



José M. D. Poças

Médico Especialista em Medicina Interna e Infecção
Chefe de Serviço e Diretor do Serviço de Doenças Infecciosas do
CHS HSB Setúbal

As implicações da crise económico-social no âmbito das doenças transmissíveis

Texto de uma palestra efetuada sobre o tema 'as implicações da crise económico-social: algumas considerações no âmbito das doenças transmissíveis' numa mesa redonda organizada pela Fundação para a Saúde – SNS, em 26 de Janeiro de 2013, em Setúbal, naquela que foi a sua 1ª reunião distrital nacional.

"...os tempos primitivos são líricos, os tempos antigos são épicos, os tempos modernos são dramáticos..." (sic Victor Hugo, 1802-1885)

A propósito de uma intervenção pública realizada recentemente sobre a temática das doenças transmissíveis no âmbito da discussão sobre a evolução e o futuro do SNS, o autor faz uma breve introdução, onde refere os novos conceitos e avanços no domínio destas doenças e da respetiva especialidade que permitem antever o desenrolar de bastantes e difíceis desafios, efetuando seguidamente uma breve análise da realidade nacional mais recentemente publicada (2000 - 2013), com especial realce para o que se passa no Distrito de Setúbal (que representa 8,14% da população nacional, 82,21% dos quais habitam na Península do

mesmo nome). Nos parâmetros analisados para os quais se desconhece oficialmente o que se passa nesse âmbito geográfico e administrativo, são referidos, também em comparação com o todo nacional, os números apurados na ARSLVT (onde a Península de insere, embora seja de destacar que os Concelhos do Litoral Alentejano que a ele pertencem, foram mais recentemente integrados na Administração Regional de Saúde do Alentejo, o que tem óbvias implicações em termos de financiamento hospitalar e da acessibilidade por parte das respetivas populações aos cuidados de saúde diferenciados que forem considerados nas Redes de Referência das respetivas especialidades). A referência explícita à Doença Crónica do Fígado, dentro do conjunto das Doenças do Aparelho Digestivo, justifica-se porque se sabe que, no nosso

país (bem como em quase todos os restantes) uma % muito significativa se deve a infeções crónicas por vírus hepatotrópicos (designadamente o HBV, e sobretudo, o HCV).

Na discussão, dá-se especial realce à revisão dos estudos e artigos mais relevantes publicados sobre o tema, designadamente dos que fazem uma análise da influência dos fatores sociais e económicos na dinâmica epidemiológica das doenças infecciosas e transmissíveis, bem como da custo-efetividade de algumas intervenções.

Termina, com uma chamada de atenção para as possíveis consequências, neste âmbito, das políticas que estão presentemente a ser implementadas no nosso país, bem como das responsabilidades que cabem a cada um dos principais intervenientes, designadamente aos profissionais, aos gestores,

e aos políticos, não deixando de apresentar ainda propostas concretas que visam a desejável sustentabilidade do SNS.

I) Introdução

"... nós estamos no limbo de uma crise global no que diz respeito às doenças infecciosas. Nenhum país estará a salvo. Nenhum país poderá jamais suportar a indiferença desta ameaça..." (sic.) (Hiroshi Makajima, Secretário Geral da Organização Mundial de Saúde - OMS, 1996)

A História da Medicina é, em grande parte, dominada pela evolução das doenças transmissíveis. Os avanços na área médica, com reconhecidos e notórios reflexos em termos da morbi-mortalidade à escala planetária, situaram-se sobretudo, no período que mediou entre a revolução industrial que surgiu nos inícios do século XVIII em Inglaterra, e a primeira metade do século XX (até ao pós II guerra mundial imediato), nos domínios da denominada Saúde Pública (início da implementação das medidas de saneamento básico, difusão das regras elementares de higiene sanitária, e o despertar para a importância determinante dos fatores ambientais e da segurança alimentar), a par da descoberta da imunoterapia (ativa, primeiramente, e passiva, depois), bem como da utilização dos primeiros compostos quimioterápicos antimicrobianos.

Este vertiginoso avanço, no "curto" período de cerca de 250 anos (se tomarmos como referência que a história da Humanidade orça as muitas centenas de milhares de anos), provocou uma eufórica sensação de superioridade e mesmo de

uma quase invencibilidade a caminho da mítica imortalidade divina, ao ponto de alguns responsáveis terem admitido que "a guerra contra as doenças infecciosas tinha terminado", tal como afirmou em pleno Senado o então celeberrimo Cirurgião-Mor dos EUA em 1967, e também L. Thomas, venerando Dean da Yale Medical School em 1976, quando anteviu, erradamente, que "a descoberta de novas doenças teria igualmente cessado".

Falsas declarações que não tiveram ainda qualquer eco significativo no presente século XXI onde, nem mesmo com os maiores avanços indiscutivelmente registados nos mais diversos domínios, designadamente, na biologia molecular, na farmacologia, na genética, na imunologia, na epidemiologia, e na nanotecnologia fizeram com que alguém sequer ousasse reeditar semelhante profecia ou evidenciar idêntico estado de espírito, ao ponto de, ao invés, ter sido criado um movimento à escala planetária, denominado "One Health Initiative" (que pretende unir na ação e na base conceptual dos seus fundamentos, a Medicina Humana e a Medicina Veterinária, e que teve em Portugal, como seu primeiro e maior cultor, o saudoso Professor Doutor Armindo Filipe, Diretor do Centro de Estudo e Vigilância de Doenças Infecciosas (CEVDI) até 2001, conceituado médico veterinário e eminente arbovirologista), e vários sistemas bastante sofisticados de vigilância epidemiológica das denominadas doenças emergentes e reemergentes (o "ProMED Mail" e a "Emerging Infectious Disease Network" da

IDSA - Sociedade Americana de Doenças Infecciosas, o "GPHIN" - Rede Global Inteligente de Saúde Pública, do Canadá, o "Health Map", projeto cooperativo norte americano e inglês, o "MedSys", europeu, o "EpiSPIDER", o "BioCaster", japonês, o "Distribute", da ISDS - Sociedade Internacional de Vigilância de Doenças, o "GeoSentinel", da ISTM - Sociedade Internacional de Medicina das Viagens e do CDC - Centro de Controlo de Doenças dos EUA, o "Argus", da Universidade de Georgetown, o "Landsat Thematic Mapper", da NASA - Agência Aeronáutica Espacial Americana, o "Projeto Foresight", inglês, o programa "RAPIDD", do Centro Internacional John Fogarty, americano, ou o "Projecto PREDICT", cooperativo entre diversas instituições americanas altamente credenciadas, em concreto, a Universidade da Davis, o Global Viral Forecasting, a Wildlife Conservatory Society, a Ecohealth Alliance e o Instituto Smithsonian, etc).

A verdade é que, em consonância com o atrás referido, um não muito remoto relatório oficial internacional (OMS, 2008) afirmava perentoriamente que as doenças infecciosas eram causa direta de cerca de 15.000.000 mortes anuais (o que constituía então a 2ª causa de mortalidade ao nível mundial, e a 1ª nos países em vias de desenvolvimento, sobretudo na faixa etária da pediatria), e que tinham sido descritos cerca de 50 novos agentes microbianos patogénicos para a espécie humana nos últimos 40 anos, dos quais, entre 2/3 e 3/4 eram de natureza zoonótica e veiculados, maioritariamente, por vetores. No fundo, parecia que todos

se tinham esquecido durante demasiado tempo das sábias observações efetuadas por *Charles Nicolle*, Prémio Nobel da Medicina em 1928 e durante alguns anos diretor do *Instituto Pasteur de Paris*, quando este afirmou há quase 1 século, com toda a sapiente lucidez que “Irão haver sempre novas doenças. É uma fatalidade. Uma outra fatalidade, é o facto de nós não sermos imediatamente capazes de determinar a sua etiologia. Devemo-nos pois resignar com a ignorância perante os primeiros casos. Eles serão, pelo desconhecimento, encarados como uma doença já conhecida”, e ainda por *Rudolph Virchow*, em 1867, que afirmou, com grande argúcia e oportunidade que “não passava um único ano sem que ele próprio diagnosticasse uma nova doença” (sic.).

Numa altura em que alguns países (sobretudo no sul da Europa, e designadamente na Península Ibérica) estão a sofrer severas restrições orçamentais decorrentes de programas de assistência financeira implementados pelos respetivos governos, mediante acordo prévio com organismos internacionais externos, e na sequência dos quais as populações se deparam com uma acentuada, brusca e prolongada crise económica e social, que muitos consideram ser a mais grave do último meio século, é pois pertinente levantar a questão de saber identificar e avaliar quais as consequências implicações desta nova realidade na dinâmica epidemiológica das diversas nosologias enquadráveis neste âmbito.

Esta questão é tão mais candente, quanto se vai também tomando consciência que ela

coexiste com outros fenómenos assaz preocupantes (ONU - Organização das Nações Unidas, OMS, FAO - Fundo para a Alimentação e Agricultura da ONU, 2000 - 2010), em especial, o envelhecimento, a sobrepopulação, a não renovação geracional, e as alterações climáticas e ecológicas que, conjuntamente, ameaçam degradar o meio ambiente e a qualidade de vida das populações, bem como também a segurança alimentar e as reservas de água potável do planeta, a níveis nunca imaginados até há poucos anos, com as inerentes e lógicas implicações, em especial, ao nível do padrão epidemiológico das nosologias de cariz transmissível, designadamente as de origem microbiana, que serão, no fundo, o objeto primordial deste artigo.

2) Os Números da Realidade Portuguesa no que Concerne às Doenças Transmissíveis

“...quando o infortúnio se torna geral num país, o egoísmo torna-se universal...” (sic.) (Charles de Montesquieu, 1689 - 1755)

Quando se abordam estas questões, se consultam e analisam as estatísticas nacionais disponíveis, e se é em simultâneo, um experiente conhecedor da realidade objetiva vigente, podemos concluir imediatamente que existem dois aspetos incontornáveis: Há uma generalizada subnotificação das Doenças de Declaração Obrigatória (DDOs), e muitas outras doenças de etiologia microbiana são difíceis de serem contabilizadas, não só porque a realização de autópsias clínicas é uma exceção na prática clínica da grande maioria dos hospitais portugueses, mas

também porque a Classificação Internacional de Doenças, 10ª Versão remete muitas das denominadas infeções de órgão ou sistema (tal como o faz igualmente para as doenças oncológicas) para fora do capítulo das doenças de natureza infecciosa propriamente ditas, o que dificulta bastante a sua correta quantificação e avaliação relativas.

Outra dificuldade, mais de natureza conceptual, e mesmo de cariz científico, é a distinção entre Doença Infecciosa e Doença Transmissível. Se é verdade que, por um lado, nem toda a Doença Transmissível é de origem microbiana, já que as de etiologia genética também o podem ser, tem de se tomar igualmente a consciência que, por outro, algumas doenças infecciosas não têm necessariamente um carácter transmissível. Isto, sem contar que esta complexidade de conceitos pode aumentar enormemente, se considerarmos que dentro das denominadas doenças idiopáticas ou degenerativas (quer agudas, quer crónicas), um número crescente, através investigações que se têm vindo a realizar com cada vez maior intensidade nos últimos anos, se suspeita poderem ter uma etiologia microbiana, ou então, um seu contributo desencadeante mais ou menos decisivo, conforme cada caso em concreto, o que implica tomar em consideração novos conceitos, como por exemplo, o de “microbioma” (que alguns autores consideram ser o nosso “metagenoma”), “endoretrovirus”, “quasespécie”, “cassetes”, “transposons”, “microarrays”, “terapêutica génica”, “terapêutica anti-sense”, ou de “fragmentos

proteicos *prião-like*”, bem como, finalmente, a promissora utilização com fins terapêuticos, num futuro não muito distante, de alguns agentes microbianos (sobretudo víricos), ou dos seus ácidos nucleicos, etc..

Resumidamente, ao tomarmos conta dos dados fornecidos pela DGS (1995 – 2008), a propósito das DDOs, imediatamente se constata que existe uma diminuição acentuada e quase generalizada do número de notificações, apresentando o Distrito de Setúbal uma taxa / 100.000 habitantes um pouco inferior à da média nacional (respetivamente, 10,9 e 13,1). De realçar que, não contabilizando a Tuberculose, as principais infeções notificadas são as Salmoneloses (excluindo a Febre Tifóide e a Febre Paratifóide, felizmente já bastante raras em termos autóctones), a Sífilis, a Febre Escaro-Nodular e a Parotidite Epidémica (todas com mais de 100 casos anuais a nível nacional).

No que concerne especificamente à Tuberculose (segundo a mesma DGS, 2011 - 2013), a taxa anual de incidência foi pouco superior aos 20 / 100.000 habitantes (que é o valor que delimita a fronteira entre aquilo que a OMS considera média e baixa prevalência), ocupando o Distrito de Setúbal (com 22,55 casos / 100.000 habitantes) a 4ª posição ao nível nacional (a seguir a Lisboa, Porto, e Viana do Castelo). Esta taxa é, contudo, muito superior (1,5 e 24 vezes mais), entre alguns subgrupos, em especial nos cidadãos dos PALOPs (incluindo o Brasil), e nos emigrantes oriundos dos países do Leste Europeu (sobretudo da Roménia). Entre a população de reclusos, segundo a mesma fonte,

tem-se infelizmente registado um aumento constante do nº de casos anuais nos últimos 3 anos (tendo passado de 42 casos em 2010, para 49 em 2011, e 65 em 2013).

A taxa de cura daquela infeção, tem sido sempre superior a 80%, embora tenha diminuído em 10% de 2010 relativamente à média dos 3 anos anteriores (respetivamente, de 92% para 82%), sendo contudo muito inferior (entre 53 e 77%) em alguns grupos populacionais específicos (imigrantes, toxicodependentes, co-infetados por HIV, ou sem abrigo). As taxas de resistência e de multirresistência não têm também felizmente aumentado nos últimos 12 anos, concentrando-se a maioria dos casos no distrito de Lisboa, ocupando o de Setúbal a 3ª posição (respetivamente, com 20 e 3 casos), e registando-se uma tendência para um decréscimo das primeiras e uma ligeira oscilação, com tendência para a estabilização, ao nível das segundas (variando esta última, neste espaço de tempo, entre 3,1% em 2000, e 1,5% em 2006, situando-se em 1,7% no ano de 2011). Preocupante é a diminuição da taxa de realização da serologia HIV nestes doentes, que passou de 87% em 2009, para 85% em 2011, e 81,44% em 2012. Relativamente à Infeção HIV, sabe-se que, no contexto comunitário europeu, a prevalência desta infeção é, em Portugal, uma das mais elevadas nos 3 estádios habitualmente considerados (SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, CRS-Complexo Relacionado com a SIDA e infeção assintomática), quer relativamente à infeção por HIV1, quer sobretudo, em relação à infeção por HIV2

(UNAIDS - Programa da ONU para a SIDA, WHO e ECDC - Centro de Controlo de Doenças Europeu, 2011 - 2012). Se formos analisar estes parâmetros naquilo que representa a sua distribuição por distritos, concluímos que, em números absolutos, Setúbal ocupa o 3º lugar (com 5.153, o que corresponde a 21,86% do total dos 23.562 casos registados a nível nacional, dos quais faleceram, respetivamente, 1.133 e 9.619, a que corresponde a uma percentagem de, pela mesma ordem, 21,98 e 40,82%). Contudo, em relação à sua correspondente prevalência, este mesmo distrito ocupa então o 2º lugar (com valores de 0,60 contra os 0,22% nacionais), muito próximo da que se verifica em Lisboa (INSA - Instituto Nacional de Saúde, 2011), isto apesar de se saber que continua, infelizmente, a existir uma significativa subnotificação mais ou menos generalizada.

Se atendermos agora ao que se passa na população prisional (DGS, 2011), verificamos que o número de casos tem diminuído consistentemente de 2002 até 2010 (onde passou de 725, para 328 casos / ano), acontecendo o inverso com a taxa de execução do teste serológico de triagem, aproximando-se este parâmetro, neste último ano, dos quase 90%. No que concerne aos Centros Anónimos de Detecção (CADs), o nº de testes anuais subiu consistentemente de 2000 até 2008 (tendo sido contabilizados, respetivamente, 2.337 e 25.804), tendo estabilizado a partir daí (24.279 testes em 2009), ao passo que o nº dos positivos passou a decrescer a partir de 2006.

A prevalência desta infeção tem vindo a diminuir consistentemente (IDT - Instituto da Droga e da Toxicodependência

e INSA, 2011) entre a população toxicod dependente (que deixou de ocupar o 1º lugar em 2003, o que correspondia a 43,7%, para passar para o 3º, depois dos heterossexuais, e em 2011, situava-se quase em *exe quo* com os homo-bissexuais, com 17,5%, de entre os denominados grupos populacionais de maior risco), facto que se ficou a dever ao assinalável êxito dos programas de troca de seringas e de preservativos, bem como ao da substituição opiácea medicamente controlada, iniciados em 1993 por iniciativa conjunta da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (CNLCS) e do IDT, com o apoio, designadamente, da ANF- Associação Nacional de Farmácias.

Em termos do nº de casos declarados através dos Centros de Apoio aos Toxicod dependentes (CATs) (IDT, 2011), o Distrito de Setúbal ocupa o 1º lugar com 390 casos, variando a % de seropositivos para HIV, nesta população, entre os 2% (nos doentes aí atendidos nas 1ªs consultas) e os 34% (doentes assistidos em Centros de Dia licenciados), apresentando valores intermédios de 10% em diversos outros subgrupos (doentes internados em Comunidades Terapêuticas, ou assistidos em Unidades de Desabilitação, etc.). Ainda segundo a mesma fonte, a prevalência de Vírus da Hepatite B (HBV), Vírus da Hepatite C (HCV) e Tuberculose, oscila nesta população, entre, respetivamente, 1 e 4%, 20 e 65%, e 0,3 e 4%.

Apesar do inegável sucesso destas medidas, consubstanciado na consequente diminuição da prevalência destas infeções

(designadamente do HIV), a distribuição anual de seringas sofreu uma diminuição sensível a partir de 2000 (onde passou, nesse ano, de 3.504.357, para 2.037.497 em 2010), e a sua importância geográfica ao nível Distrital não tem contudo sido proporcional à prevalência daquelas infeções (IDT, 2010). Assim, constata-se que, sendo mais volumosa em termos numéricos nos Distritos de Porto e Lisboa (com, respetivamente, 28,97 e 25,22%), no de Setúbal, onde, como já se referiu, estes problemas são particularmente prevalentes (foi de apenas 1,63% do total nacional).

Abordando agora a Morbilidade Hospitalar (DGS, 2008), as Doenças Infecciosas e Parasitárias apresentam um peso diminuto de 1,3% apenas, sendo o seu impacto no Distrito de Setúbal ligeiramente inferior à média nacional (respetivamente, 1,9 e 2,1%). Em termos de doenças específicas, as infeções por HIV e por HCV são, de longe, as mais importantes (com, respetivamente, 722 e 115 doentes internados anualmente). Já no que se refere ao grupo das Doenças Profissionais (DGS, 2008), o peso das Doenças Infecciosas e Parasitárias (se bem que muito inferior às causadas por agentes físicos, e às que envolvem o aparelho respiratório e as dermatológicas), mantiveram-se relativamente estáveis no período entre 2005 e 2008 (entre 36 casos em 2006, e 23 em 2007), apresentando praticamente o mesmo peso das do foro alergológico, mas contudo, bastante superior às provenientes da exposição a agentes químicos.

No que diz respeito às causas de Mortalidade (DGS, 2008), as

Doenças Infecciosas e Parasitárias (com 2.652 casos anuais, o que corresponde apenas a 2,53%), vêm muito atrás das do foro cardiovascular, oncológico, respiratório, endócrino-metabólico e digestivo, situando-se em valores muito próximos das de causa neurológica, ou do aparelho génito-urinário. Ainda segundo a mesma fonte, dentro das Doenças Infecciosas e Parasitárias, a principal causa é, de longe, a SIDA (com 717 casos, correspondendo a 27,03% dos 2.652 casos), o mesmo sucedendo com a Pneumonia no capítulo das Doenças Respiratórias (com 5.141, correspondendo a 44,43% do total de 11.580 casos), e com a Doença Crónica Hepática no âmbito das Doenças do Aparelho Digestivo (com 1.351, correspondendo a 29,47% do total de 4.583 casos). Quanto à sua distribuição geográfica, também segundo a mesma estatística, o peso da Pneumonia no Distrito de Setúbal é muito semelhante ao da média nacional (respetivamente, 25,8 e 26,5), sendo bastante inferior, contudo, no que concerne à Doença Crónica do Fígado (respetivamente, 5,9 e 10,4).

Procurando agora analisar o capítulo dos Anos de Vida Perdidos (PNS - Plano Nacional de Saúde, 2012), a infeção HIV/SIDA ocupa o 5º lugar (com valores iguais aos da Doença Crónica Hepática), e a Pneumonia o 11º, respetivamente, com taxas padronizadas / 100.000 habitantes, de 128,5 e 58,5 anos (projetando-se para 2016 uma redução para, 63,1 no primeiro caso, para 93,4, no segundo, e para 38,2 anos, no último). Ainda de acordo com a mesma fonte, se atendermos agora à distribuição geográfica, em relação ao que se

passana ARSLVT-Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo em comparação com o todo nacional, no que concerne à Doença Crónica do Fígado, à infeção HIV/ SIDA e à Pneumonia, podemos concluir que, no primeiro caso, é bastante inferior à média do país, acontecendo o inverso no segundo, apresentando, no último, valores muito idênticos (com números, respetivamente de, 136,6 e 162,6, no primeiro caso, 517,0 e 297,6, no segundo caso, e, 74,9 e 76,5, no terceiro).

Quanto ao parâmetro Mortalidade Precoce (PNS, 2012), as Doenças Infecciosas e Parasitárias vêm em 9º lugar ao nível nacional, com valores de 231 anos de vida perdidos / 100.000 habitantes (cifra quase coincidente com a das doenças do aparelho digestivo e a dos acidentes de transporte). Se analisarmos então este mesmo parâmetro, mas por doença específica para a faixa etária das pessoas com menos de 65 anos, podemos concluir que, no que respeita à infeção HIV/ SIDA, assistiu-se a uma evolução positiva entre 2001 e 2009 (onde passou de 9,9 para 6,2), projetando-se para 2016 uma diminuição ainda mais acentuada (4,2 anos de vida perdidos / 100.000 habitantes). Quanto à distribuição geográfica, tal como se tinha observado no anterior parâmetro referido, o valor da ARSLVT é substancialmente superior à média nacional (respetivamente, 17,5 e 9,9).

Analisando ainda, de forma sumária, o que é que se passa com os consumos de antimicrobianos no ambulatório (INFARMED - Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, 2011), tem que se constatar que eles são

numericamente muito inferiores aos que se verificam para aos aparelhos cardiovascular e locomotor, bem como aos que dizem respeito ao sistema nervoso central e às doenças endócrino-metabólicas, sendo sobreponível aos pertencentes ao aparelho digestivo (quer em volume de unidades, quer no correspondente dispêndio financeiro). Analisando a sua distribuição geográfica e o cálculo prospetivo para 2016 (PNS, 2012), podemos verificar que os consumos definidos em termos de Dose Definida Diária (DDD) / 1.000 Habitantes / dia são, ao nível da ARSLVT, muito idênticos aos correspondentes à média nacional, tendo-se assistido a uma diminuição de 19,0 para 17,0 de 2001 para 2009, esperando-se que venham a atingir a cifra dos 13,9 dentro do prazo de 4 anos. Estes números colocam-nos numa posição intermédia no contexto europeu (ECDC, 2011).

Finalmente, em relação às infeções ligadas aos cuidados de saúde (DGS, 2009 e 2010), as mais prevalentes são, por ordem decrescente, as que envolvem o trato respiratório inferior, as das vias urinárias, e as da ferida cirúrgica. Em termos dos agentes microbianos isolados, realça-se que as bactérias *gram* negativas predominam, com 55,8%, ao passo que as *gram* positivas atingem os 37,1%, e os fungos, 7,1%. De destacar ainda que a percentagem de Estafilococo Meticilino-Resistente (MRSA) atingiu uma exorbitante em termos europeus (entre 52,0 e 69,2%), o que nos coloca, infelizmente, na liderança (DGS 2010 e ECDC 2011).

3) As Implicações da Crise

Económico-Social

“... eis o que está a acontecer: extenso e profundo sofrimento humano, um número crescente de situações que desafiam as mais básicas e éticas noções de dignidade humana...”(sic.) (“Carta Aberta” aos dirigentes políticos e às autoridades de saúde da Europa, pelos presidentes das associações médicas e outras diversas personalidades relevantes das comunidades académicas e médicas de Portugal Espanha, Grécia e Irlanda, OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2013)

Embora não haja logicamente ainda o distanciamento temporal suficiente e necessário para contabilizar estas questões com a necessária objetividade, basta conhecer o suficiente de História da Medicina e ter uma prática assistencial consecutiva há mais de 30 anos, maioritariamente a tratar doentes graves e doenças complexas em populações com notórias dificuldades de acessibilidade e com acentuadas fragilidades sociofamiliares e carências económico-financeiras, para imediatamente se intuir que esta influência negativa irá ser inevitavelmente confirmada num prazo mais ou menos dilatado no tempo.

É sintomático que nos 2 primeiros meses do corrente ano, a par da iniciativa da Fundação para a Saúde - SNS referida em epígrafe, tanto a Ordem dos Médicos (OM), quanto a Fundação Calouste Gulbenkian, e ainda a Universidade de Coimbra, a DGS e o INSA tenham organizado debates sobre este tema, nos quais muitos intervenientes defenderam essa mesma tese.

No debate organizado pela OM, com a presença de destacados

representantes dos países da Europa Comunitária submetidos a programas de assistência financeira internacional (Portugal, Espanha, Grécia e Irlanda) saiu um documento público tipo “Carta Aberta”, em que os signatários lembravam aos seus governantes que, para além das disposições constitucionais de cada estado membro da CEE, existem vários documentos e acordos comunitários em vigor (os Tratados Europeus de Maastricht e de Lisboa, o Livro Branco da Comissão Europeia), ou mesmo internacionais extracomunitários (Conferência sobre Sistemas de Saúde da OMS) cujas disposições na defesa dos Direitos à Saúde e da Proteção Social estão bem explicitadas, tendo sido obviamente subscritos pelos representantes legítimos desses mesmos países, pese embora, na prática, no momento presente, não estejam a ser adequadamente tidos em conta ou sequer devidamente respeitados, aquando da implementação das políticas sociais vigentes.

Em complemento, o famigerado e sempre incómodo “Relatório da Primavera” de 2012, efetuado anualmente pelo OPSS, foi intitulado sugestivamente, de “Crise e Saúde: Um país em sofrimento”. Nele se refere, no decorrer de uma extensa e profunda análise, a título de exemplo, no sentido claro de alertar para o que poderá vir a ocorrer também no nosso país num futuro próximo, a presente situação dramática da Grécia, na qual se registou uma subida em flecha da prevalência de infeção HIV de 2010 para 2011, sobretudo no grupo dos toxicod dependentes. Este nefasto acontecimento, segundo os entendidos

observadores, dever-se-ia, não só ao abandono progressivo, naquele país, das medidas de saúde pública que se sabe serem úteis e necessárias numa política consequente de redução de danos (distribuição de seringas e preservativos, substituição opiácea medicamente controlada, etc.), mas igualmente ao facto de alguns comportamentos de risco deliberadamente assumidos pelos próprios, dado que, nesta situação verdadeiramente limite, entenderam que contrair aquela infeção, seria a forma mais imediata de poderem voltar a ter alguns dos apoios sociais entretanto perdidos, perda que estes sentiram, consequentemente, não ser mais tolerável de todo.

Por outro lado, ainda nesse mesmo país, sabe-se que coincidentemente com esta crise económico-social, se identificaram nos últimos 3 anos diversos focos endémicos (CDC, ECDC, OMS), quer de Malária (*Plasmodium Vivax*), quer de infeções por arbovírus (*West Nile*), cujo combate mais eficaz será seguramente dificultado pelo mesmo contexto desfavorável.

A este propósito, convirá chamar a atenção que, no nosso país, o anunciado rompimento do acordo com a ANF no corrente ano de 2013, no que concerne ao seu apoio ao Programa de Troca de Seringas, a extinção do IDT, bem como o caso de infeção por vírus *West Nile* verificado na Península de Setúbal em 2011, e os casos de infeção por vírus do Dengue no Arquipélago da Madeira ocorridos em 2012 (INSA, DGS e ECDC 2011 - 2012), poderão vir a ter um efeito algo semelhante ao descrito, se as medidas que se impõe em termos de controlo sanitário não

forem implementadas e tiverem a necessária continuidade.

Esta é a abordagem que fazem e o tipo de alertas que nos deixam, em termos do problema da Grécia, Bonovas e colaboradores (97), no que concerne à problemática dos países da orla mediterrânica, Vittecoq e colaboradores (98), e ainda Bourman e colaboradores da “Task Force on Environmental Change and Security” da Universidade Norte Americana de Georgetown, que vão ainda mais longe, ao considerarem que, para além da manifesta influência das questões sociais em termos da dinâmica epidemiológica das doenças transmissíveis, existem também potenciais graves implicações na própria segurança dos estados afetados, e consequentemente, dos respetivos governos.

Não existindo muita bibliografia disponível sobre este tema, permitir-me-ia destacar ainda alguns artigos mais, cujas conclusões se afiguram relevantes para este fim.

Enquanto Stuckler e Semenza se ficam por uma abordagem genérica e expectante, Suhrcke e colaboradores lançaram, no credenciado periódico “Eurosurveillance”, o repto de se responder a um inquérito por via eletrónica, que Rechel e colaboradores coletaram, analisaram e publicaram recentemente. Neste estudo, com base nas respostas fornecidas por peritos e interessados, a um inquérito pré formatado (e em que apenas 1 dos 54 inquiridos era português), foi possível apurar que 68% consideravam que os serviços de Saúde Pública seriam supostamente os mais vulneráveis aos efeitos da crise, afetando sobretudo, segundo 67% dos mesmos, os

subgrupos populacionais mais marginalizados (imigrantes, desempregados, sem abrigo, etc.).

O mesmo Suhrcke e colaboradores noutra publicação, faz ainda um estudo exaustivo de metanálise que envolveu 37 publicações anteriores de vários autores e países, realizados entre 1987 e 2010, onde maioritariamente as conclusões foram no sentido de apoiar a influência negativa da crise económico-social no padrão epidemiológico das doenças transmissíveis, à semelhança, de resto, com o que, na década de 90 do século anterior, já se tinha passado na grande maioria dos países do Leste Europeu, sobretudo dos que resultaram da desagregação da ex-União Soviética, em que se constatou uma explosão dos casos de infeção por HIV, de infeções pelo bacilo da tuberculose (muitas vezes associado a uma significativa multirresistência aos fármacos de 1ª linha), e mesmo, de um subida inusitada de casos de difteria.

A quantificação do seu inerente impacto económico sobre a sociedade e as nações, obedece a modelos muito complexos, tal como foi muito bem detalhado por Pitman e colaboradores para o Reino Unido, estando em curso a operacionalização de um estudo de índole semelhante à escala europeia, denominado BCoDE - Current and future Burden of Communicable Diseases in the European Union and EEA / EFTA countries (107, ECDC 2011).

No que se refere aquilo que já foi calculado e estimado para as denominadas “3 doenças do milénio”, sabe-se que o impacto da infeção por HIV e da malária na África subsariana foi, em 2010,

equivalente a, respetivamente, 20 e 15% do Produto Interno Bruto (PIB) dos respetivos países, e a infeção por *Micobacterium Tuberculosis* representaria uma perda anual para a economia mundial equivalente a 12 biliões de dólares dos EUA (USD).

Já no que concerne ao capítulo das doenças emergentes, calcula-se que, no seu conjunto, entre 1995 e 2008, tenha representado, em termos de perda para a economia mundial, cerca de 120 biliões de USD, dos quais somente o Síndrome Severo Respiratório Agudo (SARS) tenha atingido a cifra dos 50 biliões (para a China, Hong Kong, Singapura e Canadá), a “Foot and Mouth disease” 35 biliões (para o Reino Unido e Taiwan), a BSE - Encefalopatia Espongiforme de origem Bovina 19,5 biliões (para o Reino Unido, EUA, Canadá e Japão), e a Gripe Influenza (aviária e porcina), cerca de 12,5 biliões (para a Ásia, EUA, Canadá e EU, entre 1997 e 2004).

Ainda segundo o mesmo estudo, só os EUA já terão despendido, na preparação para um eventual ataque bioterrorista, aproximadamente 50 biliões de USD, depois de terem contabilizado perdas de 200 milhões de USD com a denominada crise do “pó branco” (que consistiu na disseminação intencional de “*bacillus anthrax*” em 2001, pouco tempo depois do ataque terrorista que derrubou as torres gémeas em Nova York), estimando-se que um futuro ataque em maior escala com esta mesma bactéria poderia custar a enormidade de 26 biliões de USD por cada 100.000 pessoas expostas!

Por último, destacar a custo-efetividade demonstrada para a

identificação serológica precoce dos respetivos infetados, bem como da terapêutica presentemente disponível, quer para a infeção por HIV, quer para a infeção por HCV, sendo possível de evidenciar, relativamente ao 1º caso, uma vantagem significativamente superior à conseguida com estratégias que ninguém se lembraria de questionar, no que concerne a uma série de outras patologias de caris diverso (cardiovascular, oncológico, etc.), e, em relação ao 2º caso, uma quase duplicação (nalguns subgrupos de doentes) do nº de Resposta Viral Sustentada (RVS) que se consegue obter com a combinação tripla, utilizando como 3º componente um dos dois novos fármacos já aprovados para uso clínico, relativamente ao que se conseguia com a combinação dupla até aqui geralmente utilizada.

Mais ainda, em relação à infeção por HIV, existem presentemente perspectivas sólidas que apontam para um impacto epidemiológico significativo, ao nível populacional e intrafamiliar, da terapêutica individual (ou seja, da carga viral (CV) do infetado sobre a CV da comunidade), bem como da eventual custo-efetividade, não só desta mesma estratégia, mas também da manutenção das co-formulações da TARV, o que a confirmar-se, poderia contribuir para se decidir pela utilidade de se optar por tratar todo e qualquer seropositivo desde a altura da sua identificação e com um esquema de TARV bem adaptado às idiossincrasias de cada um e que fosse simultaneamente mais facilitador da importantíssima adesão ao seu projeto terapêutico, por



motivos de saúde pública (para além, logicamente, dos potenciais benefícios significativos sobre a saúde do próprio portador) (*Guidelines Nacionais dos EUA*, Fevereiro de 2013).

4) Conclusões

"... quase todos os homens são capazes de superar a adversidade, mas se se quiser por à prova a coragem do homem, dê-se-lhe poder ..." (sic.) (*Abraham Lincoln, 1800-1865*)

Depois da extinção da Variola em 1977, as principais organizações sanitárias mundiais têm-se desdobrado em planos e metas que, em muitos casos, têm-se ficado bastante aquém do expectável, como se tem verificado, por exemplo, com o caso da Poliomielite, que supostamente já deveria também

ter sido extinta há um bom par de anos, mas que ainda é endémica em diversos países da Ásia e da África subsariana (OMS, CDC, ECDC, 2013).

No nosso país, também muito do que se tem legislado e anunciado, fica-se apenas pelo enunciado de intenções mais ou menos benévolas. Caberá pois ao Ministro da Saúde a inalienável responsabilidade de não deixar vazio de conteúdo o que vem plasmado na introdução ao PNS de 2012, que o mesmo assinou no início do seu atual mandato: "... promover a cidadania para uma cultura de bem-estar, de realização dos projetos de vida pessoais, familiares e das comunidades... a equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde resultam em ganhos de saúde, garantem a coesão

e a justiça social e promovem o desenvolvimento do país..." (sic.).

A realidade sentida presentemente por profissionais e doentes, é de uma profunda desmotivação e revolta contida, por parte dos primeiros, e de temor e impotência, por parte dos segundos. As alterações legislativas no que diz respeito à isenção e dispensa de pagamento de taxas moderadoras para determinadas patologias, à comparticipação nos transportes para a realização de consultas, tratamentos ou exames auxiliares de diagnóstico para certos casos de notória fragilidade social e reduzida acessibilidade, a dificuldade crescente de acesso à inovação terapêutica, a precariedade de emprego (que atinge uns, e começa a ameaçar

os outros!!!), ou o esmagador peso da burocracia, acentuam quotidianamente a sensação de injustiça para com a política que está a ser progressivamente concretizada.

As pressões exercidas pelos Órgãos da Tutela sobre os Gestores das Unidades de Saúde e dos Centros Hospitalares, ou sobre os Médicos (designadamente os Diretores de Serviço) não têm precedentes, e obrigam a considerar metas verdadeiramente inatingíveis e irrealistas. Cabe pois a cada um assumir as suas respetivas responsabilidades perante a sociedade e os cidadãos, e aos últimos, obedecer sempre aos ditames da Ética e da Deontologia profissional a que estão estatutariamente obrigados perante a OM, tal como ficou muito bem explicitado no infelizmente esquecido Juramento de Amato Lusitano (Salónica, 5519), onde se refere "...jamais fiz coisa de que se envergonhasse um médico preclaro e egregio..." (sic).

A influência da crise económico-financeira e social que estamos a viver irá produzir, inevitavelmente, tal como aconteceu noutros países e épocas já anteriormente referidos, um nefasto impacto sobre a saúde dos portugueses e a sensação de realização profissional dos prestadores, que importa ter em conta nas políticas que os Governos considerarem implementar para responder a este magnânimo desafio que ameaça seriamente os alicerces da nossa civilização.

É pois fundamental passar a ter estatísticas fidedignas e actualizadas, mas independentemente deste facto (eminentemente remediável

com o recurso adequado a meios informáticos eficazes), uma coisa é certa: Fica insofismavelmente demonstrado que o impacto económico destas doenças (que são na sua essência, eminentemente preveníveis e/ou tratáveis) é realmente incomensurável, razão de sobra para não serem descuradas, até porque o seu não tratamento, ficará seguramente ainda muito mais dispendioso à Sociedade, e com consequências diretas muito mais gravosas nos seus Cidadãos!

Terminaria, reeditando um contributo objetivo e genuíno que já expressei anteriormente por diversas formas, no sentido de promover a almejada sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), desta vez através de um conselho dirigido aos Srs. Ministros da Saúde e das Finanças do meu País: Implementem rapidamente a compra centralizada dos medicamentos (considerando o menos oneroso), estabeleçam um preço de referência para as moléculas de idêntico grupo farmacológico e respetiva geração (com base no mais económico), e negociem com os representantes da indústria farmacêutica o custo das co-formulações de Anti-retrovirais a um preço semelhante ao da soma dos seus componentes (incluindo os que vierem a perder o direito internacional de proteção da patente), e com o que economizarão (que presumo poder ser bastante), poderão viabilizar, finalmente, o premente tratamento dos doentes com HVC (que tem vindo a ser desbloqueado a conta gotas pelo INFARMED e pelos Conselhos de Administração dos respetivos Hospitais, ritmo que

não corresponde minimamente às reais necessidades dos muitos infetados), e não necessitarão de ter que exercer uma desajustada e contraproducente pressão sobre os clínicos, dado que estou convicto que estes saberão estar à altura das circunstâncias, compatibilizando o dever de melhor tratar os doentes, com a utilização criteriosa dos meios que a sociedade lhes coloca à disposição com notórios e reconhecidos sacrifícios de todos, numa altura de grande crise, como é a que vivemos neste momento.

Desta forma, conseguirão mobilizar as vontades, e os meios necessários à prossecução de tão nobres objetivos, viabilizando o acesso indiscriminado de terapêuticas que são das mais eficazes que alguma vez a Ciência conseguiu colocar ao dispor da Humanidade, e contribuindo decisivamente para a concretização de uma das mais recentes metas expressas pela UNAIDS (e confirmada pela Comissão Parlamentar da Assembleia da República para o HIV em 2012): Fazer nascer e crescer uma geração sem SIDA (a que poderíamos acrescentar, ainda que com algum romantismo também, a possível erradicação, um dia, do HCV)!

Os interessados poderão consultar este artigo no site nacional da OM (<https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=f4be00279ee2e0a53eafdaa94a151e2c>) numa versão completa que inclui bibliografia.