

EDITORIAL

Meus Valores são Diferentes dos seus? O Valor do Cuidado Invasivo da Doença Arterial Coronariana no Brasil

Are my Values Different from Yours? The Value of Coronary Artery Disease Invasive Care in Brazil

Alexandre Siciliano Colafranceschi

Instituto Nacional de Cardiologia e Hospital Pró-Cardíaco, Rio de Janeiro, RJ – Brasil

A Doença Arterial Coronária (DAC) tem sido consistentemente associada à principal causa de morte e deficiência na maioria dos países industrializados ocidentais desde meados da década de 1950. Apesar de ainda possuir grande impacto para a saúde da sociedade destas nações, as taxas de DAC diminuíram consideravelmente nas últimas décadas.¹

Existem diferenças significativas na prevalência de DAC, uma vez que diferentes regiões do mundo enfrentam estágios variados desta epidemia. Um modelo de transição epidemiológica para doenças cardiovasculares descreve uma série de estágios a partir de um perfil de população com baixa expectativa de vida e doenças cardiovasculares decorrentes principalmente de doenças infecciosas e desnutrição, que é um padrão comumente observado em países subdesenvolvidos. À medida que o desenvolvimento econômico e de saúde pública melhora a nutrição da população e reduz as doenças infecciosas, a expectativa de vida aumenta, e são alterados o padrão e as taxas de doença cardiovascular. Na última fase, comumente observada em países de alta renda, a expectativa de vida aumenta, e predominam as doenças cardiovasculares degenerativas em idade avançada. As taxas variáveis de incidência, prevalência e mortalidade refletem os diferentes níveis de fatores de risco, outras causas de morte concorrentes e a disponibilidade de recursos para combater as doenças cardiovasculares.²

Palavras-chave

Doença da Artéria Coronariana, Doenças Cardiovasculares/epidemiologia, Procedimentos Cirúrgicos Minimamente Invasivos, Angioplastia Coronária com Balão.

Apesar de grandes variações no número de procedimentos de revascularização entre diversos países, a quantidade de intervenções não parece estar relacionada à incidência de DAC.³

O aumento do número de procedimentos intervencionistas para revascularização do miocárdio (angioplastia e cirurgia) nos últimos 20 anos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil acompanha esta segunda onda epidêmica de DAC dos países em desenvolvimento e pode ajudar a repensar o modelo de cuidado que precisaremos construir nas próximas décadas para a nossa sociedade.

O crescimento mais expressivo do número de angioplastias em relação ao de cirurgias no SUS também encontra paralelo em diferentes países do mundo no mesmo período. O uso de angioplastia aumentou rapidamente ao longo dos últimos 20 anos na maioria dos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), ultrapassando a cirurgia de revascularização do miocárdio como método preferido de revascularização em meados da década de 1990.³ Em média, nos países da OCDE, a angioplastia representa agora 78% de todos os procedimentos de revascularização e excede 85% na França, Espanha e Israel.³ No Brasil, 66% dos procedimentos de revascularização do miocárdio pelo SUS em 2015 foram realizados pela abordagem transcatereter.

Em sentido oposto, acompanhando o último estágio desta epidemia, os hospitais norte-americanos somaram uma redução significativa dos números de cirurgia de revascularização do miocárdio e uma redução não significativa (estabilização) do número de angioplastias realizadas na primeira década do século XXI, ao mesmo tempo em que mais hospitais realizavam

Correspondência: Alexandre Siciliano Colafranceschi

Rua Dona Mariana, 143, sala A 12. CEP: 22280-020, Botafogo, Rio de Janeiro, RJ – Brasil
E-mail: acolafranceschi@hotmail.com

DOI: [10.5935/2359-4802.20170074](https://doi.org/10.5935/2359-4802.20170074)

ambos os procedimentos, reduzindo o volume médio de cada instituição, o que pode ter impacto negativo na qualidade, na segurança e nos custos associados a estas intervenções.⁴

Tais observações fazem com que diversos legisladores e gestores repensem o modelo de cuidado cardiovascular com a construção de sistemas de saúde consolidados e por meio da criação de centros de excelência doença-específicos, que oferecem cuidado integrado, por ciclo de tempo, centrado nas demandas do indivíduo, como forma de geração de valor ao cuidado nos Estados Unidos.

A angioplastia coronária é uma intervenção cara, mas é muito menos dispendiosa do que uma cirurgia de revascularização do miocárdio, porque é menos invasiva. O preço estimado de uma angioplastia, em média, para os 24 países da OCDE era de cerca de US\$7.400,00 em 2010, em comparação com US\$17.400,00 para a cirurgia convencional.⁵ Valores muito superiores ao que reembolsou, em média, o SUS por AIH para cada uma destas intervenções em 2015 no Brasil. Consequentemente, para pacientes que, de outra forma, receberiam um enxerto (arterial e/ou venoso) cirúrgico, a introdução da angioplastia não só reduziu a morbimortalidade do procedimento intervencionista, como também diminuiu os custos. Atualmente, até 18% das angioplastias coronarianas eletivas nos Estados Unidos são realizadas sem a necessidade de internação hospitalar, com o objetivo de reduzir ainda mais os custos associados ao cuidado de pacientes com DAC.⁴

Os custos agregados, ajustados pela inflação, para hospitalizações de cinco dos seis procedimentos mais caros nos Estados Unidos, aumentaram desde 1999.

Em 2007, os Estados Unidos gastaram US\$697 bilhões para cuidados com pacientes internados em hospitais, onde os procedimentos mais complexos são realizados e as tecnologias mais complexas utilizadas, representando 37% dos gastos com cuidados de saúde naquele ano. Três dos seis procedimentos que mais contribuíram para os custos hospitalares nos Estados Unidos são relacionados com doenças cardiovasculares e incluem angioplastias coronarianas, cirurgia de revascularização do miocárdio e implante de marca-passos, terapia de ressincronização ventricular e implante de desfibriladores. O número de altas hospitalares após angioplastia coronariana aumentou de forma constante desde 1999 para 828 mil, e seus custos hospitalares ajustados pela inflação aumentaram 108% – para US\$13,3 bilhões. Em contraste, hospitalizações para realização de cirurgias de revascularização do

miocárdio tiveram decréscimo de 24%, indo para 245 mil. No entanto, os custos agregados para cirurgia convencional diminuíram apenas 3%, para US\$8,1 bilhões.⁵

Apesar de mais cara e de estar associada a maior morbimortalidade, alguns pacientes se beneficiam da cirurgia de revascularização do miocárdio, como aqueles de anatomia mais complexa, com disfunção ventricular esquerda e diabéticos. A seleção dos melhores candidatos para a melhor intervenção deve ser sempre considerada e discutida em times de profissionais especializados, que possuem habilidades técnicas complementares para o cuidado de pacientes com DAC. A seleção de pacientes para uma ou outra estratégia invasiva, se baseada apenas nas evidências científicas disponíveis e se desconsiderados os resultados institucionais locais, além dos valores e preferências do paciente, pode imputar grande sobrecarga para a sociedade, sobretudo em um modelo pouco consolidado de instituições que realizam cada vez menor volume de procedimentos de complexidade terciária.⁴

As médias regionais e nacionais podem ocultar variações importantes nos resultados assistenciais de diferentes instituições. Desta forma, um aspecto importante a se considerar é a adequação dos resultados dos estudos científicos para a realidade local de cada hospital em virtude da grande variabilidade dos indicadores, principalmente relacionados à cirurgia de revascularização do miocárdio. Nesta análise, no Brasil de 2015, a mortalidade após a cirurgia de revascularização do miocárdio não ajustada pelo SUS variou de 5,3%, na Região Sudeste, para 8,3%, no Norte do país, ou seja, uma diferença de 65%, enquanto a mortalidade após angioplastia variou de 1,9% para 3,1%, nas Regiões Sudeste e Norte, respectivamente. Apesar da taxa de mortalidade inferior (se comparada de forma não ajustada às taxas de mortalidade cirúrgica), as diferenças regionais também superam os 60% para as intervenções percutâneas.

Muitos veem cuidados de saúde de qualidade como um guarda-chuva abrangente, sob o qual reside a segurança do paciente. Por exemplo, o *Institute of Medicine* (IOM) considera a segurança do paciente "indistinguível da entrega de cuidados de saúde de qualidade".⁶

Grupos de trabalho, como os do IOM, tentaram definir a qualidade dos cuidados de saúde em termos de padrões. Inicialmente, o instituto definiu a qualidade como "o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual".⁷

Isto levou a uma definição de qualidade, que parecia ser uma listagem de indicadores que são expressões dos padrões. Tais padrões, em sua maioria, foram e geralmente continuam a ser compostos pelos cinco domínios (morte, doença, deficiência, desconforto e insatisfação) em vez de componentes mais positivos de qualidade.⁸

A mortalidade periprocedimento, apesar de ainda muito utilizada como métrica de qualidade e segurança, sobretudo por ser uma medida simples e acurada, mas também pelo impacto que sua determinação gera, não consegue expressar outros domínios relacionados à qualidade do cuidado. Taxas de mortalidade elevadas em relação a um padrão estabelecido merecem atenção, pois definitivamente expressam um cuidado de baixo VALOR. No entanto, taxas de mortalidade baixas não necessariamente estão associadas a um cuidado de alto VALOR. A capacidade institucional de cuidar de complicações e morbidades pós-intervenções (evitáveis ou não) pode minimizar o impacto de sua ocorrência nas taxas de mortalidade periprocedimento, gerando desperdícios e impacto negativo na experiência do paciente.

O trabalho mais recente da IOM para identificar os componentes de cuidados de qualidade para o século 21 é centrado nos componentes conceituais da qualidade, e não nos indicadores medidos: o cuidado de qualidade é seguro, efetivo, centrado no paciente, oportuno, eficiente e equitativo. Assim, a segurança é o fundamento sobre o qual todos os outros aspectos do cuidado de qualidade são construídos.⁹

Além da evolução conceitual sobre qualidade e segurança dos pacientes, nos últimos anos observou-se crescente preocupação com o controle dos custos na área de saúde. Diversos aspectos justificam esta preocupação: os crescentes gastos públicos na área, os problemas relacionados ao financiamento destes gastos, a grande necessidade e a ainda pequena disseminação de métodos adequados de apuração ou mensuração de custos, a importância de seu gerenciamento e acompanhamento, de seu controle, e de seu uso como instrumento de decisão, análise e escolha de programas e estabelecimento de políticas para a área.

Custo, preço e valor não são sinônimos. Valor é um termo de difícil definição. É um substantivo masculino, que possui diversos significados, dependendo do contexto em que está inserido.

Na filosofia, valores são o conjunto de características de uma determinada pessoa ou organização, que determinam a forma como a pessoa ou organização se

comportam e interagem com outros indivíduos e com o meio ambiente. Destaca-se a ética como um valor vital.

Para a economia, valor econômico é o valor não monetário, mas estimado de um determinado bem ou serviço, ou seja, o grau de importância deste para a sociedade. Já o valor financeiro pode ser entendido como quantas unidades monetárias – por exemplo quantos reais – se estaria disposto a pagar para ter acesso a este bem ou serviço.

A vida não tem preço (já que o que tem preço pode ser substituído por outra coisa, equivalente). Este aforisma tem justificado o comportamento de profissionais, instituições e indústrias da área da saúde para o desenvolvimento e incorporação (na prática assistencial) de medicamentos, dispositivos e processos que, em geral, agregam custos ao sistema de saúde. Este ciclo de desenvolvimento e seus custos, porém, não necessariamente estão diretamente relacionados a benefícios (qualidade de vida e perspectiva de vida) concretos e proporcionais para os indivíduos e podem acarretar impacto negativo para a sociedade em geral. A relação entre a despesa dos sistemas de saúde e os resultados assistenciais é de interesse para os gestores, à luz de aumentos constantes nos gastos com cuidados de saúde para a maioria dos países industrializados. Por exemplo, os Estados Unidos se destacam porque gastam muito mais na saúde do que qualquer outro país, mas a expectativa de vida da população americana não é mais longa – é mais curta do que em outros países que gastam muito menos. No caso mais extremo, vemos que os americanos gastam mais de cinco vezes o que os chilenos gastam, ainda que a população do Chile realmente viva mais tempo que os americanos.¹⁰

No entanto, o estabelecimento de relações causais é complexo porque, em primeiro lugar, a despesa com cuidados de saúde é apenas um dos muitos fatores quantitativos e qualitativos que contribuem para os resultados de saúde e, em segundo lugar, a medição do estado da saúde é um processo imperfeito.

O significado de VALOR, na área da saúde, além de ainda não estar bem entendido, é de difícil execução prática. De forma conceitual, o VALOR do cuidado pode ser determinado como a relação entre os resultados assistenciais (incluindo a experiência do paciente) e os custos econômicos relacionados ao cuidado do indivíduo ao longo de todo um ciclo de tempo (não apenas para intervenções específicas). Portanto, prover cuidado de qualidade, sem desperdícios, é um dos desafios de qualquer sistema de saúde na atual conjuntura global.¹¹

Cirurgia de revascularização do miocárdio, angioplastia coronariana ou tratamento clínico são estratégias de cuidado que precisam ser customizadas para o indivíduo com DAC, baseando-se nas melhores evidências científicas contemporâneas e nos resultados assistências da instituição, levando-se em consideração os valores e as preferências do paciente. Os valores recebidos por procedimento (*fee for service*) e o desalinhamento de valores entre pacientes, profissionais de saúde, instituições hospitalares e fontes pagadoras estão no centro das discussões sobre a sustentabilidade do sistema

de saúde. Apenas com valores claros e transparentes, em um ambiente de confiança, novas lideranças podem alavancar, com coragem e resiliência, um sistema de saúde baseado em valor organizado em instituições de alta confiabilidade, no qual times de alto desempenho e a tomada de decisão compartilhada têm grande VALOR. Entender, entretanto, o motivo pelo qual os valores de repasses de honorários médicos e institucionais no Brasil ao longo dos últimos 20 anos permaneceram em média bem abaixo da inflação, especialmente no grupo de revascularizações percutâneas, são outros quinhentos!

Referências

1. Sanchis-Gomar F, Perez-Quillis C, Leischik, R, Lucia, A. Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. *Ann Transl Med.* 2016; 4(13): 256. Doi: 10.21037/atm.2016.06.33.
2. Reid CM, Owen AJ, Freedman B. Coronary artery disease epidemics: not all the same. *Medicographia.* 2014;36:11-8.
3. Kumar, A, Schoenstein M. Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries. France: OECD Health Working Papers, OECD Publishing ; 2013 .
4. Epstein AJ, Polsky D, Yang F, Yang L, Groeneveld PW. Coronary Revascularization Trends in the United States, 2001-2008. *JAMA.* 2011;305(17):1769-76. Doi:10.1001/jama.2011.551.
5. Center for Disease Control and Prevention. Table 36. [Internet]]. [Cited in 2016 Dec 10]. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/hus.htm>
6. Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, Institute of Medicine, Board Health Care Services. Patient safety: achieving a new standard for care. Washington, DC: National Academies Press; 2004.
7. Lohr K. Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance. In: Medicare a strategy for quality assurance. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
8. Lohr KN. Outcome measurements: concepts and questions. *Inquiry.* 1988;25(1):37-50. PMID:2966125.
9. Committee on the Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
10. Organisation for Economic Co-Operation and Development. OECD.Stat. [Internet]. [Cited in 2016 Dec 10]; Available from: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT
11. Porter ME, Lee TH. The strategy that will fix health care. *Harvard Review Business.* Oct 2013:1-19.