

Contribuição do NATS Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp, em resposta ao relatório submetido à Consulta Pública “O USO DE LIMIARES DE CUSTO-EFETIVIDADE NAS DECISÕES EM SAÚDE: RECOMENDAÇÕES DA COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS”

Autoria: NATS Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp. Membros: Vania dos Santos Nunes Nogueira (coordenador), Julia Simões Corrêa Galendi, Patrick Alexander Wachholz, Paulo José Fortes Villas Boas Luciana Patricia Fernandes Abbade, Joelcio Francisco Abbade, Adriana Polachini do Valle, Mariana Andrades Fiorini Monteiro Novo, Cristina Maria Garcia de Lima Parada, Fernanda Minicucci

Contribuição

No posicionamento 4: “seriam contextos passíveis de limiares alternativos de custo-efetividade por promoverem a inovação e equidade em saúde para o SUS”, o critério “doenças acometendo indivíduos no final da expectativa de vida” foi excluído da lista de critérios de flexibilização de um potencial limiar de custo-efetividade (LCE).

Sugerimos que a posição seja revista. O entendimento expresso no relatório desconsidera aspectos técnicos relacionados ao uso do QALY como métrica em pacientes com baixa expectativa de vida, tem potencial discriminatório em relação à população geriátrica, e ignora considerações práticas de órgãos internacionais em relação ao tema.

O documento indica que um potencial LCE seria expresso em termos de custo por QALY, que é uma medida estabelecida internacionalmente e traz diversas vantagens para as avaliações econômicas. O QALY é um conceito que serve como métrica de qualidade de vida relacionada a saúde extremamente prático por condensar (em um valor entre 0 e 1) ganhos em termos de expectativa e qualidade de vida. O conceito de QALY parte de premissas, como por exemplo: ganhos em termos de qualidade são equivalentes a ganhos em expectativa de vida. Uma consequência empírica resultante desta premissa é que intervenções destinadas a pacientes com baixa expectativa de vida estão relacionados a menores ganhos em termos de QALY [1]. Essa distorção é especialmente encontrada em programas em que os custos incidem no curto prazo, mas cujos benefícios para a qualidade de vida são de longa duração [1].

Este problema da aplicação do QALY descrito na literatura como efeito teto (*ceiling effect*) pode gerar vieses, em especial para avaliação de tecnologias destinadas a população geriátrica [2]. Esse efeito é explicado de forma simples: pessoas jovens têm maior expectativa de vida, e mais tempo para se beneficiar de ganhos em qualidade de vida, o que acumula mais QALYs. Diversos estudos mostram empiricamente que programas destinados a população idosa quase sempre geram menos QALYs do que aqueles destinados a população jovem [3,4], com impacto nas razões de custo-efetividade [5].

Relatório publicado recentemente pela Organização Mundial da Saúde [6] reforça a preocupação sobre o impacto do idadismo (estereótipos, preconceitos e discriminação dirigidos a outros ou a nós mesmos com base na idade) no uso da inteligência artificial (IA) para a tomada de decisões sobre priorização ou alocação de recursos escassos. O problema reside no fato de que os conjuntos de dados usados para treinar modelos de IA (incluindo

dados de ensaios clínicos) geralmente excluem pessoas mais velhas, que assim frequentemente compõe um conjunto de dados “minoritário” para tecnologias de IA. Ou seja, se o algoritmo de uma tecnologia de IA for treinado com dados de populações predominantemente mais jovens e depois usado para uma população de idosos para a qual o algoritmo ainda não foi treinado, validado ou avaliado, ele pode ser ineficaz ou fornecer um diagnóstico ou previsão incorreta.

Em virtude dos problemas intrínsecos à aplicação do QALY para pacientes com baixa expectativa de vida, e em especial pelo potencial de discriminação contra a população idosa, o National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) adequou em 2010 (UK Equality Act 2010) os critérios para decisão sobre avaliações em caso de baixa expectativa de vida [3]. Desta forma, a flexibilização do LCE deve ser considerada de acordo com determinados critérios, conhecidos como *End-of-life (EOL) rule*: (i) Os órgãos consultivos serão mais cautelosos ao recomendar uma tecnologia quando estiverem menos certos sobre o ICER apresentado na análise de custo-efetividade; (Shiina, #268) A presença de fortes razões que indiquem que a avaliação da mudança na qualidade de vida é inadequadamente captada, podendo, portanto, deturpar o ganho em saúde; ou (iii) quando a intervenção é uma inovação que agrega benefícios substanciais demonstráveis e distintos que podem não ter sido adequadamente capturados na mensuração do ganho em saúde.

Em suma, devido as distorções técnicas geradas pelo uso de QALY demonstradas na literatura e o potencial discriminatório para pacientes idosos, sugerimos que o relatório seja ajustado com objetivo de garantir equidade para a incorporação de tecnologias destinadas a pacientes com baixa expectativa de vida e à população geriátrica.

Referências

1. Kocot, E.; Kotarba, P.; Dubas-Jakóbczyk, K. The application of the QALY measure in the assessment of the effects of health interventions on an older population: a systematic scoping review. *Arch Public Health* **2021**, *79*, 201, doi:10.1186/s13690-021-00729-7.
2. Johri, M.; Damschroder, L.J.; Zikmund-Fisher, B.J.; Ubel, P.A. The importance of age in allocating health care resources: does intervention-type matter? *Health Econ* **2005**, *14*, 669-678, doi:10.1002/hec.958.
3. Stevens, A.; Doyle, N.; Littlejohns, P.; Docherty, M. National Institute for Health and Clinical Excellence appraisal and ageism. *J Med Ethics* **2012**, *38*, 258-262, doi:10.1136/medethics-2011-100129.
4. Cookson R, C.A. Measuring overall population health: the use and abuse of QALYs. *Evid Based Public Heal Eff Effic*. **2010**, <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199563623.003.010>, doi:<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199563623.003.010>.
5. Baltussen, R.; Leidl, R.; Ament, A. The impact of age on cost-effectiveness ratios and its control in decision making. *Health Econ* **1996**, *5*, 227-239, doi:10.1002/(sici)1099-1050(199605)5:3<227::Aid-hec198>3.0.Co;2-y.
6. World Health Organization. Ageism in artificial intelligence for health [Internet]. [cited 2022 Jun 22]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240040793>