

Análise de custos da terapêutica da hiperplasia benigna da próstata

R Carneiro, C Santos

1. Introdução

O impacto sócio-económico da hiperplasia benigna da próstata (HBP) está ligada ao progressivo envelhecimento das sociedades ocidentais ou ocidentalizadas em todo o mundo.

A entidade patológica provocada pela HBP, que actualmente se associa à designação de sintomas urinários do aparelho urinário baixo, (LUTS – “*Lower Urinary Tract Sintoms*”) provocados por obstrução urinária de etiologia próstática (BPO – “*Benign Prostatic Obstrution*”) é uma patologia vulgar nos estratos etários mais altos da população. Estudos feitos em cadáveres mostram que a prevalência histológica desta entidade atinge os 20% nos homens com idade de 45 anos e sobe até aos 80% nos homens de 85 anos. A HBP, enquanto doença, compreende, além da vertente histológica, a vertente sintomática (ex: alterações das características e frequência das micções) e o impacto na qualidade de vida dos doentes. Muitos destes doentes apresentam queixas pouco importantes pelo que apenas necessitam de acompanhamento (“*watchful waiting*”). Os doentes que apresentam queixas mais graves têm à sua disposição uma série de opções terapêuticas que visam o alívio da sintomatologia. Destas opções avultam as terapêuticas médicas, nomeadamente com o uso dos alfabloqueantes e as terapêuticas cirúrgicas com a ressecção transuretral da próstata (RTU-P) e a adenomectomia aberta, entre outras.

A presente análise pretende medir a frequência e os custos da utilização dos recursos hospitalares em relação a doentes com HBP.

O impacto económico da HBP é impressionante, a título de exemplo é de referir que o custo total das terapêuticas médica e cirúrgica da HBP em 1990 no Reino Unido foi de 153 milhões de libras esterlinas, enquanto que nos USA se gastaram 2,3 mil milhões de dólares norte americanos (\$US) apenas em cirurgia da HBP no mesmo ano, sendo esse valor de 460 milhões (\$US) no Japão e de 38 milhões (\$US) na França.

Culturalmente no nosso país os estudos de impacto económico sempre estiveram afastados da investigação médica, pelo que é quase total a ausência de trabalhos publicados nesta área.

2. Materiais e métodos

Foi feita a análise retrospectiva do processo clínico de doentes de dois hospitais centrais da zona de Lisboa.

Embora randomizada, esta população encerra algumas características específicas, já que é constituída na sua esmagadora maioria por doentes referenciados a uma consulta de especialidade. Não é por isso uma população representativa da população geral que sofre de HBP, mas sim, daqueles doentes cujas queixas ultrapassaram o âmbito do Clínico Geral.

Em relação a cada doente foram considerados actos diagnósticos e actos terapêuticos.

2.1. Consultas de especialidade

Foi contabilizado o número de consultas de Urologia que cada doente necessitou, num dado

período de tempo, bem como a sua relação temporal com a terapêutica instituída.

2.2. Meios auxiliares de diagnóstico laboratoriais

Em relação aos meios auxiliares de diagnóstico foi considerado o número de análises a que cada doente foi submetido, em relação com a patologia em questão, sendo que apenas foram consideradas relevantes as determinações séricas do PSA, da ureia e da creatinina.

2.3. Exames pré operatórios

O conjunto de exames pedidos num contexto pré-operatório que englobou o estudo da coagulação – determinação do tempo da protrombina (TP) e o tempo da tromplastina parcial activada (APTT) – a radiografia do tórax, o electrocardiograma, o hemograma e o ionograma (determinação sérica do sódio e do potássio).

2.4. Meios auxiliares de diagnóstico imagiológicos

Foram contabilizados o número de ecografias renais, vesicais e próstáticas transrectais, que cada doente foi fazendo ao longo do seguimento da sua HBP.

2.5. Técnicas urológicas especiais

Registaram-se também o número de urofluxometrias que cada doente realizou e o número de cistoscópias realizadas, em cada doente, em relação apenas com a HBP. Outro parâmetro contabilizado foi o número de algalições que cada doente sofreu por retenção urinária, que foram registadas no processo clínico.

2.6. Modalidades terapêuticas

Em relação às estratégias terapêuticas, duas modalidades foram consideradas.

2.6.1. Terapêutica farmacológica

Na terapêutica farmacológica foram contabilizadas as prescrições de alfa-bloqueantes e finestrinde sendo os restantes fármacos desprezados nomeadamente os extractos de plantas, já que a sua prescrição se verificou rara e avulsa, por isso pouco relevante e difícil de contabilizar. As terapêuticas antibióticas também não foram contabilizadas pois a sua relação com a HBP nem sempre era clara.

2.6.2. Terapêutica cirúrgica

Na terapêutica cirúrgica foram contabilizadas apenas duas modalidades:

- Ressecção transuretral da próstata (RTU-P)
- Adenomectomia aberta

Os dados obtidos dizem respeito à revisão dos processos clínicos de 362 doentes, dos quais resultaram elegíveis para o estudo 258 doentes, sendo os restantes excluídos.

2.7. Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão incluíram diagnósticos sobreponíveis em alguma fase do seguimento, que de alguma forma tenham desvirtuado o objectivo do estudo, sendo o mais frequente o diagnóstico de carcinoma próstático. Outros critérios de exclusão foram o abandono da consulta, complicações cirúrgicas fora do âmbito da patologia próstática (ex: intercorrências cardíacas) e ainda registos que pela sua discrepância com a média, indiciavam algum erro de registo. Outro critério importante de exclusão, foi a pobreza dos registos dos processos que mostravam claramente a ausência de dados relevantes para o estudo.

2.8. Intervalo de tempo

O período de tempo, sobre o qual incidiu o estudo, foi considerado desde o início do ano de 1996 e o fim do ano de 2000.

Para cada doente foi criado um registo individual que incluiu o número de processo, o nome, as datas da primeira e última consulta, o número de consultas de Urologia, o número de análises realizadas, o número de ecografias, urofluxometrias e cistoscópias, o número de algalições por retenção urinária, as cirurgias realizadas e o tempo de terapêutica médica.

2.9. Período de seguimento

Cada doente contribuiu para o estudo com um determinado tempo de seguimento, expresso em anos, que se calculou medindo o número de dias entre a primeira e a última consulta e dividindo esse número por 365,25 obtendo assim, para cada doente, o número de anos de seguimento.

2.10. Número de anos de seguimento total

A soma dos vários anos de seguimento, de cada doente, deu o número de anos de seguimento da

população estudada, ou seja o número de anos de seguimento total (AST).

2.11. Número total de intervenções

Fez-se também a soma de cada uma das intervenções diagnósticas e terapêuticas a que cada doente foi submetido, obtendo-se para cada uma delas o número total de intervenções, (NTI) da população considerada.

2.12. Índices de seguimento

A comparação entre doentes com períodos de tempo de seguimento diferentes, nunca poderia ser feito em valores absolutos. Para obviar às diferenças de tempo de seguimento entre os vários elementos da população de doentes, obtiveram-se índices das diversas actos diagnósticos ou terapêuticos, expressos por doente e por ano de seguimento.

Dividindo o somatório de cada uma das intervenções na população do estudo, pelo número de anos de seguimento obtiveram-se os vários índices anuais (IA) de cada uma das intervenções consideradas (IA=NTI/AST).

2.13. Custos

2.13.1. Custos unitários

Na obtenção dos preços de cada um dos parâmetros considerados em cada doente, recorreu-se à Tabela Nacional de Grupos Diagnósticos Homogêneos (GDH) tal como está definida no Diário da República – I série B de 9 de Março de 2001. Nesta tabela estão definidos os preços a utilizar no sistema nacional de saúde pelos Hospitais Públicos, nomeadamente no que diz respeito a internamentos, actos diagnósticos e actos terapêuticos. Foi possível definir assim o preço unitário de cada um dos recursos, usados no seguimento dos doentes considerados, no que diz respeito às consultas, aos exames imagiológicos, aos exames de patologia clínica e a todos os outros actos médicos considerados, excepto intervenções cirúrgicas.

2.13.2. Custos das intervenções cirúrgicas

Relativamente às intervenções cirúrgicas, a tabela não especifica um preço unitário para cada uma das intervenções cirúrgicas supracitadas. Em contrapartida a tabela, no seu anexo I, especifica o preço a usar no internamento relativo a doentes submetidos às intervenções referidas, sempre que o n.º de dias de internamento não exceda um limiar pré-estabelecido. Este preço, tal como estabelece o art. 3º, engloba todos os cuidados médicos, hotelaria, meios complementares de diagnóstico e terapêutica no decorrer do

referido internamento. À falta de melhor fonte e numa perspectiva de simplificação, o preço do GDH relativo às intervenções cirúrgicas referidas foi tomado como valor na contabilização de custos dos doentes que foram operados.

2.13.3. Custos da terapêutica farmacológica

No que diz respeito à contabilização dos custos da terapêutica médica foram tomados como referência, o preço dos medicamentos em questão, tal como são definidos no Prontuário Terapêutico de Março de 2001. Embora dispersos no tempo estes custos foram capitalizados aos preços actuais, por uma questão de simplificação. Foi tomado como referência o custo diário das terapêuticas com os fármacos considerados e multiplicados por um factor de 365,25, encontrando-se assim o custo da terapêutica anual, que foi o parâmetro definido na avaliação de custos em relação à terapêutica médica.

	Preços (escudos)
Consulta	4 600
Antigenio específico próstatico PSA	3 200
Determinação sérica da ureia	320
Determinação sérica da creatinina	320
Estudo pré operatorio (Rx tórax, ECG PT, aPTT, Ionograma, Glicose)	4 414
Ecografia renal, vesical com medição do resíduo vesical, próstatica transrectal	14 100
Urofluxometria	5 520
Cistoscopia com anestesia local	23 460
Algáliação no homem	4 140
Finestrade (ano)	8 769
Alfabloqueante (ano)	6 605
RTU-P	381 500
Cirurgia aberta	136 987

Tabela 1 – Custos unitários

Os doentes foram divididos em dois grupos específicos, conforme a estratégia terapêutica usada, ou seja os doentes que foram submetidos a terapêutica médica e os que foram submetidos a terapêutica cirúrgica.

Considerando que estas duas abordagens terapêuticas, são muitas vezes sequenciais num mesmo doente, optou-se por incluir nos dois grupos os doentes que foram submetidos a ambas terapêuticas.

3. Resultados

O estudo incidiu sobre um total de 362 doentes dos quais foram considerados elegíveis 258 doentes, sendo os restantes excluídos.

As causas de exclusão foram (Tabela 2):

- 48 doentes (13% do total) foram excluídos por diagnósticos sobreponíveis ao longo do período de seguimento, que pela sua natureza, adulteraram os dados relevantes para o estudo. Destes diagnósticos o mais frequente foi o carcinoma da próstata (37 doentes)
- 18 doentes (4% do total) foram excluídos por complicações cirúrgicas fora do âmbito normal da cirurgia próstática. Os mais frequentes foram complicações cardiovasculares.
- 23 doentes (6% do total) foram excluídos por abandono da consulta.
- 15 doentes (4% do total) foram excluídos por incongruências ou insuficiência manifesta dos registos do processo clínico.

Doentes	Número (N)	(%)
Total	362	100
Elegíveis	258	72
Excluídos	104	28
diagnósticos sobreponíveis	48	13
complicações cirúrgicas	18	4
abandono da consulta	23	6
registos pobres/incongruentes	15	4

Tabela 2 – Critérios de exclusão

A população de doentes elegíveis (258 doentes) foi dividida em dois grupos distintos.

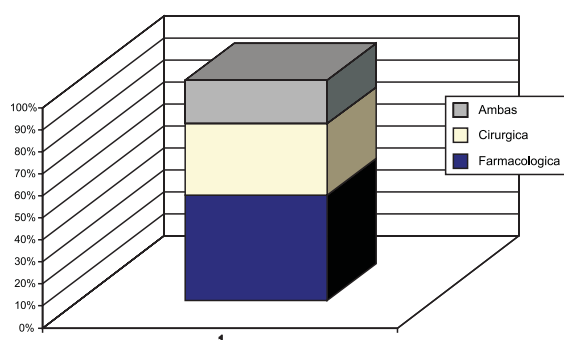


Gráfico 1 – Grupos Terapêuticos

3.1. Terapêutica médica com alfabloqueantes

Foram submetidos a terapêutica médica um total de 207 doentes com idade média de 62,7 anos. Estes doentes contribuíram com um total de 659 anos de

seguimento, a que corresponde um seguimento médio de 3,18 anos por doente, sendo o tempo de seguimento superior a 2 anos em 85% dos doentes.

Em relação a estes doentes o consumo de recursos diagnósticos e terapêuticos foi medido em relação ao período pré e pós o início da medicação. (Tabela 3)

3.1.1. Consultas de especialidade

Em relação a consultas de Urologia, este grupo de doentes consumiu um total de 525 consultas antes do início da medicação e um total de 960 consultas após o início da medicação. Estes valores correspondem a um índice de 0,8 e 1,46 consultas ano por doente, no período considerado.

3.1.2. Exames complementares laboratoriais

Nos exames complementares analíticos a frequência da determinação sérica do PSA e da ureia e creatinina foram bastante semelhantes no período pré e pós o início da medicação, com índices anuais, por doente, de 0,42 e 0,39 em relação ao PSA e 0,18 e 0,15 em relação aos marcadores da função renal.

3.1.3. Exames pré operatórios

No que diz respeito aos exames pré-operatórios (Rx tórax, ECG, glicose, ionograma, TP e aPTT) os índices foram respectivamente de 0,02 e 0,11. Esta diferença traduz o carácter pré-operatório deste ítem e reflecte a percentagem relativa de doentes que sob terapêutica médica, necessitaram terapêutica cirúrgica.

3.1.4. Exames imagiológicos

O consumo de ecografias renal, vesical e próstática, foi de 0,38 e 0,29 nos períodos pré e pós início da medicação.

3.1.5. Técnicas urológicas

Este grupo de doentes fez com alguma regularidade urofluxometrias, com índices anuais de 0,45 e 0,56, enquanto que as algaliasções por retenção e as cistoscopias foram episódios muito raros.

3.1.6. Terapêutica cirúrgica

Do universo de 207 doentes, 84 doentes (40%) foram operados devido à sua HBP. As cirurgias foram 6 RTU-P prévias à terapêutica médica, 57 RTU-P e 21 prostatectomias após o início da medicação. Estes números correspondem em índice anual por doente a 0,01 RTU-P antes do início da medicação e 0,09 RTU-P e 0,03 cirurgias abertas, respectivamente, após o início da medicação.

3.1.7. Terapêutica farmacológica

No que diz respeito à terapêutica médica específica, a prescrição de *finestrade* foi de 6,08 dias/ano e

5,47 dias/ano antes e após o início da medicação com alfabloqueante.

Cada doente foi submetido a terapêutica com alfabloqueante, em média, 111 dias por ano de seguimento.

	T. Farmacológica + T. Cirúrgica		T. Farmacológica	
	Pré	Pós	Pré	Pós
Consulta	0.8	1.46	0.08	1.2
Determinação sérica do PSA	0.42	0.39	0.40	0.34
Determinação sérica da creatinina e ureia	0.18	0.15	0.16	0.40
Exames pré-operatórios	0.02	0.01	0.00	0.00
Ecografia renal, vesical e próstata	0.38	0.29	0.36	0.30
Urofluxometria	0.45	0.56	0.45	0.40
Algaliação	0.01	0.00	0.00	0.00
Cistoscopia	0.00	0.00	0.00	0.01
RTU-P	0.01	0.09	0.00	0.00
Cirurgia aberta	0.00	0.03	0.00	0.00
Finestrade (dias/ano)	6.08	5.47	5.47	0.00
Alfabloqueantes (dias/ano)	0.00	111	0	365.25

Tabela 3 – Terapêutica Farmacológica – Número de episódios por doente, por ano de seguimento

Quando comparamos o subgrupo de doentes que foram apenas submetidos a terapêutica farmacológica, em relação ao grupo total de doentes, nota-se uma variação mínima nos índices anuais por doente tratado. Evidentemente que o índice de cirurgias desce para zero, enquanto que o índice de terapêutica médica sobe a 100% após o início da mesma.

3.2. Custos dos doentes com terapêutica médica

Considerando o grupo de doentes que em alguma fase do seu seguimento receberam uma prescrição de alfabloqueantes, obtemos um somatório de custos de 88541046 escudos, sendo o custo por ano de seguimento, por doente, de 134317 escudos. Gastaram-se, por doente e por ano de seguimento, 18435 escudos antes do início da medicação e 115881 escudos após o início da medicação (Tabela 4).

3.2.1. Consultas de especialidade

Em relação às consultas houve custos de médios por doente ano de 3663 escudos e de 6699 escudos, respectivamente antes e após o início da medicação.

3.2.2. Meios de auxiliares de diagnóstico laboratoriais

Nos meios auxiliares de diagnóstico laboratoriais, os custos foram de 1354 escudos em relação ao PSA, 113 escudos em relação aos indicadores da função renal, considerando o período pré-medicação. Relativamente ao período após o início da medicação, os custos foram de 1252 escudos em relação ao PSA e de 96 escudos em relação às determinações da ureia e creatinina séricas.

3.2.3. Estudos pré-operatórios

O custo com exames pré-operatórios (Rx tórax, ECG, ionograma, glicose, PT e aPTT) foram de 100 escudos e 482 escudos antes e depois do início da medicação por doente e ano de seguimento.

3.2.4. Exames imagiológicos

Os gastos com exames imagiológicos, ecografia renal vesical e próstata foram de 5390 escudos e 4106 escudos antes e depois da medicação ser instituída.

3.2.5. Técnicas urológicas

Gastaram-se em urofluxometrias, por pessoa e por ano, um total de 2462 escudos e 3089 escudos, antes e depois do início da terapêutica, os custos com algaliações por retenção foram muito baixos tal como na realização de cistoscopias.

3.2.6. Terapêutica cirúrgica

Em relação à RTU-P contabilizaram-se despesas de 3472 em média por doente e por ano antes do início da terapêutica e de 32988 após o início da terapêutica. Os doentes submetidos a terapêutica cirúrgica aberta tiveram gastos relativos de 4364 apenas no período posterior ao início da terapêutica.

3.2.7. Terapêutica médica

Nos gastos com medicação propriamente dita gastaram-se com o Finestrade 1716 escudos e 1596 escudos, por doente e por ano, antes e depois do início dos alfabloqueantes. A despesa com alfabloqueantes foi de 61080 escudos, por cada doente e por cada ano de seguimento.

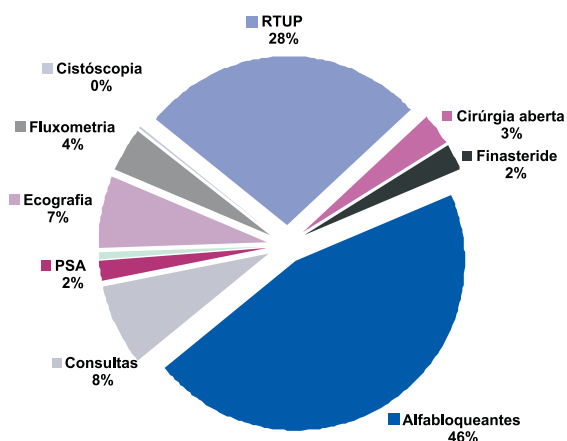


Gráfico 2 – Custos percentuais – Doentes com terapêutica farmacológica e cirúrgica

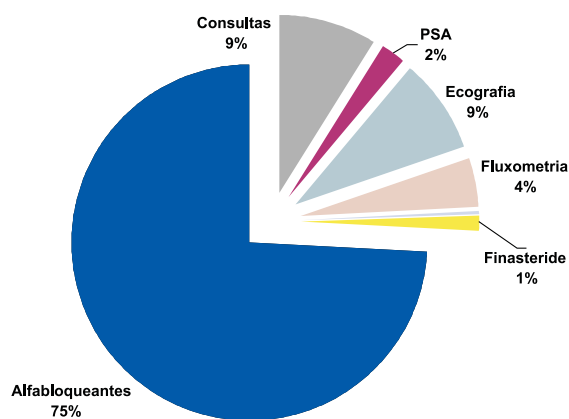


Gráfico 3 – Custos percentuais – Doentes com terapêutica farmacológica

	T. Farmacológica + T. Cirúrgica		T. Farmacológica	
	Pré	Pós	Pré	Pós
Consulta	3663	6699	3686	5746
Determinação sérica do PSA	1354	1252	1282	1106
Determinação serica da Creatinina e ureia	113	96	100	25
Exames pré operatórios	100	482	0	0
Ecografia renal, vesical e próstática	5390	4106	5096	4098
Urofluxometria	2461	3089	2472	2211
Algaliação	56	18	0	0
Cistoscopia	106	106	0	184
RTU-P	3472	32988	0	0
Cirurgia aberta	0	4364	0	0
Finestride	1716	1596	1584	0
Alfabloqueantes	0	61080	0	79260

Tabela 4 – Terapêutica Farmacológica – Custos por doente por ano de seguimento (escudos/ano de seguimento)

Comparando de novo o subgrupo de doentes que não foram submetidos a terapêutica cirúrgica, com o grupo total, observa-se que os gastos variaram sobretudo nos itens relativos aos gastos com medicação. (Gráficos 2 e 3)

3.3. Terapêutica cirúrgica

Foram submetidos a terapêutica cirúrgica um total de 135 doentes com idade média de 64,1 anos.

Estes doentes contribuíram no total com 398 anos de seguimento, o que dá um seguimento médio, por doente, de aproximadamente 3 anos, sendo o seguimento médio superior a 2 anos em 65 % dos doentes.

Também aqui se contabilizaram os recursos despendidos no diagnóstico e na terapêutica, relativamente aos períodos pré e pós-operatórios.

3.3.1. Consultas de especialidade

No que respeita a consultas de Urologia estes doentes consumiram respectivamente 1,68 e 0,74 consultas por doente por ano de seguimento antes e depois da intervenção cirúrgica.

3.3.2. Meios auxiliares de diagnóstico laboratoriais

Os índices anuais de determinação sérica do PSA foram 0,75 e 0,13. A determinação sérica dos indicadores da função renal foram respectivamente de 0,5 e 0,03 no pré e no pós-operatório.

3.3.3. Exames pré operatórios

O índice de exames pré operatórios foi naturalmente de muito baixo após a primeira cirurgia, (0,01) indicativo da taxa de doentes reoperados, no pré-operatório foi de 0,34 por doente por ano de seguimento.

3.3.4. Exames imagiológicos

Os índices anuais por doente de realização de ecografia renal vesical e próstática foram de 0,65 e 0,04 respectivamente no pré e no pós-operatório.

3.3.5. Técnicas urológicas

As taxas de realização de urofluxometria foram de 0,90 e 0,23 respectivamente no pré e no pós-operatório.

Os índices de algaliação por retenção urinária e cistoscopias foram em ambos os períodos muito baixos.

3.3.6. Terapêutica médica

Destes doentes, houve uma percentagem significativa que fez alfabloqueantes antes da sua cirurgia, com um índice anual por doente de 4,96 meses de medicação. Além disso, houve doentes que necessitaram de medicação após a cirurgia sendo contabilizados 0,5 meses de medicação por doente por ano de seguimento.

3.3.7. Terapêutica cirúrgica

Destes doentes 93 foram submetidos a RTU-P (Índice anual de 0,23) 39 foram submetidos a adenomectomia (índice anual de 0,10) e 3 foram reoperados (índice anual de 0,01).

	T. Farmacológica + T. Cirúrgica		T. Farmacológica	
	Pré	Pós	Pré	Pós
Consulta	1.68	0.74	1.13	0.64
Determinação sérica do PSA	0.75	0.13	0.56	0.13
Determinação sérica da Creatinina e ureia	0.50	0.03	0.49	0.10
Exames pré operatórios	0.34	0.01	0.44	0.10
Ecografia renal, vesical e próstata	0.65	0.04	0.49	0.05
Urofluxometria	0.90	0.23	0.67	0.26
Algaliação	0.02	0.01	0.00	0.03
Cistoscopia	0.01	0.01	0.00	0.03
RTU-P	0.00	0.23	0.00	0.26
Cirurgia aberta	0.00	0.10	0.00	0.18
Alfabloqueantes	4.96	0.50	0.00	0.00

Tabela 5 – Terapêutica Cirúrgica – Número de episódios por doente por ano de seguimento

No subgrupo de doentes que não fizeram terapêutica médica, tendo apenas sido submetidos a terapêutica cirúrgica o tempo de seguimento desce substancialmente de 3 para 2 anos, ainda que os vários índices, por doente e ano de seguimento, sejam bastante semelhantes, embora se note um decréscimo no índice de consultas no pós operatório e no de urofluxometrias prévias à intervenção. (Gráficos 4 e 5)

3.4. Custos dos doentes submetidos a terapêutica cirúrgica

O custo total ao longo do período considerado no grupo de doentes que, em alguma fase do seu seguimento, foram operados foi de 68760768 escudos o que dá um custo anual de 172621 escudos por pessoa e por ano de seguimento. Estes custos dividiram-se em 160601 escudos por pessoa ano no pré-operatório 12020 escudos por pessoa ano de seguimento no pós-operatório se considerarmos o custo da cirurgia tal como é definido na tabela de GDH no item do pós-operatório.

3.4.1. Consultas

Gastaram-se em consultas de Urologia 7725 escudos por pessoa por ano antes da cirurgia e 3395 escudos após a cirurgia.

3.4.2. Exames complementares laboratoriais

Nas determinações séricas do PSA e dos indicadores da função renal gastaram-se respectivamente 2385 escudos e 323 escudos no pré-operatório e 409 escudos e 19 escudos no pós-operatório, sempre por pessoa e por ano de seguimento.

3.4.3. Exames pré operatórios

O diferencial de custos com exames pré-operatórios, respectivamente 1496 e 33 escudos por pessoa e ano de seguimento, reflecte a baixa taxa de reoperação existente neste grupo de doentes.

3.4.4. Exames imagiológicos

Os custos de exames imagiológicos apresentam também um diferencial apreciável sendo em índices anuais por doente de 9132 e 530 escudos respectivamente antes e depois da cirurgia.

3.4.5. Técnicas urológicas

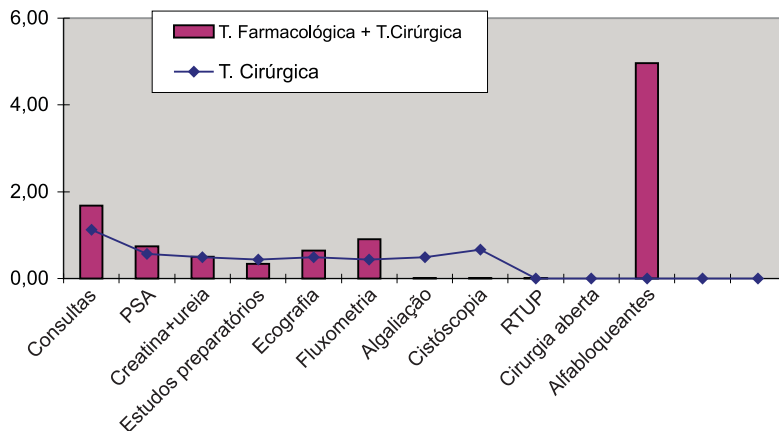
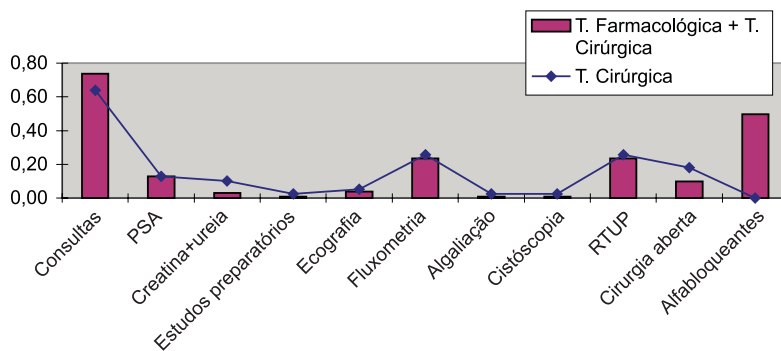
Os custos das urofluxometrias foram de 4988 e 1288 escudos no pré e pós operatório respectivamente. A baixíssima taxa de algaliações por retenção urinária e de cistoscopia transformaram os custos anuais por pessoa ano de seguimento em valores irrisórios.

3.4.6. Terapêutica médica

A terapêutica farmacológica, que alguns deste doentes fizeram antes da cirurgia, resultou num custo anual por pessoa de 32781 escudos, enquanto que após a cirurgia apenas se gastaram 3283 escudos por doente por ano de seguimento.

3.4.7. Terapêutica cirúrgica

Os maiores custos destes doentes foram no procedimento cirúrgico, com gastos médios por

Gráfico 4 – Terapêutica Cirúrgica
– Índices Pré-terapêuticosGráfico 5 – Terapêutica Cirúrgica
– Índices Pós-terapêuticos

peessoa e ano de seguimento, de 89070 escudos em doentes submetidos a RTU-P e de 13412 em doentes submetidos a adenomectomia aberta.

	T. Farma- cológica +T. Cirúrgica		T. Farmaco- lógica	
	Pré	Pós	Pré	Pós
Consulta	7725	3395	5180	2943
Determinação sérica do PSA	2385	409	1801	409
Determinação sérica da Creatinina e ureia	323	19	311	65
Exames pré operatórios	1496	33	696	40
Ecografia renal, vesical e próstática	9132	530	6856	721
Urofluxometria	4988	1288	3673	1412
Algaliação	62	31	0	106
Cistoscopia	176	176	0	600
RTU-P	0	89070	0	97641
Cirurgia aberta	0	13412	0	24542
Alfabloqueantes	32781	3283	0	0

Tabela 6 - Terapêutica Cirúrgica - Custos por doente por ano de seguimento (escudos/ano de seguimento)

4. Conclusões

Os doentes submetidos a terapêutica médica apresentaram custos totais de 88541046 escudos, sendo 12152811 custos anteriores ao início da terapêutica e 76388235 escudos custos posteriores ao início da terapêutica com alfabloqueantes.

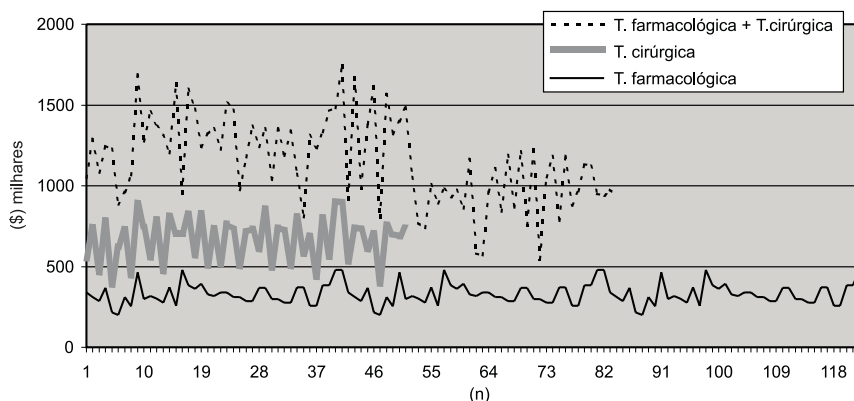
Estes valores correspondem a um custo total médio, por doente e ano de seguimento, de 134317 escudos que é a soma do custo anterior ao início da medicação que foi 18436 e o custo posterior ao início da medicação que foi de 115881 escudos.

Os doentes submetidos a terapêutica cirúrgica, independentemente de terem feito terapêutica farmacológica, apresentaram custos totais de 69149100 escudos, repartidos por 24675135 escudos no período pré-operatório e 44473965 escudos no período pós-operatório.

Estes valores correspondem a um custo médio total, por pessoa e por ano de seguimento, de 173596 escudos, que é o resultado da soma do custo médio pré-operatório de 61946 escudos com o custo médio pós-operatório de 111650 escudos.

Comparativamente, os doentes submetidos a terapêutica sequencial, ou seja os doentes que iniciaram o seu seguimento com terapêutica farmacológica tendo posteriormente sido operados, apresentam custos substancialmente superiores (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Custo Total por doente.



Os custos são superiores no período pré-operatório (2314254 escudos por pessoa e ano de seguimento) quando comparados com os doentes que apenas necessitaram de terapêutica cirúrgica.

Os custos são também substancialmente superiores no pós-operatório (15068649 escudos por pessoa e ano de seguimento)

Os doentes do grupo que apenas fizeram terapêutica farmacológica apresentam valores de custo mais baixos. No entanto, esta terapêutica tem um carácter cumulativo, ou seja, não é previsível que este grupo de doentes possa, em alguma fase do seu seguimento, ter uma inversão negativa de custos. Além disso sabe-se que uma percentagem importante destes doentes acabará por necessitar de terapêutica cirúrgica, sendo por isso previsível que um estudo que abarque um período de seguimento mais alargado, conclua serem estes os doentes cuja margem de progressão de custo seja superior.

5. Bibliografia

- Plosker G L & Goa KL. Terazosin: a pharmacoeconomic evaluation of its use in benign prostatic hyperplasia. *Pharmacoeconomics*, 1997, 11 (2), pp 184-197
- Eri L M, Tvetter K J. Treatment of benign prostatic hyperplasia: a pharmacoeconomic perspective. *Drugs & Aging*, 1997, 10 (2), pp. 107-118
- Lanes S F et al. A cost density analysis of benign prostatic hyperplasia. *Clinical Therapeutics*, 1996, (5), pp. 993-1004
- Schulman CC. The economics of treatment of benign prostatic hyperplasia. *European Urology*, 1996, 29(3), pp. 337
- Baladi J F et al. An economic evaluation of finestrade for treatment of benign prostatic hyperplasia. *Pharmacoeconomics*, 1996 9(%), pp.443-454
- Diário da República – I Série B, n.º 58 – 9 de Março de 2001, portaria nº 189/ 2001, pp 1299 e seguintes.
- Lowe F C et al. Economic modeling to assess the cost of treatment with finestrade, terazosin, and transurethral resection of the prostate for men with moderate to severe symptoms of benign prostatic hyperplasia. *Urology*, 1995, 46 (4), pp. 447-483