

Carga Econômica das Doenças Cardiovasculares no Brasil: A Telemedicina ou o Contato Telefônico Estruturado são a Solução?

Economic Burden of Cardiovascular Diseases in Brazil: Are Telemedicine and Structured Telephone Support the Solution?

Suzana Alves da Silva,¹ Pedro Paulo Magalhães Chrispim,² Yang Ting Ju,¹ Ary Ribeiro³

Departamento de Epidemiologia do Hospital do Coração/Hcor,¹ São Paulo, SP - Brasil

Laboratório de Implementação do Conhecimento em Saúde do Hospital do Coração/Hcor,² São Paulo, SP - Brasil

Superintendência Comercial e de Serviços Ambulatoriais do Hospital do Coração/Hcor,³ São Paulo, SP - Brasil

Minieditorial referente ao artigo: Os Custos das Doenças Cardíacas no Brasil

O estudo de Stevens et al.,¹ resulta de um projeto da Deloitte Consultoria financiado pela Novartis com o objetivo de estimar a carga econômica que insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, fibrilação atrial e hipertensão arterial sistêmica (HAS) impõem aos países da América Latina e apresentar os resultados de custo-efetividade da telemedicina e do contato telefônico estruturado como intervenções com potencial de amenizá-la.¹ Seu foco nesta publicação é apresentar os resultados da avaliação considerando o cenário brasileiro.

Este estudo nos oferece a oportunidade de refletir sobre importantes questões relacionadas à qualidade, interpretação e aplicabilidade de estudos econômicos. Tais estudos têm ganhado cada vez mais relevância na incorporação/desincorporação de tecnologias, desenvolvimento de políticas de saúde e de programas de melhoria de qualidade assistencial. Além disso, são frequentemente utilizados em outros países como base de processos decisórios, embora isso ainda não seja uma rotina no Brasil.²

Várias diretrizes foram propostas nas últimas décadas a fim de aumentar a qualidade das publicações de estudos de avaliação econômica e a sua utilidade para o sistema de saúde. O *Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS)*³ é uma coletânea dessas recomendações, recentemente atualizadas e publicadas no JAMA,² as quais foram seguidas por Steven et al. apenas em parte.

As medidas utilizadas, por exemplo, foram retiradas de fontes não claramente relatadas pelos autores, que parecem ter desconsiderado outras comorbidades relacionadas, além da interposição das quatro condições em questão, tais como acidente vascular cerebral e insuficiência renal crônica, e a presença ou não de outras condições relevantes, tais como diabetes, apontada pelo NHS como uma das dez principais

causas de incapacidade permanente e elevado consumo dos recursos da saúde na atualidade.⁴ Os níveis de gravidade e a heterogeneidade entre as regiões geográficas do país também parecem ter sido desconsiderados. A incidência de sequelas e a taxa de progressão dessas condições resultando em morbidade, óbitos e perda de qualidade de vida variam de acordo com a intensidade do tratamento ofertado e, portanto, diferem de região para região.⁵⁻⁷

Os resultados reportados do estudo na Venezuela⁸ e no México⁹ não foram citados ou discutidos pelos autores, apesar de as medidas de custo-utilidade obtidas serem idênticas ou muito próximas nos três países, sugerindo que, pelo menos em parte, os dados utilizados foram comuns às três avaliações.

O custeio com atenção primária parece ter sido inferido dos dados com despesas hospitalares, partindo-se da premissa de que os custos seriam iguais. Entretanto, em pelo menos uma revisão sistemática sobre a carga econômica da insuficiência cardíaca, as despesas hospitalares foram pelo menos três vezes maiores que as despesas ambulatoriais, incluindo os custos com procedimentos, exames e medicamentos.¹⁰

As estimativas de prevalência também parecem pouco acuradas. Segundo Picon et al.,¹¹ a prevalência de HAS vem diminuindo cerca de 3,7% a cada década no Brasil. Na década de 90, a prevalência de HAS foi estimada em 32,9%, enquanto que de 2000 a 2010, ela foi estimada em 28,7%, o que resultaria em uma prevalência esperada entre 2010 e 2020 menor do que aquela observada nas décadas anteriores. Os autores partiram de uma prevalência de 31,2% sem explicitar exatamente qual foi a fonte utilizada para tal informação.

Na análise de custo-efetividade, as intervenções não foram claramente definidas, havendo, inclusive, discordância entre aquilo que o estudo afirma avaliar (“telemedicina”) e a tecnologia estudada pelo relatório do NHS na qual os autores dizem se basear (“telemonitoramento”).¹² Especialmente para os estudos de custo-efetividade, dependendo da intervenção avaliada, os resultados podem variar diametralmente, mudando completamente as recomendações.

Além disso, os custos com sistema de saúde atribuíveis a essas quatro condições somaram 35 bilhões de reais em 2015, segundo os autores, o que representaria 1/3 do total do orçamento aprovado para a saúde pelo Congresso Nacional nesse mesmo ano,¹³ sugerindo que as estimativas apresentadas estão superestimadas.

Palavras-chave

Doenças Cardiovasculares; Políticas de Saúde; Custo-Efetividade; Gestão da Qualidade; Telemedicina/tendências; Telefone/tendências.

Correspondência: Suzana Alves da Silva •

Rua Abrão Dib 4. Departamento de Epidemiologia. CEP 04004-060, Paraíso, SP - Brasil

Email: susilva@hcor.com.br

DOI: 10.5935/abc.20180136

Portanto, apesar da relevância do tema, o estudo de Stevens et al. não traz informações convincentes nem sobre a carga das doenças selecionadas nem sobre a razão de custo-efetividade da telemedicina ou do contato telefônico

estruturado para a abordagem dessas condições. Ele tem limitações importantes que impedem que seus resultados sejam interpretados de forma clara e aplicados no cenário nacional de maneira abrangente.

Referências

1. Stevens B, Pezzullo L, Verdian L, Tomlinson J, George A, Bacal F. Deloitte Access Economics Pty Ltd. Os custos das doenças cardíacas no Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2018; 111(1):29-36.
2. Sanders GD, Neumann PJ, Basu A, Brock DW, Feeny D, Krahn M, et al. Recommendations for conduct, methodological practices, and reporting of cost-effectiveness analyses: second panel on cost-effectiveness in health and medicine. *JAMA.* 2016;316(10):1093-103.
3. Husereau D, Drummond M, Petrou S, Carswell C, Moher D, Greenberg D, et al; CHEERS Task Force. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS) statement. *Int J Technol Assess Health Care.* 2013;29(2):117-22.
4. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet.* 2017;390(10100):1211-59.
5. Duncan BB, França EB, Passos VM, Cousin E, Ishitani LH, Malta DC, et al. The burden of diabetes and hyperglycemia in Brazil and its states: findings from the Global Burden of Disease Study 2015. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20Suppl 01(Suppl 01):90-101.
6. Szwarcwald CL, Souza Junior PR, Marques AP, Almeida WD, Montilla DE. Inequalities in healthy life expectancy by Brazilian geographic regions: findings from the National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health.* 2016;15(1):141.
7. de Andrade LO, Pellegrini Filho A, Solar O, Rígoli F, de Salazar LM, Serrate PC, et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet.* 2015;385(9975):1343-51.
8. Stevens B, Pezzullo L, Verdian L, Tomlinson J, George A, Parejo JA. La carga económica de las condiciones cardíacas en Venezuela. *Med Interna (Caracas).* 2017;33(1):42-50.
9. Stevens B, Pezzullo L, Verdian L, Tomlinson J, Estrada-Aguilar C, George A, et al. The economic burden of hypertension, heart failure, myocardial infarction, and atrial fibrillation in Mexico. *Arch Cardiol Mex.* 2018 Apr 11. [Epub ahead of print].
10. Shafie AA, Tan YP, Ng CH. Systematic review of economic burden of heart failure. *Heart Fail Rev.* 2018;23(1):131-45.
11. Picon RV, Fuchs FD, Moreira LB, Riegel G, Fuchs SC. Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with meta-analysis. *PLoS One.* 2012;7(10):e48255.
12. Pandor A, Thokala P, Gomersall T, Baalbaki H, Stevens JW, Wang J, et al. Home telemonitoring or structured telephone support programmes after recent discharge in patients with heart failure: systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2013;17(32):1-207, v-vi.
13. Brasil. Senado Federal. Congresso Nacional aprova orçamento de 2015. [Citado em 2017 jan 10]. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/noticias/materias/2015/03/17/congresso-nacional-aprova-orcamento-de-2015>.

