a taxa de comparticipação utilizada não ter impacto sobre os resultados incrementais.

Os preços do apoio domiciliário e da institucionalização em lares de idosos segundo a perspectiva do Estado foram obtidos com base nos valores constantes do protocolo entre o Ministério da Segurança Social e do Trabalho e as IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social), a União das Misericórdias Portuguesas e a União das Mutualidades Portuguesas de 7 de Março de 2003. Os valores equivalentes para a perspectiva dos pagadores (Estado e pacientes) foram calculados através da média das respostas a entrevistas telefónicas a gestores de seis lares da região de Lisboa. Da diferença entre estas duas perspectivas resultou a despesa atribuível aos doentes.

O custo de uma visita domiciliária de enfermagem foi obtido através da Portaria nº132/2003 de 5 de Fevereiro, supondo-se que o Estado comparticipa na íntegra estas visitas.

Em relação aos preços das consultas, foi efectuado um cálculo com base numa estimativa do peso relativo das consultas efectuadas no sector público e no sector privado, obtida através do Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 1995/96. De acordo com este inquérito, 59,4% das consultas de especialidade hospitalar eram efectuadas em consultório privado. A partir deste dado obteve-se um preço ponderado da consulta multiplicando esta percentagem pelo valor médio que consta da tabela da Ordem dos Médicos e somando-lhe o valor que consta da Portaria nº132/2003 multiplicado por 0,406. Os preços das consultas de psiquiatria e de neurologia foram considerados conjuntamente através da adopção de um valor médio. Tal significa que se supõe que 50% das consultas são de psiquiatria e 50% são de neurologia. Este preço ponderado foi utilizado para obter os custos

agregados para os pagadores (Estado e doentes), enquanto os valores homólogos na perspectiva do Estado foram exclusivamente os constantes da Portaria. Como já foi referido anteriormente, o preço na perspectiva do doente foi apurado através da diferença entre os preços calculados nas perspectivas dos pagadores e do Estado. O mesmo procedimento foi adoptado para as consultas de clínica geral, sendo que, neste caso, a percentagem de consultas privadas é de 19,4% (INS 95/96).

O custo total das consultas de especialidade hospitalar foi obtido adicionando ao seu preço os custos de acesso calculados com base no modelo já referido.

RESULTADOS

Os custos do tratamento correspondentes a cada alternativa terapêutica (com e sem donepezil) foram calculados aplicando os custos unitários dos cuidados aos consumos identificados pelo painel (por estadio da doença) e multiplicando os valores assim obtidos pelo tempo médio de permanência em cada estadio identificado no modelo. Contudo, os valores que se apresentam na tabela 2 são apenas os custos adicionais associados à utilização do donepezil (os chamados custos incrementais) correspondentes à diferença entre os custos das duas alternativas. Tal deve-se ao facto de se pretender

Tabela 2 - Acréscimo dos custos do tratamento com donepezil em cinco anos, por doente.

Perspectiva	Alternativa	Cenário	Resultado €
Estado	A	I	234
	B	II	645
Doente	A	I	-111
	B	II	-521

evidenciar o impacto financeiro da adopção deste medicamento e não o custo médio de cada abordagem clínica.

Considerando a situação actual em que se restringe a comparticipação à prescrição por neurologistas e psiquiatras (Alternativa A), verifica-se que a utilização terapêutica do donepezil implica um encargo adicional para o Estado de 234€ por doente em cinco anos. Contudo, parte deste esforço financeiro é compensado pela poupança de 111€ na despesa dos doentes, resultante da diminuição do consumo de outros cuidados, designadamente da menor frequência da institucionalização em lares devido ao atraso na progressão da doença.

Como seria de esperar, a despesa do Estado por doente aumenta substancialmente se fosse

comparticipada a prescrição do medicamento por todos os especialistas (Alternativa B) atingindo, neste caso, 645€ nos cinco anos de tratamento. Contudo, a poupança dos doentes aumentaria ainda mais em termos relativos cifrando-se em 521€. Ou seja, embora o esforço financeiro adicional do Estado seja significativo, tal teria um reflexo apreciável na melhoria do bem-estar dos doentes, na sua maioria carenciados.

Saliente-se que, apesar de, neste último caso, o Estado incorrer em maior despesa, tal dever-se-ia exclusivamente ao acréscimo da participação efectiva do donepezil de 36,33% para 51%. Contudo, com base no segundo modelo, estimou-se que pouparia 107,63€ por doente se o número de consultas de psiquiatria e de neurologia diminuísse para metade. Por sua vez, a poupança de cada doente resultante da menor utilização destas consultas seria de 136,49€, em média.

DISCUSSÃO

Com o aumento da esperança de vida é cada vez maior o número de idosos e, conseqüentemente, o número de pessoas que sofrem de demência. Como a doença de Alzheimer constitui uma das mais importantes formas de demência (Garcia e colaboradores estimaram existirem 100.000 casos de demência em Portugal, dos quais cerca de 76.000 se deveriam à doença de Alzheimer (5)) a utilização de medicamentos que atrasem a progressão da doença é importante, não só para a melhoria da esperança e da qualidade de vida da população como também tendo em vista a redução dos custos económicos associados à doença de Alzheimer.

Os resultados a que se chegou não estão imunes à crítica. Em primeiro lugar, os custos incrementais associados ao uso de donepezil tanto na perspectiva do Estado como na do doente podem estar sobervalorizados, dado que não foram incluídos na análise nem os custos directos nem os indirectos relacionados com o apoio familiar e cuidadores informais, nem os custos intangíveis, por impossibilidade de quantificação. Estes custos não são negligenciáveis, dado que o apoio familiar ou por terceiros tem de ser permanente a partir do estadio moderado da doença, implicando por vezes o abandono precoce da vida activa.

Paralelamente, a evolução da doença está associada a alterações emocionais dos doentes, como agitação e irritabilidade, e à diminuição progressiva da capacidade para as actividades da vida diária mais elementares, que provocam manifesta disrupção do ambiente familiar. Este grupo de cuidadores apresenta uma elevada prevalência de perturbações depressivas e ansiosas, com elevada utilização de medicamentos psicotrópicos, além de um aumento da morbilidade física (19). Este quadro de morbilidade acrescida resulta no aumento da utilização dos serviços médicos (20). A necessidade de suporte para estes cuidadores é complexa e implica um esforço multidisciplinar (21). Se estes custos fossem incluídos, a despesa adicional do Estado com a estratégia

que inclui utilização do donepezil seria inferior e a poupança dos doentes e das suas famílias superior pois os custos com esta estratégia aumentariam relativamente menos do que os associados à abordagem terapêutica alternativa, o que se deve ao facto de os doentes permanecerem mais tempo nos estadios menos graves da doença. Aliás, poderia até acontecer que as poupanças dos doentes (em particular as associadas à Alternativa B) se revelassem superiores à despesa do Estado o que seria sinal de que a não restrição da participação induz um benefício financeiro social.

Por outro lado, para o cálculo dos custos de acesso às consultas de especialistas hospitalares, foi utilizado um valor de 0,34€ por quilómetro percorrido que é, provavelmente, muito inferior ao custo médio real. Tal significa que a poupança para o doente resultante da generalização da participação está subavaliada.

Em terceiro lugar, a utilização de modelos para a projecção de resultados no longo prazo implica sempre o aumento da margem de erro. Com efeito, sendo as probabilidades de transição obtidas a partir de um ensaio clínico com a duração de 24 semanas, a consideração de um horizonte temporal de cinco anos implica que se assumam que estas probabilidades se mantêm constantes, o que pode não corresponder à realidade. No entanto, a comparação dos resultados do estudo de coorte (que se referem apenas a doentes que não utilizam o donepezil durante cinco anos) com as projecções do modelo permitiram validar estas últimas uma vez que os tempos de permanência em cada estadio se revelaram idênticos (14).

Apesar de estar longe de ser consensual que os neurologistas e psiquiatras sejam imunes à sobreprescrição, a opção pela restrição da participação poderá, eventualmente, induzir uma maior racionalização do consumo do medicamento. Contudo, tendo em conta as dificuldades de acesso a este tipo de consultas (poucos especialistas hospitalares e distribuídos de modo irregular) bem como as associadas à própria doença (restrições de mobilidade dos pacientes, disponibilidade de tempo dos cuidadores informais) é expectável que um número apreciável de pacientes acabe por não ter acesso à terapêutica adequada às suas necessidades. Assim, corre-se o risco de a pretendida diminuição do consumo poder ficar a dever-se mais à ausência ou interrupção do tratamento do que a uma mais racional utilização do instrumento terapêutico, o que constituiria um efeito perverso da medida aprovada.

CONCLUSÕES

Na situação actual, isto é, continuando restringida a participação do donepezil a neurologistas e psiquiatras, a utilização deste medicamento no tratamento da doença de Alzheimer traduz-se num acréscimo de despesa para o Estado de 234€ e uma poupança para o doente e sua família de 111€ por doente, considerando um horizonte temporal de cinco anos. Se a restrição da

comparticipação fosse levantada, a despesa incremental para o Estado elevar-se-ia a 645€ enquanto a poupança para o doente seria de 521€, igualmente por doente e tendo o mesmo horizonte temporal como referência, o que constitui um valor baixo, especialmente se se considerar que se adoptou sempre as hipóteses mais conservadoras (ou seja, mais desfavoráveis) para a opção terapêutica que inclui a utilização do donepezil.

Aparentemente, o Estado gastaria menos 411€ por doente em cinco anos graças à restrição da comparticipação a prescrições de neurologistas e psiquiatras. No entanto, esta poupança pode ser ilusória.

Com efeito, caso tivesse sido possível quantificar os custos directos e indirectos incorridos pela necessidade de acompanhamento por terceiros desde o estadio ligeiro/moderado da doença chegar-se-ia a resultados diferentes podendo até acontecer que a utilização do donepezil e, mesmo, a abolição da restrição da comparticipação se revelassem de menores custos. Contudo, a identificação destes custos em Portugal é impossível na ausência de um estudo observacional adequado. Dada a importância do problema e o seu previsível agravamento, seria importante implementar um estudo deste tipo de forma a caracterizar mais rigorosamente o impacto social da doença.

Por outro lado, este menor gasto poderá não reflectir um ganho de eficiência na prescrição mas, antes, um consumo sub-ótimo do medicamento. Tal dever-se-ia às dificuldades no acesso às consultas de neurologia e psiquiatria devido ao custo de transporte, à reduzida mobilidade dos doentes e à disponibilidade de tempo dos cuidadores.

Finalmente, esta medida tem efeitos negativos sobre a equidade no acesso aos cuidados de saúde. Na verdade, dos 278 concelhos de Portugal Continental 75 distam mais de 40 km de um hospital público com consulta de neurologia ou de psiquiatria, tendo esses concelhos (de acordo com o Censo de 2001) uma densidade de população idosa superior à nacional - 27,8% contra 21,1% respectivamente.

Agradecimentos

Agradece-se aos participantes no painel Delphi a contribuição dada para a elaboração deste trabalho. Foram eles os Drs. Rui Alves, Rui Manuel Caeiro, Luísa Carvalho, Constantino Santos, José Augusto Simões e Alexandre Mendes Vaz de medicina geral e familiar; os Professores Carlos Garcia e Carolina Garrett e os Drs. Francisco Alentisca, Isabel do Carmo e Ângela Valença de neurologia; o Professor João Barreto e os Drs. Horácio Firmino, António Leuschner e Anita Vilar de psiquiatria; e os Drs. Manuel Domingos e Alexandra Mendes de neuropsicologia. Os autores deixam uma referência particular ao Professor Carlos Garcia, falecido a 17 de Janeiro de 2004.

Financiamento

Este estudo foi elaborado com o apoio financeiro dos Laboratórios Pfizer, Lda. Contudo, os autores tiveram plena liberdade e independência na sua realização, pelo que qualquer erro ou omissão é da sua exclusiva responsabilidade.

REFERÊNCIAS

- 1 - Antuono P, Beyer J. The burden of dementia. A medical and research perspective. *Theor Med Bioth* 1999;20:3-13.
- 2 - Khachaturian ZS. The five-five, ten-ten plan for Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging* 1992;13:197-8.
- 3 - Rocca WA, Hofman A, Brayne C, Breteler MB, Clarke M, Copeland JR et al. Frequency and distribution of Alzheimer's disease in Europe: a collaborative study of 1980-1990 prevalence findings. *Ann Neurol* 1991;30:381-90.
- 4 - Garcia C, Costa C, Guerreiro M, Leitão O, Mendonça A, Umbelino J. Estimativa da prevalência da demência e da doença de Alzheimer em Portugal. *Acta Med Port* 1994;7:487-91.
- 5 - Garcia C, Alves R. A experiência dos clínicos gerais-médicos de família portugueses com a demência. *Geriatrics* 2002;15:9-28.
- 6 - Farlow MR. NMDA receptor antagonists. A new therapeutic approach for Alzheimer's disease. *Geriatrics* 2004;59:22-7.
- 7 - Rogers SL, Friedhoff LT. The efficacy and safety of donepezil in patients with Alzheimer's disease: results of a US multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Dementia* 1996;7:293-303.
- 8 - Wood AJ. Treatment of Alzheimer's Disease. *NEJM* 1999;341:1670-9.
- 9 - Ritchie CW, Ames D, Clayton T, Lai R. Metaanalysis of randomized trials of the efficacy and safety of donepezil, galantamine, and rivastigmine for the treatment of Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004;12:358-69.
- 10 - Newens AJ, Forster DP, Kay DW. Referral patterns and diagnosis in presenile Alzheimer's disease: implications for general practice. *Br J Gen Pract* 1994;44:405-7
- 11 - Cohen CA. Caregivers for people with dementia: what is the physician's role? *Can Fam Physician* 2000;46:376-80.
- 12 - Rogers SL, Farlow MR, Doody RS, Mohs R, Friedhoff LT. A 24-week, double-blind, placebo-controlled trial of donepezil in patients with Alzheimer's disease. Donepezil Study Group. *Neurology* 1998;50:136-45.
- 13 - Gold MR, Siegel JE, Russel LB, Weinstein. Cost-effectiveness in health and medicine. New York: Oxford University Press;1996.
- 14 - Hogan DB, Thierer DE, Eby EM, Parhad IM. Progression and outcome of patients in a Canadian dementia clinic. *Can J Neurol Sci* 1994;21:331-8.
- 15 - O'Brien B, Goeree R, Hux M, Iskedjan M, Blackhouse G, Gagnon M, Gauthier S Economic evaluation of donepezil for the treatment of Alzheimer's disease in Canada. *J Am Ger Soc* 1999;47:570-8.
- 16 - Direcção Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental. Psiquiatria e saúde mental - rede de referência hospitalar. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2001.
- 17 - Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços e Planeamento. Rede de Referência Hospitalar de Neurologia. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2001.

- 18 - URL: <http://www.maporama.com> [acedido em 20 de Maio de 2004].
- 19 - Schultz R, O'Brien AT, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates and causes. *Gerontologist* 1995;35:771-91.
- 20 - Baumgarten M, Battista RN, Infante-Rivard C, Hanley JA, Becker R, Bilker WB et al. Use of physician services among family caregivers of elderly persons with dementia. *J Clin Epidemiol* 1997;50:1265-72.
- 21 - Cohen CA. Caregivers for people with dementia. What is the family physician's role? *Can Fam Phys* 2000;46:376-80.

Correspondência:

Prof. Doutor Carlos Gouveia Pinto
Instituto Superior de Economia e Gestão
Rua Miguel Lúpi, 20
1249-078 Lisboa

e-mail: gpinto@iseg.utl.pt