

Cuidados de Saúde com Base no Valor, na América Latina

José Francisco Kerr Saraiva, MD, PhD, FACC, FESC

A Doença Cardiovascular (DCV) é a principal causa de mortalidade na América Latina e no Brasil. Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) apontam que as DCV foram responsáveis por 32,52% das causas de morte (1). O aumento de sobrevida, associado à transição epidemiológica ocorrida nas últimas décadas, reduziu a mortalidade por doenças infectocontagiosas e cedeu lugar para as doenças não transmissíveis, particularmente para as DCV que estão associadas ao envelhecimento da população e às mudanças do estilo de vida. No Brasil, dados do estudo ELSA (Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto), realizado em mais de 15 mil funcionários de serviços públicos universitários no Brasil, mostraram elevadas taxas de fatores de risco para a DCV nesta população. Nesse estudo, a prevalência de *diabetes mellitus*, importante fator de risco para a DCV, foi de 20% (2). O presente cenário tende a agravar se considerarmos que as elevadas taxas de fatores de risco nos remetem à infância e adolescência. Um estudo realizado no município de Campinas (SP) avaliou o risco cardiovascular de 4.699 crianças e adolescentes entre 7 e 18 anos. Os principais achados apontaram para 33% dos jovens na faixa etária entre 7 e 12 anos com sobrepeso e obesidade (3). Essa pandemia, grave problema de saúde pública, caracterizada pela falta de controle dos fatores de risco clássicos para a DCV traz por consequência o presente cenário de sobrecarga assistencial observado nos hospitais de alta complexidade do sistema público e privado, responsáveis pelo atendimento da população vitimada pela aterosclerose e suas complicações. Além do que se pergunta, como otimizar o tratamento da DCV ao nível hospitalar e como estabelecer métricas em que o indivíduo, ao receber um determinado tratamento, possa fazê-lo com a melhor qualidade assistencial e com custos que possam ser otimizados com vistas à melhor relação custo-benefício?

No presente artigo, Katz e colaboradores trazem uma importante reflexão sobre essa complexa situação, apontando para propostas e soluções que possam ser obtidas através da cuidadosa análise de bancos de dados adequadamente colecionados, indo além das análises qualitativas clássicas. Dessa forma, a busca de novas variáveis que permitam fornecer elementos para que

seja possível avançar na melhor relação entre custo e benefício de procedimentos de alta complexidade beneficiará usuários, prestadores de serviços e pagadores, sejam eles públicos ou privados. Esse processo é fundamental, uma vez que fragilidades nos elos de intersecção entre gestores de planos de saúde, hospitais e usuários acabam por comprometer a assistência de boa qualidade. Como exemplo identificam-se hoje cenários de grande vulnerabilidade e discrepâncias, em que custos de procedimentos semelhantes em diferentes hospitais apresentam significativas variações, onerando de forma injustificada fontes pagadoras e fragilizando a complexa relação dos componentes que integram os sistemas de saúde. Além disso, coibir excessos evitando-se que os mesmos não onerem apenas o sistema, mas também induzam a procedimentos desnecessários, colocando o indivíduo sob riscos desnecessários, é tarefa árdua porém imprescindível.

Outra variável que deve ser levada em consideração é a crise econômica enfrentada nos países latino-americanos e particularmente no Brasil, que compromete sobremaneira a qualidade da assistência de alta complexidade prestada à população. Isso ocorre num momento em que a aquisição de novas tecnologias, que trazem em seu bojo procedimentos mais seguros e eficazes (novos fármacos, equipamentos e técnicas de intervenção), por um lado aumentam a sobrevida do paciente e por outro aumentam exponencialmente os custos num momento de grande fragilidade.

Dessa forma pergunta-se: como reduzir custos e aumentar a eficiência no uso dos limitados recursos existentes? Certamente a progressiva aquisição de experiências acumuladas, resultando em práticas baseadas na evidência, propiciará elementos para a análise crítica de custos. Iniciar esse processo através da análise de grupos de enfermidades selecionadas, como propõem os autores, parece ser o passo inicial para que se possa progressivamente adquirir experiências regionais próprias que contribuam para a construção racional dessa complexa equação que é prestar assistência de excelência a custos suportáveis.

Em conclusão, a criação de algoritmos construídos através do monitoramento dos procedimentos, de seus

resultados e custos, e de experiências adquiridas devidamente acumuladas e racionalmente discutidas envolvendo atores interdisciplinares (gestores, profissionais de saúde e usuários) constitui uma estratégia funda-

mental para que todos os envolvidos nesse processo possam atingir o grande objetivo de toda essa cadeia, o bem-estar e a excelência na qualidade de assistência ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. United Nations. General Assembly. Political Declaration of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases. 2011. Available at:http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol1/4A%2F66%2FL1&Lang1/4E

2. Schmidt MI, Hoffmann JF, Diniz MF, Lotufo PA, Griep RH, Bensenor IM, et al. High prevalence of diabetes and intermediate hyperglycemia - e Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Diabetology & Metabolic Syndrome* [Internet]. 2014[cited 2015 Jun 21];6:123-31.

Available from: <http://www.dmsjournal.com/content/pdf/1758-5996-6-123.pdf>

3. Saraiva JF, Timerman A, Saraiva A, Avezum A, Mendes JR. Prevalence of excess body weight in a student population of Campinas City. Brazil. *Eur J Prevent Cardiol*. 2014;21:51-56.