

Resultado Clínico e Econômico de um Programa de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica

Senhor Editor,

Parabenizamos os autores pela publicação de mais um artigo que evidencia a importância do programa de reabilitação cardiopulmonar e metabólica (RCPM) (Arq Bras Cardiol. 2007;88(3):321-8) na prática clínica. Estudos anteriores revelam redução significativa da morbidade e da mortalidade e melhora da qualidade de vida em pacientes que participam de um programa de reabilitação^{1,2}. Contudo, a relação custo-efetividade não tem sido avaliada no Brasil. Salientamos, então, a importância da realização de um estudo prospectivo que evidencie os reais benefícios econômicos no tratamento dos pacientes.

O delineamento do estudo avaliou o resultado clínico, mas os relatórios e prontuários do grupo controle não foram utilizados. A realização de um estudo prospectivo contendo um grupo controle possibilitaria maior fidedignidade dos dados, descrevendo o percurso real dos pacientes.

O pareamento dos grupos obteve amostra homogênea em relação aos critérios clínicos e demográficos. Entretanto, a variável custo apresentou desvio padrão elevado, além do fato de o grupo controle (GC) no momento da pré-implantação da RCPM ter apresentado despesas maiores que o grupo tratamento (GT).

Os resultados apresentaram diferenças significativas no perfil lipoprotéico plasmático, na pressão arterial sistêmica e na tolerância ao esforço físico quando comparados os momentos pré e pós-implantação da RCPM. Já em relação aos resultados econômicos, no GT houve tendência a redução de despesas e no GC, a aumento. Para nossa surpresa, porém, os dados não foram estatisticamente significantes. Estudos científicos em países desenvolvidos demonstraram resultados significativos quanto ao fator econômico após a realização de RCPM³. Uma alternativa para tentar demonstrar diferença significativa no estudo em questão seria o pareamento dos grupos com relação aos custos pré-intervenção.

A razão do custo-efetividade é definida como a diferença entre o custo de duas intervenções dividida pela diferença entre sua efetividade (por exemplo, os anos de vida salvos em determinada população ajustados pela qualidade de vida apresentada)⁴. Georgiou e cols.⁵ observaram excelente relação custo/efetividade, com incremento de 1,82 ano na expectativa de vida ao custo de US\$ 1,773 por vida salva. No estudo em questão, o valor de R\$ 270,00 estipulado para os gastos com RCPM pode ser considerado muito mais favorável quanto à relação custo-efetividade, quando comparado a outros estudos. De qualquer forma, o estudo aborda um tema relevante e muitas vezes esquecido. Certamente servirá de referência para próximas pesquisas de investigação de custos/efetividade e benefícios clínicos para a implantação desse tipo de assistência à população.

Fábio Cangeri Di Naso

Juliana Saraiva Pereira

Mariane Borba Monteiro

Centro Universitário Metodista – IPA

Porto Alegre, RS

fdinaso@yahoo.com.br

Referências

1. Garrett NA, Brasure M, Schmitz KH, Schultz MM, Huber MR. Physical inactivity: direct cost to a health plan. *Am J Prev Med.* 2004; 27 (4): 304-9.
2. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease [Cochrane Review]. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;1:CD001800.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz de reabilitação cardíaca. *Arq Bras Cardiol.* 2005; 84 (5): 431-40.
4. Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC, eds. *Cost-effectiveness in health and medicine.* New York: Oxford University Press; 1996.
5. Georgiou D, Chen Y, Appadoo S, Belardinelli R, Greene R. Cost-effectiveness analysis at long-term moderate exercise training in chronic heart failure. *Am J Cardiol.* 2001; 87: 984-8.

RESPOSTA DO AUTOR

Senhor Editor,

Primeiramente, agradeço a atenção que o autor da carta dispensou ao artigo “Resultado Clínico e Econômico de um Programa de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica” (Arq Bras Cardiol. 2007;88(3):321-8), do qual sou um dos autores.

De fato, em nosso País, não foram desenvolvidos estudos sobre o custo-efetividade da reabilitação cardiopulmonar e metabólica (RCPM), algo que nosso estudo, de natureza observacional, não poderia contemplar. Para tanto, haveria necessidade de que o grupo intervenção, no presente caso o da RCPM, e o grupo controle tivessem sido estabelecidos de forma aleatória. Os estudos que determinam a relação custo-efetividade de um tratamento exigem o desenvolvimento de um ensaio clínico, controlado e randomizado, permitindo determinar no grupo intervenção o benefício clínico, evidenciado por meio de comparação com o grupo controle e, em seguida, estabelecer o custo econômico do benefício. Ou seja, estabelece-se, por exemplo, o investimento que a modalidade terapêutica estudada exige para melhorar a qualidade de vida ou impedir a morte de um paciente/ano.

Nosso estudo foi desenvolvido no intuito de documentar um fato já concretizado: um programa de RCPM criado por um plano de saúde, com o objetivo de reduzir o custo causado por

seus clientes de maior risco. Nele, foram mostrados os dados clínicos apenas do grupo da RCPM, obtidos nos prontuários do programa de reabilitação, pois não dispúnhamos de dados similares de pacientes de um eventual grupo controle. Dessa forma, a comparação entre grupos foi feita apenas em relação aos custos que os pacientes exigiram do plano de saúde, algo que pudemos obter também de um grupo controle, no banco de dados da Unimed Litoral-SC.

Entendo quando se afirma que “a realização de um estudo prospectivo contendo um grupo controle possibilitaria maior fidedignidade dos dados, descrevendo o percurso real dos pacientes”. Faço apenas um pequeno reparo, pois o que seria diferente não seria a “fidedignidade dos dados”, mas, sim, a forma de avaliação desses dados e, naturalmente, as conclusões advindas da avaliação. Entretanto, reitero que o estudo que desenvolvemos, reconhecendo suas limitações, foi o viável, com o aproveitamento de dados obtidos de bancos de dados preexistentes.

O pareamento dos grupos foi feito em função de critérios clínicos e demográficos, o que explica o fato de os grupos serem homogêneos, considerando essas características. Entretanto, os grupos foram comparados apenas quanto ao aspecto econômico, em relação ao qual não houve nenhum pareamento. Os aspectos que o missivista levanta, quando afirma que “... entretanto, a variável custo apresentou desvio padrão elevado, além do fato de o grupo controle (GC) no momento da pré-implantação da RCPM ter apresentado despesas maiores que o grupo tratamento (GT)”, tratam-se, portanto, de mero acaso.

A evolução dos pacientes da RCPM permitiu, conforme consta na carta ao editor, a constatação de que “... os resultados apresentaram diferenças significativas no perfil lipoprotéico plasmático, na pressão arterial sistêmica e na tolerância ao esforço físico quando comparados os momentos pré e pós-implantação da RCPM”. Esses dados evidenciaram o benefício clínico obtido pelos pacientes estudados.

O fato de não ter sido estatisticamente significativa a diferença proporcionada pela redução de despesas no grupo RCPM e pelo aumento de despesas no grupo controle pode ser explicado por vários fatores, dentre os quais destacam-se o pequeno número de indivíduos estudados e a heterogeneidade da amostra. A maioria dos participantes de nosso estudo não apresentava doença cardiovascular grave, como insuficiência cardíaca e doença coronariana aterosclerótica, mas apenas escore elevado de risco. Já os

estudos científicos internacionais citados ocorreram com populações homogêneas de portadores de insuficiência cardíaca¹ e de doença coronariana aterosclerótica^{2,3}.

Concordo que chama a atenção o baixo valor estipulado para os gastos dos pacientes que participaram da RCPM, o que, em nosso País, pode torná-la ainda mais interessante do ponto de vista econômico. De modo geral, concordo, também, com a afirmação de que “... o estudo aborda um tema relevante e muitas vezes esquecido. Certamente servirá de referência para próximas pesquisas de investigação de custos/efetividade e benefícios clínicos para a implantação desse tipo de assistência à população”.

Entretanto, considerando a robustez dos estudos sobre o resultado da RCPM em termos de custo-efetividade, acredito que não há necessidade de aguardarmos novas publicações para que seja proporcionada à população brasileira essa modalidade terapêutica. Inquestionavelmente, a RCPM deve ser uma das principais prioridades em termos de investimento, quando se pensa em política de saúde nos sistemas público e privado, conforme recomenda a diretriz “Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica: Aspectos Práticos e Responsabilidades”⁴.

Tales de Carvalho

Programa de Mestrado em Ciências do Movimento Humano - UDESC
Florianópolis, SC
tales@cardiol.br

Referências

1. Georgiou D, Chen Y, Appadoo S, Belardinelli R, Greene R. Cost-effectiveness analysis at long-term moderate exercise training in chronic heart failure. *Am J Cardiol*. 2001; 87: 984-8.
2. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease [Cochrane Review]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;1:CD001800.
3. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, Jolliffe J, Noorani H, Rees K, et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med*. 2004; 116 (10): 682-92.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz de reabilitação cardiopulmonar e metabólica: aspectos práticos e responsabilidades. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 86 (1): 74-82.