

# Asma: Racionalização de custos e inovação\*

J.M. DE ABREU NOGUEIRA

A abordagem dos custos de asma, é importante não só na perspectiva desta doença, mas também na extrapolação possível em relação com outras doenças crónicas, no sentido de uma possível reformulação da sua abordagem.

É conhecida a afirmação de que asma é das situações crónicas mais frequentes, que os seus custos estão a crescer, não só na abordagem da doença mas também os seus custos sociais.

A abordagem dos custos directos, indirectos e intangíveis, para avaliação global dos custos de uma patologia, foram já abordados noutra local, lembrando no entanto os custos da investigação, o tempo de espera para atendimento e a restrição da actividade do trabalho, QOL que são factores de uma importância elevada na determinação dos custos, e raramente incluídos devido à dificuldade da sua quantificação.

Usando dados disponíveis na literatura, verificaram-se diferenças entre os custos nos diferentes países mas uma tendência sobreponível em relação à sua distribuição.

Assim, dados de Espanha mostram custos médios por doente de cerca de 575 contos, repartindo estes valores entre 276 para asma ligeira e 1276 para a asma grave, cerca de cinco vezes mais.

Um estudo efectuado no Reino Unido, em cerca de 12 mil doentes, pelo período de um ano, verificou que o custo dos doentes com exacerbação da asma, era três vezes e meia superior aos doentes sem exacerbação.

Há uma percentagem de doentes que consome elevados recursos. Num estudo efectuado em Indianapolis, verificou-se que 7% dos doentes representavam 44,6% do custo total.

Também o estudo sobre estimativa nacional dos custos económicos da asma nos Estados Unidos mostrou que as hospitalizações representavam mais de 50% dos custos directos, e que 20% dos doentes consumiam 80% dos recursos. Nestes doentes de alto custo, determinaram um valor médio por doente que é cerca de 20 vezes superior em relação ao custo de doentes com gravidade menor.

Estes doentes de alto custo, a nível das hospitalizações, representavam 64% dos custos directos, contra 2% para os restantes.

Os custos *per capita* da asma, de diferentes países (dados da literatura), e com extrapolação portuguesa de dados publicados no "Livro Branco - O Futuro da Imunoalergologia em Portugal no horizonte do ano 2005" dá um valor de 3200\$00, não muito distante do Canadá com 3900.

Um factor importante é o peso de determinada situação em saúde, relativamente ao gasto total em saúde. Dos dados apresentados no quadro 1, obtidos da OCDE e dados da literatura, verifica-se que os custos da asma em Portugal representam cerca de 1,7% dos gastos totais em saúde, situação sobreponível à Austrália com 1,9%, com o Canadá a apresentar um valor de quase metade.

Os valores sobreponíveis em relação à Austrália, não representam atitudes sobreponíveis, dado que, por exemplo, este país possui um dos melhores sistemas de informação em saúde, permitindo alocar e reorientar recursos de forma eficiente, bem como fazer diagnósticos precisos da situação, determinando onde actuar prioritariamente.

Quadro 1 - Custos Asma Relação Gasto total em Saúde

	Gasto Total Saúde <i>per capita</i> US\$	Asma custo <i>per capita</i> US\$	% Asma no custo total
Portugal	859	14,5	1,7
U.K.	1.607	36,5	2,3
Austrália	1.696	32,3	1,9
Canadá	1.828	19,0	1,0
Suécia	2.146	47,2	2,2
U.S.A.	4.178	30,0	0,7

É importante a comparação de paridades de poder de compra entre os diversos países. Para os recursos disponíveis, se tivéssemos que os instalar noutra País, o nivelamento através de PPPs (*purchasing power parities*, i.e., taxas de conversão monetária que equalizam o poder de compra das diferentes moedas, para todos os bens e serviços na Saúde; são, pois, taxas de conversão monetária

\* Conferência efectuada no VII Encontro Internacional de Imunoalergologia Pediátrica em Portugal, PORTO 2001

que eliminam as diferenças nos níveis de preços entre países) permite-nos essas comparações.

Utilizando dados da OCDE verifica-se que, *per capita* e PPPs, Portugal gasta mais do que a Espanha em saúde. Portugal gastaria 1237 \$US per capita, enquanto a Espanha gastaria 1218 \$US para ter o Serviço de Saúde que tem, ou seja, cerca de mais \$19 - 4.000\$00 *per capita*, o que significa mais do que o custo *per capita* da asma.

**Quadro 2 - Gasto total em Saúde *per capita*  
Custos reais e Purchasing Power Parities**

1998	Gasto Total Saúde <i>per capita</i> US\$	Gasto Total Saúde <i>per capita</i> US\$, US\$ PPP
Portugal	859	1237
Espanha	1044	1218
U.K.	1607	1461
Austrália	1696	2043
Canadá	1828	2312
Suécia	2146	1746
U.S.A.	4178	4178

Interessante é que no inquérito sobre satisfação com serviços de saúde realizado na Europa em 1998 - Eurobarometer Survey, Portugal tinha 73% de não satisfeitos e a Espanha 29%.

Assim, parece que o problema não está nos recursos.

A abordagem da prestação dos cuidados de Saúde, implica qualidade e melhoria contínua, segurança, inovação permanente, bem como racionalização, valores incorporados no Sistema de Saúde.

Quando se objectivam melhorias dos indicadores de determinada patologia, e se encara alguma inovação em saúde, pode passar por novas formas de prestação, modos não tradicionais de prestação com integração complementar de diferentes profissionais da saúde, e locais de menor custo para prestação de cuidados ambulatoriais, permite-nos melhores resultados com menor custo.

O progresso tecnológico, associado à centralização de recursos a nível hospitalar, faz caminhar o serviço de saúde para custos excessivos.

Deve adaptar-se a prestação às necessidades reais. Centrar os recursos no ambulatório com inclusão de especialistas e equipas integradas, cumpre estratégia de adequar a complexidade de diagnóstico e tratamento à perícia de quem a executa, seja em termos de diferenciação, seja em termos de instituição, com racionalização e adequação de recursos.

Retomemos a regra dos 20/80, em que 20% consomem 80% dos recursos. Utilizando os dados disponíveis para a realidade australiana verifica-se que 1% dos doentes consome cerca de 30% dos recursos, que catalogaram como muito graves. Estes dados mostram também que 6% dos doentes consomem cerca de 46% dos recursos.

Em relação aos doentes muito graves tentaram comparar a economia de recursos que se poderia ter se se centrassem esforços nesta população específica, para melhorar o seu controlo. Estimou-se uma redução de custos de cerca de 57,3%.

Fazendo algumas extrapolações, poderíamos, por exemplo, reflectir a nível nacional. Assim se 1% dos doentes consome 30,6% dos recursos, e se um bom controlo reduz essa despesa em 57,3%; se o custo *per capita* da asma em Portugal fôr de 3200\$00, o gasto global será de 32 milhões contos. 30,6% corresponde a 9,8 milhões de contos, e uma redução de 57,3% corresponde a 5,6 milhões de contos.

Baseado nos dados do IMS de 2000, o custo dos medicamentos para a asma seria de 4,5 milhões de contos. Para normalizar comparações, este valor é obtido através da aplicação de uma percentagem de 67% ao somatório dos valores de agonistas  $\beta_2$ , corticóides, teofilina e CGDS.

Assim, a poupança efectuada de 5,6 milhões de contos é superior ao gasto total com medicamentos para a asma, poupança esta relacionada exclusivamente com os doentes catalogados como muito graves.

Os sistemas de saúde necessitam de racionalização e inovação. A melhoria de indicadores clínicos e económicos relaciona-se com a coordenação e articulação entre diferentes níveis, serviços e profissionais, assentes em sistema de informação adequado.

A integração maximiza benefícios e melhora a eficiência organizacional. A implementação de equipas comunitárias para abordagem das doenças crónicas assentes na educação e monitorização tem mostrado benefícios.

A importância do especialista na abordagem da asma, é documentado como influenciando os indicadores, diminuindo custos e utilização de cuidados. A educação e monitorização melhora os indicadores e reduz custos.

O Comité Nacional para qualidade de cuidados, nos Estados Unidos, sugeriu que as visitas ao serviço urgência e as hospitalizações por asma, seriam bons indicadores da qualidade dos serviços prestados.

Num projecto com uma abordagem em equipa, com educação, com contacto telefónico, reduziram-se as hospitalizações por exacerbações em 70%.

Noutro projecto multidisciplinar baseado em equipas, em que houve educação intensiva e monitorização por um ano, reduziram-se as visitas ao serviço urgência em 73%, as hospitalizações em 84%, reduziram-se os custos globais a 82%, assumindo que por cada dólar investido se poupavam entre 7 a 11.

No National Jewish Medical and Research Center, foi desenvolvido projecto de abordagem multidisciplinar baseado em equipas, para doentes com asma grave, com educação e monitorização, presencial e telefónica, em que se diminuiu hospitalizações e exacerbações, com redução global de recursos superior em 65%, tendo sido recuperado o investimento no final do 1º ano.

Assim, são importantes outras formas de pensar sobre a asma. O que custa é mudar.

A identificação de grupos de doenças crônicas, assente em princípios objectivos, baseados na evidência, recorrendo a mecanismos de intervenção integrada e mediante uma planificação de cuidados baseada na população e com complementaridade dos diferentes profissionais de saúde, são factores determinantes de mudança na área da prestação de cuidados de saúde.

Mas os recursos são finitos. Logo a sua correcta alocação é indispensável.

O conhecimento rigoroso dos custos associados às diferentes componentes do sistema é importante para a racionalização de cuidados e para a elaboração de estratégias dirigidas à prevenção da doença, promoção da saúde, educação e formação.

## REFERÊNCIAS:

---

**Greineder DK, Loane KC, Parks P.** A randomized controlled trial of a pediatric asthma outreach program. *J Allergy Clin Immunol* 1999 Mar;103(3 Pt 1):436-40.

**Higgins JC, Kiser WR, McClenathan S et al.** Influence of an interventional program on resource use and cost in pediatric asthma. *Am J Manage Care* 1998; 4(10):1465-9

**Hoskins G, McCowan C, Neville RG et al.** Risk factors and costs associated with an asthma attack. *Thorax* 2000; 55(1):19-24

**Jowers JR, Corsello PR, Shafer AL, et al.** Partnering specialist care with nurse case management: a pilot project for asthma. *J Clin Outcomes Manage* 2000 May; 7:17-22

**Lozano P, Sullivan SD, Smith DH et al.** The economic burden of asthma in US children: estimates from the National Medical Expenditure Survey. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 104(5): 957-63

**OECD Health Data 2000.** A comparative analysis of 29 countries. *OECD* 2000

**Serra-Batiles J, Plaza V, Morejon E et al.** Costs of asthma according to the degree of severity. *Eur Respir J* 1998; 12(6): 1322-6

**Stroupe KT, Gaskins D, Murray MD.** Health-care costs of inner-city patients with asthma. *J Asthma* 1999; 36(8): 645-55

**Suh DC, Shin SK, Voytovich RM, Zimmerman A.** Economic impact of an asthma education program on medical care utilization. *Dis Manage Health Outcomes* 2000 Sep;8(3): 159-170

**Weinberger M.** Asthma-a problem of health care delivery. Is it time for a new paradigm? *Allergy Asthma Proc* 1999; 20(1): 57-65

**Weiss KB, Sullivan SD.** Understanding the costs of asthma: the next step. *Can Med Assoc J* 1996; 154(6): 841-2