

Monitorização residencial da pressão arterial no diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica em adultos com suspeita da doença: uma análise de custo-utilidade

EIXO 1: SUSTENTABILIDADE NOS SISTEMAS DE SAÚDE

Autores: Rosa Camila Lucchetta; Ludmila Gargano; Mariana Fachi; Haliton Alves Oliveira Junior

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza a monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) e medida de consultório da pressão arterial para o diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica (HAS). No entanto, a HAS pode estar tanto superestimada, pelo uso apenas da medida de consultório, quanto subestimada, devido ao não comparecimento às consultas médicas e à falta de acessibilidade à MAPA. Nesse contexto, a monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) pode ser uma alternativa aos exames disponíveis no SUS. Assim, este estudo estimou a razão de custo-utilidade incremental (RCUI) da MRPA em relação à MAPA e à medida de consultório para o diagnóstico de HAS em adultos.

Métodos: Foi elaborada uma árvore de decisão acoplada a modelo de estados transicionais de cadeias de Markov; considerando horizonte temporal de 10 anos; ciclos anuais; taxa de desconto de 5%; custos diretos com diagnóstico, medicamentos, procedimentos ambulatoriais e hospitalares relacionados ao tratamento de HAS, acidente vascular cerebral (AVC) e cardiopatia isquêmica. Anos de vida ajustados pela qualidade (QALY) e custos foram os desfechos considerados. Com base na adaptação de avaliações publicadas, o modelo abrangeu nove estados de saúde, sendo: quatro estados de saúde iniciais, em que o paciente não sofreu nenhum evento cardiovascular maior e está recebendo o diagnóstico positivo ou negativo de HAS (i.e., verdadeiro ou falso, positivo e negativo); dois estados de saúde transitórios (i.e., AVC e outros eventos de cardiopatia isquêmica); dois estados de saúde pós-evento e morte por todas as causas. Resultados verdadeiros positivos (VP), falso positivos (FP), verdadeiro negativos (VN) e falso negativos (FN) de MRPA e medida de consultório foram considerados, tendo MAPA como teste de referência. Eficácia do tratamento medicamentoso foi considerado a depender da veracidade do diagnóstico de HAS e da utilização de tratamento (VP, probabilidade de eventos cardiovasculares em indivíduos com HAS e tratamento; FP, probabilidade de eventos cardiovasculares em indivíduos sem HAS; FN, probabilidade de eventos cardiovasculares em indivíduos com HAS e sem tratamento; ou VN, probabilidade de eventos cardiovasculares em indivíduos sem HAS). Valores de utilidade relacionados aos estados de saúde do modelo foram coletados de estudo nacional. Análises de sensibilidade determinística e probabilística foram realizadas.

Resultados: MRPA e medida de consultório apresentaram os menores custos globais (R\$ 356), seguidas pela MAPA (R\$ 367). A MAPA apresentou a maior efetividade (5,4665 QALY), seguida por MRPA (5,4595 QALY) e medida de consultório (5,4575 QALY). A MRPA em comparação com a MAPA tem uma RCEI de - R\$ 1541/QALY perdido (ou seja, R\$ 1541 são economizados por QALY perdido), mas domina a medida de consultório. Análises de sensibilidade sugeriram incerteza de reduzida importância dada que as diferenças de custo e efetividade foram marginais.

Discussões e conclusões: Foi identificado que a MRPA é custo-efetiva em relação à MAPA e domina a medida de consultório, além do que, a perda de benefício contra a MAPA é marginal. Os resultados de QALY podem ter sido mascarados pela baixa frequência de eventos cardiovasculares maiores e morte, que foram ainda mais reduzidos pelo tratamento considerado. Além disso, os baixos custos incrementais devem-se ao baixo custo de utilização das tecnologias.

Palavras-chave: Análise de Custo-Efetividade; Avaliação de Tecnologias em Saúde; Estudo de Validação; Técnicas de Apoio para a Decisão