

Doença Coronariana – Porque revisitar

DRA. CLAUDIA ESCOSTEGUY

Vários são os indicadores que demonstram o papel de destaque das chamadas doenças cardiovasculares (DCV) entre os problemas de saúde prioritários em nosso país. As DCV têm sido a principal causa de mortalidade proporcional no Brasil desde a década de 60, sendo responsáveis, em 1995, por 27,4% do total de óbitos no país. Naquele ano, excluindo-se as causas mal definidas, as DCV representaram 45,7% dos óbitos femininos e 37,7% dos masculinos acima de 30 anos¹. A doença isquêmica do coração é o componente principal dessa mortalidade nas cidades da Região Sul e Sudeste². Entre 35 e 45 anos de idade, a taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio (IAM) nas capitais brasileiras foi, para os homens, cerca de três vezes maior do que nos EUA, e para as mulheres, cerca de quatro vezes maior³.

Enquanto que em alguns municípios brasileiros como São Paulo, Salvador e Belém já foi demonstrada uma

tendência decrescente dos coeficientes de mortalidade por doença isquêmica do coração, de forma semelhante ao observado nos EUA desde a década de sessenta, e na Europa Ocidental desde a década de setenta, no município do Rio de Janeiro foi observada uma tendência crescente para ambos os sexos^{2,4}.

Em 1995, no município do Rio de Janeiro, aproximadamente 40% dos óbitos por doença isquêmica do coração foram notificados como extra-hospitalares no atestado de óbito⁵. No mesmo ano, o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) registrou um total de óbitos hospitalares por doença isquêmica do coração correspondente a apenas 10% dos óbitos registrados como hospitalares no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Neste período, a letalidade hospitalar registrada para o diagnóstico de IAM foi 18,4% no estado do Rio de

Janeiro⁶. Esta letalidade distancia-se das cifras reduzidas que são alcançadas em ensaios clínicos randomizados⁷ ou centros selecionados^{8,9} ou estimadas a partir da projeção da eficácia das tecnologias disponíveis para tratamento dos casos¹⁰. Porém, é semelhante à relatada por outros estudos de casos não selecionados em países desenvolvidos¹¹⁻¹³.

A maioria dos casos hospitalizados de IAM em países desenvolvidos é tratada em unidades coronarianas. As opções terapêuticas são inúmeras, e a ampla disponibilidade de ensaios clínicos randomizados tem facilitado o desenvolvimento, por painéis de especialistas, de diretrizes práticas de tratamento baseadas em evidências científicas. A Sociedade Brasileira de Cardiologia tem publicado periodicamente diretrizes nacionais para o tratamento de diversas condições cardiológicas, incluindo aquelas relacionadas à doença isquêmica do coração.

Alguns estudos demonstram que a existência ou mesmo o conhecimento dessas diretrizes não tem garantido uma prática assistencial baseada em evidências científicas. Em um estudo brasileiro com objetivo de avaliar a qualidade da assistência hospitalar ao IAM no município do Rio de Janeiro, a partir dos dados do SIH/SUS e de uma amostra aleatória de prontuários médicos estratificada por hospitais, foram analisados o perfil de uso de tecnologias diagnósticas e terapêuticas e a variação no risco de morte hospitalar¹⁴. A variação, entre as naturezas jurídicas dos hospitais, do perfil de uso de intervenções diagnósticas e terapêuticas foi mais evidente do que a variação da estrutura de gravidade dos casos. Algumas intervenções com eficácia documentada em reduzir a letalidade pós-IAM, tais como trombolíticos, betabloqueadores e nitratos IV, foram subutilizadas, enquanto o uso de bloqueadores de cálcio, sem eficácia documentada, foi bastante difundido. Apesar do uso do ácido acetilsalicílico ter sido bastante amplo (86,5% dos casos), poderia ter sido maior e mais precoce, já que em quase 30% destes casos só ocorreu após o primeiro dia da internação.

O percentual de uso de trombolíticos foi bastante reduzido (19,5% dos casos) no município do Rio de Janeiro, tendo sido identificada perda da oportunidade de realização da trombólise em 32,4% dos casos com indicação relatada no prontuário¹⁴. Ressalta-se que esta perda de oportunidade também tem sido descrita em outros países: o *National Registry of Myocardial Infarction-2* revelou que, entre os pacientes com indicação clara de trombólise, 24% não receberam a terapêutica¹⁵.

A análise de todos esses dados e, sobretudo, a identificação de perfis de uso de intervenções terapêuticas que nem sempre seguem o esperado à luz das evidências científicas remete-nos à necessidade de divulgar, cada vez mais e de forma continuada, normas e protocolos de tratamento baseados em evidências científicas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, 1995. Movimento de Autorização de Internação Hospitalar - Dezembro/95 [CD-ROM]. Brasília: Ministério da Saúde.
2. LOLIO, C. A.; LOTUFO, P. A.; LIRA, A. C.; ZANETTA, D. M. T.; MASSAD, E., 1995. Tendência da mortalidade por doença isquêmica do coração nas capitais de regiões metropolitanas do Brasil, 1979-89. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 64: 213-216.
3. CHOR, D.; FONSECA, M. J. M.; ANDRADE, C. R., 1995. Doenças Cardiovasculares. Comentários sobre a Mortalidade Precoce no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 64: 15-19.
4. ESCOSTEGUY, C. C.; MEDRONHO, R. A.; LINS, R. H. C.; CARVALHO, M. A.; CHAVES, R., 1990. Análise da Mortalidade por Doença Cardiovascular no Estado do Rio de Janeiro. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 55 (suppl B): 86.
5. Ministério da Saúde, 1997. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) 1979-1996 [CD-ROM]. Brasília: Ministério da Saúde.
6. ESCOSTEGUY, C. C.; MEDRONHO, R. A.; PORTELA, M. P., 1999. Avaliação da letalidade hospitalar do infarto agudo do miocárdio no estado do Rio de Janeiro através do uso do Sistema de Informações Hospitalares/SUS. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 7: 39-59.
7. PILOTE, L.; CALIFF, R. M.; SAPP, S. MULLER, D. P.; MARK, D. B.; WEAVER, W. D.; GORE, J. M.; ARMSTRONG, P.W. et al, 1995. Regional variation across the United States in the management of acute myocardial infarction. *The New England Journal of Medicine*, 333: 565-572.
8. PASSOS, L. C. S.; LOPES, A. A.; SOUZA, L. A. M.; SOZA, J. A. A.; SOUZA NETO, J. P.; SOUZA FILHO, J.; FEITOSA, G., 1997. Preditores da Mortalidade Hospitalar na Era trombolítica para o Infarto Agudo do Miocárdio em Salvador (BA). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 68: 249-255.
9. SCOTT, I. A.; EYESON-ANNAN, M. L.; HUXLEY, S. L.; WEST, M.J., 2000. Optimising care of acute myocardial infarction: results of a regional quality improvement project. *Journal of Quality in Clinical Practice*, 20: 12-19.

10. KRAUSS SILVA, L.; ESCOSTEGUY, C. C.; MACHADO, C.V., 1996. Metodologia para a estimativa de padrões de qualidade: o caso do infarto agudo do miocárdio. *Cadernos de Saúde Pública*, 125 (supl.2): 71-83.
11. BROWN, N.; YOUNG, T.; GRAY, D.; SKENE, A. M.; HAMPTON, J. R., 1997. Inpatient deaths from acute myocardial infarction, 1982-92: analysis of data in the Nottingham heart attack register. *British Medical Journal*, 315: 159-164.
12. EVERY, N. R.; FREDERICK, P. D.; ROBINSON, M.; SUGARMAN, J.; BOWLBY, L.; BARRON, H. V., 1999. A comparison of the national registry of myocardial infarction 2 with the cooperative cardiovascular project. *Journal of the American College of Cardiology*, 33: 1886-1894.
13. MAHON, N. G.; O'RORKE, C.; CODD, M. B.; MCCANN, H. A.; MCGARRY, K.; SUGRUE, D. D., 1999. Hospital mortality of acute myocardial infarction in the thrombolytic era. *Heart* 81: 478-482.
14. ESCOSTEGUY, C. C., 2000. *Avaliação da qualidade da assistência hospitalar ao infarto agudo do miocárdio no município do Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.
15. BARRON, H. V.; RUNDLE, A.; GURWITZ, J.; TIEFENBRUNN, A., 1999. Reperfusion therapy for acute myocardial infarction: observations from the National Registry of Myocardial Infarction 2, *Cardiology in Review*, 7: 156-160.