

Custo da Insuficiência Cardíaca no Sistema Único de Saúde

Cost of Heart Failure in the Unified Health System

Denizar Vianna Araujo, Leandro Reis Tavares, Renata Veríssimo, Marcos Bosi Ferraz, Evandro Tinoco Mesquita
São Paulo, SP - Niterói, RJ

Objetivo

Descrever custo direto e indireto do tratamento ambulatorial e hospitalar da insuficiência cardíaca, durante 2002, no Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói.

Métodos

Estudo transversal, retrospectivo sobre utilização e valoração de recursos em 70 pacientes, selecionados de forma consecutiva, em tratamento ambulatorial e hospitalar. Foram utilizados questionários e prontuários dos pacientes para coleta dos dados. Os recursos utilizados foram valorados em reais (ano 2002). O ponto de vista do estudo foi a perspectiva da sociedade. Os dados foram analisados no programa EPINFO, versão 2002.

Resultados

A população estudada constou de 70 pacientes (39 mulheres), idade média de 60,3 anos. Ocorreram 465 diárias hospitalares (28,5% dos pacientes). Houve 386 internações em enfermaria e 79 em unidade de tratamento intensivo. O custo com consulta ambulatorial foi de R\$ 14,40. O gasto com medicamentos ambulatoriais totalizou R\$ 83.430,00 (custo por paciente/ano de R\$ 1.191,86). O custo por paciente internado foi de R\$ 4.033,62. O custo com exames complementares totalizou R\$ 39.009,50 (custo por paciente/ano de R\$ 557,28). Foram aposentados pela insuficiência cardíaca 20 pacientes, representando perda de produtividade de R\$ 182.000,00. O custo total foi de R\$ 444.445,20. Hospitalização representou 39,7% e a utilização de medicamentos 38,3% do custo direto.

Conclusão

O custo com hospitalização e os gastos com medicamentos representaram os principais componentes do custo direto. Os custos indiretos representaram impactos econômicos semelhantes aos custos diretos.

Palavras-chave

custo da doença, insuficiência cardíaca, economia da saúde

Objective

To describe the direct and indirect costs of ambulatory and in-patient treatments of heart failure during 2002, in the University Hospital Antônio Pedro, Niterói.

Methods

A cross-sectional and retrospective study on utilization and valuation of resources in 70 patients, consecutively selected, under ambulatory and in-patient treatment. Questionnaires and records of the patients were used for data collection. The resources used were valued in Brazilian Reals (2002). The study's point of view was the perspective from society. The data were analyzed in the EPINFO program, 2002 version.

Results

The studied population consisted of 70 patients (39 women), with average age of 60.3 years old. 465 in-patients days (28.5% of the patients) took place. There were 386 ward hospitalizations and 79 in ICUs. The cost with ambulatory appointments was R\$ 14.40. The expenses with ambulatory medications amounted R\$ 83,430.00 (R\$ 1,191.86/patient/year). The cost per hospitalized patient was R\$ 4,033.62. The cost with complementary examinations totaled R\$ 39,009.50 (R\$ 557.28/patient/year). Twenty patients retired due to heart failure, which represented a loss in productivity of R\$ 182,000.00. The total cost was R\$ 444,445.20. Hospitalization represented 39.7% and the use of medications 38.3% from direct costs.

Conclusion

The hospitalization cost and the expenses with medications represented the main components of direct costs. Indirect costs represented economic impacts similar to direct costs.

Key words

cost of disease, heart failure, health economy



A insuficiência cardíaca representa a principal causa de inter-nação no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos 65 anos. A prevalência da insuficiência cardíaca está em ascensão, em decorrência do incremento na expectativa de vida de nossa população e maior efetividade dos novos medicamentos para o tratamento, prolongando a vida.

Os estudos nacionais para dimensionamento do impacto sócio-econômico e da epidemiologia da insuficiência cardíaca são escasos. Há necessidade de se implementar metodologias econômicas para estimar o custo, ao invés simplesmente, de despesas incorridas com a insuficiência cardíaca. A estimativa do impacto sócio-econômico da síndrome fornecerá aos formuladores de políticas de saúde, maior embasamento para tomada de decisão, frente a um cenário de escassez de recursos e necessidade de priorização em sua alocação.

Stewart e cols.¹ realizaram estudo com objetivo de examinar o custo da insuficiência cardíaca no Reino Unido e estimaram que 988 mil indivíduos necessitaram de tratamento durante o ano 1995.

O custo direto da utilização de recursos de saúde para esses pacientes foi estimada em \$ 716 milhões de *pounds* (US\$ 1,136 bi), que representou 1.83% do gasto total do *National Health System* (NHS). As despesas com hospitalizações [\$ 489.7 milhões de *pounds* (US\$ 776 milhões)] e medicamentos prescritos [\$ 128.6 milhões de *pounds* (US\$ 203 milhões)] representaram 69 e 18% dessas despesas, respectivamente. Os autores projetaram os custos para o ano 2000 e estimaram que o custo direto total da insuficiência cardíaca atingiria \$ 905 milhões de *pounds* (US\$ 1,436 bi), equivalente a 1.91% do total de despesas do NHS.

A insuficiência cardíaca representa grande preocupação para provedores de cuidados de saúde na Suécia em consequência do aumento de sua prevalência e os custos ascendentes. A prevalência estimada de insuficiência cardíaca nesse país é de aproximadamente 2%², sendo que o custo para tratamento e acompanhamento representa 2% do orçamento global para saúde no país. A insuficiência cardíaca é a principal causa de hospitalização em pacientes > 65 anos e 75% do orçamento para esta síndrome é gasto com hospital e cuidados de enfermagem domiciliar. Em 1996, o tempo de permanência hospitalar variou entre 3,5 a 9,5 (média de 6,5) dias em diferentes hospitais. As despesas com reembolso de medicamentos aumentaram de 8,4 para 14,9% do total do orçamento para saúde, no período de 1990 a 1997, o que representou aumento absoluto de 81% em termos monetários. O custo do tratamento farmacológico na insuficiência cardíaca foi estimado em 11% do total de custos para esta síndrome e os cuidados ambulatoriais representaram 6% do total do custo com o tratamento.

Xuan e cols.³ examinaram o impacto econômico e os padrões de tratamento para insuficiência cardíaca em população de *managed care* e analisaram, retrospectivamente, os dados de solicitação de procedimentos médico e farmacêutico. Durante o período de 1994, 378 pacientes dos 2.777 com diagnóstico de insuficiência cardíaca (14%) foram internados em hospitais, totalizando um custo de aproximadamente US\$ 3 milhões, representando

média de US\$ 7,863 por paciente hospitalizado. Da população estudada 78% recebeu prescrição de medicamentos, com uma média de US\$ 942 por paciente/ano. A hospitalização representou 54% do total de custo para o tratamento da insuficiência cardíaca e a prescrição de medicamentos 38% dos custos.

O objetivo do presente estudo foi estimar o custo direto e indireto do tratamento ambulatorial e hospitalar da insuficiência cardíaca no SUS.

Métodos

Estudo transversal, retrospectivo, que estimou a utilização e valoração de recursos, no período de 12 meses, nos pacientes em seguimento ambulatorial de Cardiologia da Universidade Federal Fluminense (UFF). Elaboramos questionários para coleta dos dados demográficos, sócio-econômicos, clínicos, uso de recursos no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), uso de recursos em outras unidades de saúde. Os prontuários dos pacientes selecionados foram revisados com objetivo de quantificar a utilização de recursos.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina da UFF e os participantes foram esclarecidos do propósito do estudo e assinaram termo de consentimento informado.

Os pacientes tinham mais de 18 anos, classificados em estágios C e D de insuficiência cardíaca definido pelo critério do *American College of Cardiology* e *American Heart Association*.

Foram incluídos 70 pacientes, selecionados consecutivamente, conforme ordem de atendimento no ambulatório da UFF e entrevistados por uma equipe de médicos treinados para a tarefa de aplicação dos questionários.

Foram computados como custo direto aqueles diretamente resultantes das intervenções, especificamente os custos de internação hospitalar, de exames complementares, de medicamentos, de honorários profissionais, custos operacionais e transporte do paciente ao hospital.

A estimativa do custo indireto foi obtida através da abordagem do capital humano, onde a perda salarial no ano de 2002 foi calculada e expressou o capital humano em termos monetários.

O ponto de vista do estudo foi à perspectiva da sociedade quanto ao impacto econômico da insuficiência cardíaca.

Aos recursos utilizados foram atribuídos custos em reais, valores do ano 2002.

Foi atribuído a cada unidade hospitalar o respectivo custo operacional (*overhead*), baseado em pesquisa realizada pelo Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde da Universidade de São Paulo (PROAHSA) em 40 hospitais públicos, nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais que estimou a composição de custos hospitalares nessas unidades⁴.

A valoração da consulta ambulatorial considerou honorários do médico coordenador e dos médicos residentes, acrescidos do custo operacional do HUAP. Atribuiu-se à unidade ambulatorial um custo operacional (*overhead*) de 12% do total de custos do HUAP. Para estimar o valor do honorário médico, definiu-se o rateio do salário pelo número de horas dedicadas ao ambulatório de insuficiência cardíaca, pelos residentes e coordenador.

A diária hospitalar englobou o leito para o paciente, roupa de cama e banho, limpeza e higienização da enfermagem ou UTI,

cuidados de higiene do paciente, administração de medicamentos (via oral ou tópica) e controle de sinais vitais, diurese e peso.

Para estimativa do custo-dia de hospitalização, foram analisados, prospectivamente, 3 pacientes com diagnóstico da síndrome. O objetivo foi estabelecer a utilização de recursos, inclusive medicamentos e exames complementares durante a internação, para cálculo do valor médio da diária hospitalar. Atribuiu-se a unidade de internação um custo operacional (*overhead*) de 15,7% do total de custos do HUAP.

Os preços dos medicamentos foram calculados através da tabela Brasíndice no ano 2002. Para as apresentações em que existiam medicamentos genéricos, utilizou-se esta modalidade. Atribuiu-se aderência de 100% dos pacientes ao tratamento medicamentoso.

Os valores dos exames complementares foram obtidos na Lista de Procedimentos Médicos da Associação Médica Brasileira, valores referenciais de 1999.

Os dados foram compilados e analisados no programa EPINFO - 2002.

Resultados

A amostra constou de 70 pacientes com insuficiência cardíaca, 55,7% do sexo feminino. A idade média era de 60,3 (variação de 34 a 90) anos. Quarenta e dois pacientes eram brancos.

Dos 70 entrevistados, 47,1% pertenciam à classe funcional I pela classificação da New York Heart Association, 41,4% à classe funcional II, 8,5% à classe funcional III e 2,8% à classe funcional IV.

Quanto à etiologia da insuficiência cardíaca, 30% padeciam de doença arterial coronariana, 24,2% com cardiopatia hipertensiva, 27,1% apresentavam associação de doença arterial coronariana e cardiopatia hipertensiva, 11,4% padeciam de cardiomiopatia dilatada de etiologia alcoólica, 4,2% em decorrência de sequelas da doença orovalvar reumática, 1,4% com doença pericárdica e 1,4% com cardiopatia congênita acianótica.

Quanto à escolaridade, 20% eram analfabetos, 62,8% possuíam somente 1º grau e 17,1% completaram o 2º grau de instrução.

A renda familiar mensal caracterizou-se por 12,8% na faixa de 1 salário mínimo (R\$ 200), 21,4% entre 1 e 2 salários mínimos (R\$ 200 a R\$ 400), 35,7% entre 2 e 4 salários mínimos (R\$ 400 a R\$ 800), 21,4% entre 4 e 6 salários mínimos (R\$ 800 a R\$ 1.200) e 7,1% acima de 6 salários mínimos (> R\$ 1.200). Um paciente relatou não dispor de renda própria e familiar para sua subsistência, necessitando do auxílio de terceiros para sua sobrevivência.

Os pacientes compareceram, no período de 12 meses prévios, para consulta ambulatorial e urgência, realização de exames complementares, internação no HUAP ou em outras unidades de saúde, num total de 1.248 vezes (média de 17,8 paciente/ano). As consultas ambulatoriais representaram seis consultas por paciente no ano, em média.

Vinte pacientes (28,5%) necessitaram de internação e/ou reinternação nos últimos 12 meses, perfazendo um total de 386 diárias em enfermaria (média 19,3 dias/paciente/ano, se considerarmos somente os pacientes internados) e 79 diárias em unidade de tratamento intensivo (média de 3,9 dias/paciente/ano, se considerarmos somente os pacientes internados).

A descrição do número de medicamentos utilizados, nos últimos 12 meses, para controle ambulatorial da cardiopatia encontra-se

na tabela I e a descrição do número de exames complementares realizados nos últimos 12 meses na tabela II.

A estimativa do custo unitário, por consulta ambulatorial, foi de R\$ 14,40. Os pacientes foram consultados nos últimos 12 meses, com periodicidade média bimestral, totalizando estimativa de custo de R\$ 6.048,00.

Os medicamentos de uso ambulatorial foram adquiridos pelos pacientes, sem nenhum subsídio governamental, nas farmácias e drogarias da cidade de Niterói. O custo total na aquisição de medicamentos ambulatoriais foi de R\$ 83.430,00.

A estimativa do custo total com exames complementares, acrescidos do custo operacional do hospital para sua realização foi de R\$ 39.009,50, com estimativa de custo médio por paciente/ano de R\$ 557,28.

O custo estimado da diária hospitalar em enfermaria foi de R\$ 139,54 e em UTI de R\$ 250,58.

A estimativa do custo total com internação foi de R\$ 84.706,70 para os 386 dias em enfermaria e 79 dias de UTI.

A estimativa do custo médio com internação foi de R\$ 4.033,62/por paciente internado/no ano de 2002.

O gasto com transporte coletivo para pacientes e acompanhantes realizarem consultas, internações ou exames complementares totalizou R\$ 11.580,80, representando R\$ 165,43 por paciente/ano. Este total representou 2.496 e 1.264 trechos de ida e volta, respectivamente para pacientes e acompanhantes.

O preço unitário do trecho era de R\$ 3,08, referente a média do valor do transporte em ônibus, na cidade de Niterói. Todos os pacientes utilizaram ônibus como meio de transporte.

Os pacientes que tinham vínculo de trabalho (n=36), perderam 772 dias de trabalho e possuíam renda mensal média de 3,29 salários mínimos em 2002, equivalentes a R\$ 658,00, representando um valor de R\$ 21,93/dia.

Os acompanhantes que tinham ocupação definida perderam 1.037 dias de trabalho. Este grupo possuía renda mensal média de 3 salários mínimos em 2002, equivalente a R\$ 600,00. Esta renda representava um valor de R\$ 20,00/dia.

Vinte pacientes foram aposentados precocemente em consequência da insuficiência cardíaca e tinham renda média mensal, antes da aposentadoria, de 3,5 salários mínimos (R\$ 700).

A tabela III refere-se a estimativa do total de custos em reais para os 70 pacientes nos últimos 12 meses de tratamento.

Discussão

A idade média foi de 60,3 anos, similar aos dados do Projeto EPICA-Niterói⁵ sobre a epidemiologia da insuficiência cardíaca em Niterói, realizado em 2001. No *Framingham Heart Study*⁶, a idade média de surgimento da insuficiência cardíaca foi de 65 anos. A idade mais precoce, na amostra do município de Niterói, revelou que a população do sistema público de saúde manifestou a síndrome em faixa etária mais jovem e produtiva, determinando uma carga de doença maior para a sociedade, como demonstrado pelos custos indiretos estimados na amostra estudada.

Ratificando esta hipótese, Philbin e cols.⁷, identificaram o status sócio-econômico como determinante para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca e qualificado como fator de risco independente para a readmissão hospitalar em decorrência da insuficiência cardíaca.



Tabela I - Medicamentos ambulatoriais utilizados nos 12 meses, pelos pacientes com insuficiência cardíaca, acompanhados no ambulatório de cardiologia do HUAP				
Medicamentos ambulatoriais	Nº absoluto de pacientes utilizando	Dose média (mg/dia)	Custo mensal por paciente (R\$)	Custo total (R\$)
Captopril	45	100	35,84	19.353,60
Enalapril	10	20	16,37	1.964,40
Valsartan	5	80	33,79	2.027,40
Losartan	2	100	64,93	1.558,32
Furosemida	41	40	4,77	2.346,84
Hidroclorotiazida	24	25	11,32	3.260,16
Espironolactona	21	25	13,29	3.349,08
Propranolol	26	80	6,55	2.043,60
Carvedilol	16	12,5	52,60	10.099,20
Metoprolol	2	150	10,72	257,28
Atenolol	5	25	3,78	226,80
Digital	25	0,25	7,47	2.241,00
Mononitrato	17	40	17,07	3.482,28
Propatilnitrato	3	10	10,58	380,88
Dinitrato	1	10	13,20	158,40
Hidralazina	4	50	4,12	197,76
Clonidina	4	0,15	3,49	167,52
Nifedipina	1	30	7,10	85,20
Amlodipina	7	5	37,03	3.110,52
Verapamil	5	240	21,10	1.266,00
Diltiazem	3	120	17,32	623,52
Ácido acetilsalicílico	41	200	7,66	3.768,72
Ticlopidina	2	500	28,76	690,24
Clopidogrel	2	75	184,44	4.426,56
Amiodarona	2	200	15,85	380,40
Atorvastatina	1	10	90,07	1.080,84
Sinvastatina	19	10	28,43	6.482,04
Pravastatina	2	10	27,59	662,16
Genfibrozila	2	600	49,69	1.192,56
Warfarina	8	5	11,72	1.125,12
Fenoterol/Ipatrópio	2	15 ml	25,84	620,16
Formoterol/Budesonida	1	12 mcg/200 mcg	59,76	717,12
Aminofilina	1	200	4,37	52,44
Prednisona	1	5	9,28	111,36
Glibenclamida	5	5	5,33	319,80
Metformina	2	850	5,80	139,20
Glimepirida	2	2	30,96	743,04
Insulina	2	120U	44,84	1.076,16
Omeprazol	2	20	31,56	757,44
Ranitidina	4	150	11,80	566,40
Tiamina	2	300	13,28	318,72

Os dados sócio-econômicos dos pacientes revelaram a baixa escolaridade, com 20% de analfabetos e 62,8% com apenas o 1º grau. Este baixo grau de instrução pode ser um fator limitante para a educação dos pacientes no auto-cuidado e seguimento das recomendações médicas.

A renda familiar mensal concentrava-se na faixa entre 2 e 4 salários mínimos (35,7%), demonstrando limitada capacidade de auto-financiar os recursos necessários para o tratamento, principalmente os medicamentos de uso crônico.

O elevado índice de internação e reinternação, no horizonte de tempo analisado, está de acordo com a revisão sistemática realizada por Berry e cols.⁸, que relataram que, até um terço dos pacientes são reinternados dentro do 1º ano após alta hospitalar.

O perfil de utilização dos medicamentos específicos para o tratamento da insuficiência cardíaca revelou fato pouco freqüente na prática médica no mundo real. Na amostra estudada houve grande adesão aos medicamentos recomendados no protocolo de tratamento da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Este achado não é o usual, mesmo nos países desenvolvidos. No estudo sueco realizado por Cline e cols.⁹, apenas 24% da amostra utilizava o inibidor da ECA, apesar de toda a evidência disponível na literatura

médica demonstrando o benefício na morbi-mortalidade com o uso desta classe terapêutica nos pacientes com insuficiência cardíaca. Esta adesão incomum aos protocolos clínicos, recomendados pelas principais sociedades de cardiologia do mundo, é atribuída ao fato do HUAP ser um hospital universitário, onde a prática da medicina baseada em evidências é orientada aos médicos residentes, no sentido de obter o máximo de benefício medicamentoso com o tratamento dos pacientes com insuficiência cardíaca.

A estimativa do custo unitário, por consulta ambulatorial, foi de R\$ 14,40. O SUS reembolsou ao HUAP no ano de 2002 o valor de R\$ 2,54 por consulta cardiológica, demonstrando a defasagem de 82% entre o reembolso e o custo estimado da consulta.

Os medicamentos foram financiados, exclusivamente, pelo paciente e seus familiares, pois não havia programa de fornecimento gratuito de medicamentos para os mesmos. A ausência de política de assistência farmacêutica no SUS naquele momento onerou o paciente, que comprou o medicamento no varejo, sem descontos, tornando-se um determinante importante para descompensações da insuficiência cardíaca e repetidas internações hospitalares pela falta de continuidade do tratamento farmacológico, pois freqüentemente há um descompasso entre o incremento na renda do

Tabela II - Exames complementares realizados nos 12 meses, pelos pacientes com insuficiência cardíaca, acompanhados no ambulatório de cardiologia do HUAP

Exames complementares	Nº de exames realizados	Custo unitário	Custo total
Bioquímica	281	21,00	5.901,00
Coagulograma	149	20,40	3.039,60
Lipidograma	37	21,00	777,00
Avaliação hepática	11	41,80	459,80
Enzimas cardíacas	14	40,00	560,00
Hemograma	256	9,00	2.304,00
EAS	9	5,40	48,60
Urinocultura	4	15,00	60,00
Anti-HIV	1	45,00	45,00
Gasometria arterial	4	20,10	80,40
Avaliação da tireóide	1	51,00	51,00
Sorologia para hepatite	1	142,50	142,50
HbA _{1c}	1	13,50	13,50
Radiografia de tórax	114	16,00	1.824,00
Radiografia de coluna	1	17,50	17,50
Coronariografia	10	435,00	4.350,00
USG abdominal	3	84,00	252,00
TC crânio	1	189,00	189,00
TC abdome	1	226,00	226,00
TC tórax	1	226,00	226,00
Cintigrafia miocárdica	11	450,00	4.950,00
ECG	211	18,00	3.798,00
MAPA	1	105,00	105,00
Teste ergométrico	6	66,00	396,00
Espirometria	2	20,00	40,00
Ecocardiograma	64	114,00	7.296,00

EAS - Exame do sedimento urinário; HbA_{1c} - Hemoglobina glicosilada; USG - Ultra-sonografia; TC - Tomografia computadorizada; ECG - Eletrocardiograma; MAPA - Monitorização ambulatorial da pressão arterial.

Tabela III - Total dos custos diretos e indiretos

Resultados	Valores (R\$)
Custo direto	224.775,24
Custo direto por paciente/ últimos 12 meses	3.211,07 por paciente/ano
Custo médio por paciente com hospitalização	4.033,62 por paciente/ano
Custo médio por paciente com medicamentos	1.191,86 por paciente/ano
Custo indireto	219.669,96
Custo indireto com aposentadoria precoce	182.000,00
Custo indireto por dias perdidos de trabalho	37.669,96
Custo total	444.445,20
Separação do custo direto por modalidades	%
Hospitalização	39,73%
Medicamentos	38,93%
Exames complementares	18,50%
Consultas ambulatoriais	2,84%

paciente e a elevação nos preços dos medicamentos. O Projeto EPICA-Niterói revelou que o abandono do tratamento medicamentoso foi o principal determinante de internação hospitalar no SUS, nos pacientes com insuficiência cardíaca.

Os exames complementares foram valorados pela Lista de Procedimentos Médicos da Associação Médica Brasileira, versão

1999. A decisão de utilizar estes valores foi baseada na dificuldade de realizar o custeio de cada exame complementar.

A estimativa do custo por paciente internado nos últimos 12 meses foi de R\$ 4.033,62. O SUS contabilizou o valor de R\$ 533,52 em 2002, para um total de 372.594 internações com diagnóstico principal de insuficiência cardíaca¹⁰. Esta diferença de valores expressa a carência de dados sobre o custo real dos pacientes crônicos no SUS, comprometendo a gestão dos escassos recursos disponíveis para o sistema público de saúde.

A aposentadoria precoce e o absenteísmo demonstram a importância do custo indireto na carga da insuficiência cardíaca para a sociedade brasileira. Este componente de custo é, frequentemente, subestimado pelos formuladores de políticas públicas de saúde. A estimativa do custo indireto na amostra estudada revelou-se tão importante, quantitativamente, quanto o custo direto. Os aspectos qualitativos para a sociedade são ainda maiores, pois representam saída precoce do mercado de trabalho, com grande prejuízo para a auto-estima do indivíduo e necessidade de auxílio previdenciário. Este cenário também ocorreu no sistema de saúde americano, ano 2001, quando o custo indireto relativo a IC atingiu a cifra de US\$ 53,6 bi e o custo direto à soma de US\$ 58,2 bi, demonstrando o mesmo impacto quantitativo¹¹.

A separação dos custos diretos por tipos de utilização revelou achado discordante das publicações sobre o custo da insuficiência cardíaca. Na amostra estudada, hospitalização representou 39,73% e utilização de medicamentos 38,93%. Estudo transversal, baseado em prevalência da insuficiência cardíaca, no horizonte de tempo de 1 ano, realizado no Reino Unido¹² revelou que a hospitalização contribuiu com 69% e a utilização de medicamentos com 18% do total de custo direto. Outro estudo transversal, baseado em prevalência da síndrome, no horizonte de tempo de 1 ano, realizado na Suécia¹³ revelou que a hospitalização representou 74% e a utilização de medicamentos 11% do total de custo direto. A explicação para esta diferença pode ser atribuída à falta de um programa de assistência farmacêutica no SUS, determinando um ônus financeiro ao paciente, que necessita adquirir os medicamentos no varejo, sem nenhum poder de barganha.

Este achado revela a necessidade de implementação de política de facilitação do acesso aos medicamentos de uso crônico no SUS, sob risco de onerar, ainda mais o sistema, com hospitalizações decorrentes da falta de medicamentos ambulatoriais.

O presente estudo é uma iniciativa que objetiva conscientizar os vários atores do sistema para a importância do custo na tomada de decisão em saúde, contribuindo para melhor alocação dos recursos escassos, maior acesso da população aos serviços de saúde e melhor qualidade da assistência aos pacientes com insuficiência cardíaca.

Agradecimentos

A Sra. Suely pela colaboração na logística das entrevistas; aos médicos do HUAP pela ajuda técnica e a Novartis Biociências pelo auxílio recebido.



Referências

1. Stewart S, Jenkins A, Buchan S et al. The current cost of heart failure to the National Health Service in the UK. *The European Journal of Heart Failure* 2002; 4: 373-6.
2. Cline CMJ, Boman K, Holst M et al. The management of heart failure in Sweden. *The European Journal of Heart Failure* 2002; 4: 373-6.
3. Xuan J, Duong PT, Russo PA et al. The economic burden of congestive heart failure in a managed care population. *Am J Manag Care* 2000; 6:693-700.
4. *Gazeta Mercantil – Análise Setorial do Sistema Hospitalar* 1998; III: 66.
5. Tavares LR, Victor H, Linhares JM et al. Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca Descompensada em Niterói - Projeto EPICA - Niterói. *Arq Bras Cardiol* 2004; 82: 121-4.
6. Ho KKL, Pinsky JL, Kannel WB et al. The epidemiology of heart failure: The Framingham study. *J Am Coll Cardiol* 1993; 22 (Suppl A): 6A-13A.
7. Philbin FE, Dec GW, Jenkins PL et al. Socioeconomic status as an independent risk factor for hospital readmission for heart failure. *Am J Cardiol* 2001; 87: 1367-71.
8. Berry C, Murdoch DR, McMurray JJV. Economics of chronic heart failure. *The European Journal of Heart Failure* 2001; 3: 283-91.
9. Cline CMJ, Boman K, Holst M et al. The management of heart failure in Sweden. *The European Journal of Heart Failure* 2002; 4: 373-6.
10. DATASUS 2002 (www.datasus.gov.br)
11. American Heart Association. Heart and Stroke Statistical Update. Dallas, Texas 2001. (www.americanheart.org)
12. Stewart S, Jenkins A, Buchan S et al. The current cost of heart failure to the National Health Service in the UK. *The European Journal of Heart Failure* 2002; 4: 373-6.
13. Rydén-Bergsten T, Andersson F. The health care cost of heart failure in Sweden. *J Intern Med* 1999; 246: 275-84.