

Ponto de  
Vista

## Insuficiência Cardíaca na Atenção Primária

Cardiac Insufficiency in Primary Care

8

*Evandro Tinoco Mesquita, Veronica Alcoforado de Miranda*

*Universidade Federal Fluminense, Fundação Municipal de Saúde de Niterói (RJ)*

*“Medicina ambulatorial é ciência e arte, tão ciência e tão arte como o é a medicina hospitalar, se é que se pode, em verdade, estabelecer alguma diferença entre ambas que não seja baseada em idéias pré-julgadas”.*

*Moacyr Scliar*

*Médico e Especialista em Saúde Pública  
Membro da Academia Brasileira de Letras*

O ensino médico tem sido tradicionalmente construído dentro de uma lógica fragmentária e reducionista, num enfoque puramente biológico que desconsiderou, ao longo do tempo, outras dimensões do indivíduo. Estas práticas de ensino foram concebidas nas escolas médicas, por meio de um currículo que privilegiava o hospital e o laboratório como locais de aprendizagem. A formação médica hospitalar e sua racionalidade ao longo do tempo sofreram, enquanto tendência geral, o afastamento do campo da saúde coletiva, em nome de alguns atributos, os quais seriam entendidos como elementos essenciais de uma boa prática médica.

Nesse sentido reconhece-se que o uso exclusivo das técnicas trouxe algumas distorções ao cotidiano profissional na prestação do cuidado à saúde. Na mesma lógica também se encontram pautados os sistemas de saúde, em que o privilégio à assistência médico-hospitalar vem historicamente ocasionando assimetrias no investimento de recursos financeiros e elevação dos custos da saúde, geralmente não acompanhados por melhoria dos indicadores de saúde da população. A pesquisa médica também tem sido focada na área de avanços tecnológicos, destinados ao cenário da prática hospitalar, deixando importantes lacunas do conhecimento na prática ambulatorial<sup>1</sup>.

A conferência de Alma-Ata (1978) representou um referencial histórico ao definir e apontar a

importância do modelo de atenção primária como cuidados essenciais de saúde que devem ser embasados em métodos e tecnologias práticas, colocadas ao alcance dos indivíduos, famílias e comunidade, mediante plena participação destes. Desde então vem sendo disseminada e adaptada em diferentes países sendo introduzida no Brasil a partir da década de 80<sup>1</sup>. Constitui-se como elemento estruturante do sistema de saúde, a partir da definição de prioridades apontadas pela promoção de práticas de saúde. Situa-se como porta de entrada do sistema de saúde, responsável pela organização e cuidado à saúde da população no nível local ao longo de toda a sua vida, devendo atender às necessidades de saúde através de ações de prevenção, promoção, cuidados clínicos, curativos e reabilitadores.

O modelo de atenção primária, a partir da última década, tem crescido progressivamente no Brasil, por meio do Programa Saúde da Família (PSF), onde o médico generalista e uma equipe multiprofissional se responsabilizam pelo cuidado à saúde de um conjunto de famílias moradoras em um determinado espaço geográfico. Os dados nacionais sobre a cobertura do Programa Saúde da Família já apontavam em 2002 para um atendimento a 53 milhões de brasileiros. Esse modelo de atenção à saúde foi pioneiramente implantado na cidade de Niterói, em 1992, inspirado no bom êxito da experiência cubana de medicina familiar. Atualmente, o Programa Médico de Família

distribuí-se no atendimento em 26 módulos, encontrando-se presente em todas as regiões do Município, envolvendo cerca de 100 médicos, 30 supervisores em serviço e com cobertura estimada de 120000 pessoas (1/4 da população).

O profissional que atua na atenção primária enfrenta um cenário que exige profunda competência técnica, excelência profissional e elevada argúcia para distinguir e decidir quando apenas observar o paciente, quando iniciar o tratamento e quando solicitar uma consultoria do especialista. O importante estudo de White demonstrou que em uma população de 1000 pessoas com idade acima 15 anos, após 1 mês: 750 apresentarão sintomas / problemas de saúde, cerca de 250 irão à consulta do generalista, e 5 serão encaminhados ao especialista e 9 serão encaminhados ao hospital.

O papel central no desempenho do médico de família é de ser capaz de exercer sua prática com elevada resolubilidade de 80%-90% dos casos e para alcançar esse objetivo necessita estar capacitado para atuar sobre as questões de saúde mais prevalentes da população na sua região<sup>2</sup>.

As doenças cardiovasculares representam um grupo de enfermidades de elevada prevalência na atenção primária, cabendo ao médico de família o acompanhamento clínico, a elaboração de ações preventivas e promocionais, a vigilância dos casos e, nos casos complexos, o encaminhamento para o cardiologista – mantendo sempre o vínculo com o seu paciente e interagindo com o consultor especializado. Nos últimos anos o Serviço de Cardiologia tem estabelecido estreita cooperação acadêmica e assistencial entre o ambulatório especializado em área da insuficiência cardíaca e o Programa Médico de Família de Niterói.

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma complexa síndrome clínica, freqüentemente de difícil diagnóstico e está associada à alta morbimortalidade, sendo responsável por elevado custo no sistema de saúde – 3º motivo de internação no SUS e causa líder cardiovascular de admissão hospitalar. A prevalência global de IC encontra-se aumentada devido ao binômio – envelhecimento populacional e impacto da melhoria da prática clínica com o aumento da sobrevivência dos cardiopatas (hipertensos, coronariopatas e os portadores de IC)<sup>3</sup>.

O grande exemplo de pesquisa na área de atenção primária e IC é o projeto português EPICA (Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca e Aprendizagem), primeiro projeto europeu, desenhado para conhecer a prevalência de IC na

comunidade<sup>4,7</sup>. Na literatura, dados europeus apontam para o predomínio da IC com função sistólica preservada na comunidade e uma importante variabilidade na liberação dos cuidados entre cardiologistas e generalistas na IC, subutilização do ecocardiograma como método diagnóstico, e menor emprego de IECA e betabloqueadores<sup>8</sup>.

A medicina cardiovascular tem evoluído rapidamente na área da prática clínica baseada em evidências a partir dos ensaios clínicos randomizados, permitindo oferecer tratamentos seguros e capazes de reduzir a morbimortalidade. As sociedades médicas têm procurado facilitar a incorporação das melhores evidências científicas por meio de suas diretrizes, porém a pronta assimilação e a utilização dessas diretrizes junto aos pacientes é que oportuniza a qualidade nos cuidados médicos.

Portanto, a aproximação e o reconhecimento das reais necessidades dos profissionais que atuam na atenção primária no manejo de pacientes portadores de IC tem sido uma preocupação que já vem sendo traduzida através de ações nos últimos anos. A disciplina / Serviço de Cardiologia da UFF, por meio da pós-graduação em Ciências Cardiovasculares, tem avaliado o *gap* de cuidados, ou seja, o quanto a prática assistencial se aproxima das atuais Diretrizes do Diagnóstico e Tratamento da SBC. A partir dessa análise podem-se elaborar ações educacionais buscando a incorporação da prática clínica embasada em evidências através de protocolos clínicos construídos especificamente para o contexto da prática ambulatorial, considerando os aspectos sociodemográficos da população atendida.

Identificar barreiras que impedem a implementação efetiva desses cuidados será o próximo passo; isto exige monitoração dos resultados da implantação de protocolos clínicos através de estudos de efetividade clínica.

A integração entre médicos generalistas e especialistas em nosso país não é uma questão trivial. Reside na compreensão dos limites e possibilidades assumidas por ambos no cotidiano dos serviços em um compromisso de reciprocidade que envolva os diferentes segmentos institucionais, garantindo o princípio da integralidade em um sistema de saúde eficiente e de qualidade. A interação com o ambiente da prática da atenção primária torna-se fundamental na formação dos especialistas, particularmente os cardiologistas, que devem entender o seu importante papel médico-social nesse contexto.

## Referências bibliográficas

1. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
2. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med*. 1961;265:885-92.
3. Fonseca C. Prevalence de l'insuffisance cardiaque au Portugal. *Rev Port Cardiol*. 1999;18:1151-155.
4. Mota T, Fonseca C, Matias F, Sousa A, Gouveia-Oliveira A, Ceia F, on behalf of the EPICA Investigators. Screening for heart failure in the community by the ECG and the chest X-ray. *Rev Port Cardiol*. 2000;19 (supl III):III-73.
5. Mota T, Fonseca C, Matias F, Morais H, Sousa A, Gouveia-Oliveira A, Ceia F, on behalf of the EPICA Investigators. Management of heart failure in Portuguese primary care. *Eur J Heart Fail*. 2000;2(suppl 2):25.
6. Fonseca C, Ceia F, Brito D, Madeira H. How patients with heart failure are managed in Portugal. *Eur J Heart Fail*. 2002;4:563-66.
7. Eriksson H. Heart failure: a growing public health problem. *J Intern Med*. 1995;237:135-41.
8. Senni M, Tribouilloy CM, Rodeheffer RJ, Jacobsen SJ, Evans JM, Bailey KR, et al. Congestive heart failure in the community. Trends in incidence and survival in a 10-year period. *Arch Intern Med*. 1999;20:447-55.