



**Albert Weale** Especialista em bioética no Reino Unido

# “Não é possível exercer uma medicina responsável sem pensar nos custos”

MICAEL PEREIRA

Há 35 anos que Albert Weale se dedica a estudar políticas de saúde, debruçando-se em detalhe sobre o delicado equilíbrio entre o direito dos cidadãos a serem tratados e a necessidade dos governos de cortar despesas. Formado em Cambridge e professor de Teoria Política e Governança na University College of London, é vice-presidente da Academia Britânica e nos últimos quatro anos esteve à frente do conselho de bioética da Fundação Nuffield. Foi um dos oradores numa conferência em Lisboa, em novembro do ano passado, citada no polémico parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida sobre o financiamento dos medicamentos pelos hospitais em Portugal. Falou sobre ética das prioridades na saúde. Numa entrevista via Skype, a partir de Londres, confessa agora o que achou do documento português e conta qual é a realidade do Reino Unido, onde já há fármacos excluídos do serviço nacional de saúde por causa do preço.



CE (National Institute for Health and Clinical Excellence, Instituto Nacional para a Saúde e Excelência Clínica) definisse as suas regras de procedimento e pudesse de facto ser eficaz.

■ O parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida português sobre medicamentos é uma boa proposta?

■ É um ponto de partida muito bom. Muitos dos argumentos que são usados estão a ser discutidos noutros países. Penso, no entanto, que o próprio conselho reconhece que há ainda muito trabalho para ser feito.

■ Mas o conselho assume que não há muito tempo para decidir sobre os cortes, por causa das imposições da troika. E que por isso deve-se atalhar caminho e aplicar medidas que já estão a ser usadas noutros países. É uma opção sensata?

■ Ficaria surpreendido se tivesse outra alternativa. Existe um processo de informação científica (sobre medicamentos) em Portugal, mas montar um sistema que seja eficaz a encontrar as melhores terapias ao melhor preço leva muito tempo. No caso do Reino Unido, demorou dois ou três anos para que o NI-

Há soluções rápidas? ■ Não conheço assim tanto o sistema nacional de saúde português para saber como é que se pode pensar nisto de uma forma responsável. O que eu sei é que, em relação aos fármacos, há um aumento de custos em todos os países europeus. A indústria farmacêutica tem introduzido no mercado novos produtos muito caros. Dou um exemplo recente: há um tratamento para estancar hemorragias que custa 6 mil euros por cada injeção, que tem de ser administrada de duas em duas horas. É indicado para hemofílicos, quando as terapias normais não resultam. Um doente na Alemanha foi admitido num hospital onde começaram esta terapia com ele. O doente custou 2 milhões de euros só com esse tratamento. É um caso extremo, mas há outros exemplos como este.

**“NÃO SEI SE NÃO DEVIAMOS ABRANDAR A INOVAÇÃO CIENTÍFICA. A INOVAÇÃO ULTRAPASSOU A CAPACIDADE DE LIDARMOS COM ELA”**

**“DOIS MESES DE VIDA PODEM SER MUITO VÁLIDOS. MAS O PRESIDENTE DO CONSELHO DE ÉTICA ESTEVE MUITO BEM EM LEVANTAR A QUESTÃO”**

■ É uma tendência da indústria farmacêutica?

■ A indústria tem tido dificuldade em encontrar *blockbusters*, medicamentos que vendam em grande escala. Por isso, tem apontado como alvo grupos específicos de doentes, com terapias muito caras. Uma política de saúde responsável passa por decidir o que é que vale o dinheiro que se gasta, tendo em conta medicamentos tão caros. Não sei se, para Portugal, seria inteligente gastar recursos a tentar duplicar o trabalho que já foi feito noutros países. O NICE já deliberou em mais de 450 intervenções. A documentação está disponível para ser consultada e é muito boa.

■ O presidente do conselho de ética questionou se é razoável pagar 100 mil ou 200 mil euros para prolongar a vida a alguém mais dois meses. É razoável negar um tratamento a um doente terminal de cancro?

■ É uma questão muito complicada. Uma das razões porque o tema dos tratamentos de cancro é tão polémico é que muitos can-

ros afetam pessoas entre os 50 e os 70 anos. É uma idade difícil para se ter uma doença terminal. O mais provável é que se tenha trabalhado a vida inteira, pago os impostos e se crie a expectativa de passar mais tempo com os netos durante a reforma. Nessa idade, mais dois meses de vida podem ser muito válidos. Dá para pôr os assuntos em ordem. Essa é uma das coisas que mais preocupam as pessoas. Mas julgo que o presidente do conselho de ética esteve muito bem em levantar a questão. Sobre a ética do custo de oportunidade.

■ Numa conferência, contou a história de duas britânicas com cancro que viram os tratamentos negados pelo serviço nacional de saúde, mesmo depois de se oferecerem para pagar os medicamentos, que custavam milhares de euros por mês. O serviço negou administrá-los. Não é uma recusa injusta?

■ Mais uma vez, são circunstâncias muito complicadas. A política do Reino Unido em relação a isso mudou, de facto. Se mudou bem, é muito difícil responder. Mas tendo em conta os custos astronómicos dos medicamentos que andam a ser lançados, não podemos fugir do problema. Um argumento forte na bioética é se não devíamos abrandar a inovação científica. Porque a inovação ultrapassou a capacidade de lidarmos com ela.

■ O bastonário da Ordem dos Médicos anunciou que abriu investigações internas a todos os colegas que assinaram o parecer, argumentando que estão em causa princípios deontológicos. Esta reação é um exagero?

■ Não é possível exercer medicina de forma responsável sem pensar nos custos. Se se faz alguma coisa por A, não se faz alguma coisa por B. Essa é a regra. Se agirmos como se o doente que temos à nossa frente fosse a única coisa que importa, então estamos a dizer aos nossos colegas que o nosso doente é mais importante do que os doentes deles. Isso é o que estamos de facto a dizer.

mipereira@expresso.imprensa.pt

## O caso inglês

Desde 1999 que o Reino Unido tem um instituto, o National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), responsável por definir quais os medicamentos que valem o dinheiro pedido pelas farmacêuticas e que devem ser administrados pelo National Health Service, o serviço nacional de saúde britânico. A ideia na base da sua criação, promovida pelo governo conservador de John Major, foi acabar com a chamada “lotaria do código postal”, pelo facto de a aprovação para um tratamento depender até então apenas das decisões discricionárias das autoridades locais de saúde, os Primary Care Trusts (PCM, existem mais de 150 espalhados pelo país e são eles que gerem e alocam o dinheiro que vai para as prescrições). O NICE avalia a relação custo/benefício de novos medicamentos e/ou tratamentos que os médicos querem usar num determinado doente, através de uma série de critérios, que cruza mais tempo e qualidade de vida proporcionados ao doente com a estimativa do seu custo. O chumbo pelo NICE não é vinculativo. Os PCM podem decidir financiar os tratamentos na mesma. Uma das críticas feitas a este modelo é que não existe nenhuma relação direta entre os critérios usados pelo NICE, para determinar o que é um custo elevado para um medicamento, e o orçamento do NHS. Segundo Albert Weale, em 80% das situações em que o NICE já foi chamado a pronunciar-se, a resposta foi pela aprovação dos tratamentos. Ainda de acordo com este professor da University College of London, o instituto já interveio até hoje em 450 casos.