

Carta ao Editor 1

Sr. Editor

O artigo publicado na Revista da SOCERJ 2007 v. 20 n° 5, de autoria de Amália Faria dos Reis e colaboradores, intitulado *Síndrome Coronariana Aguda: morbimortalidade e prática clínica em pacientes do município de Niterói*¹, teve como objetivo inicial analisar condutas diagnósticas e terapêuticas da síndrome coronariana aguda (SCA) no município de Niterói, com a pretensão de comparar hospitais públicos com hospitais particulares.

O Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista do Hospital Procordis - Niterói (RJ), que é um centro especializado de grande volume^{2,3}, disponível 24 horas por dia, todos os dias do ano, não teve os seus resultados incluídos no referido estudo. Os resultados de nosso Serviço, provavelmente o de maior movimento de Niterói e adjacências², por aumentar em muito a casuística do trabalho, modificaria as conclusões no que se refere ao braço dos hospitais particulares. Os resultados apresentados, com casuística muito pequena (somente 17 angioplastias primárias), não podem ser levados em consideração para comparar hospitais públicos e particulares com protocolos e realidades tão diferentes, e muito menos comparar estratégias de reperfusão, o que, aliás, não foi nem citado como objetivo do estudo, porém mencionado nas conclusões.

O Hospital Procordis realizou entre julho de 2004 e junho de 2005 (período analisado no artigo citado) 617 intervenções coronarianas percutâneas (ICP)^{2,4}, sendo 326 em pacientes com SCA sem supra de ST, e 64 com supra de ST (totalizando 390 pacientes com SCA). Esses números representam mais do que o dobro de pacientes incluídos no braço dos hospitais particulares, 1,7 vezes o número de pacientes nos três hospitais públicos e quase quatro vezes o total de angioplastias primárias realizadas em todo o estudo. Números importantes que modificariam a estatística apresentada no trabalho.

A angioplastia primária é uma terapêutica amplamente aceita na comunidade científica e recomendada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), com resultados superiores aos da trombólise em vários aspectos, muitos deles não explicitados no artigo, como a de menor incidência de acidente vascular encefálico e de ocorrências de sangramentos maiores⁵.

Para se obter tais resultados, se faz necessário uma equipe treinada, habilitada e que realize um grande número de intervenções por ano. A SBC, em concordância com a Sociedade Americana de Cardiologia, recomenda que para um centro estar apto a realizar angioplastia primária, o número de intervenções no infarto agudo do miocárdio (IAM) deve ultrapassar 35 por ano^{3,4}, valores não alcançados nos hospitais particulares envolvidos, pois as duas unidades juntas realizaram apenas 17 ICP primárias no período de um ano, o que poderia comprometer sobremaneira os resultados. Ressalto que apenas 17 dos 50 pacientes (34%), que foram

admitidos com IAM com supra de ST nas instituições particulares participantes, foram submetidos à reperfusão mecânica (angioplastia primária) associada a um grande retardo intra-hospitalar. Em nossa instituição, o número de trombólises realizadas desde 1999 até os dias atuais é desprezível, sendo a ICP primária a principal estratégia de reperfusão realizada na ampla maioria dos casos, com mais de 500 intervenções primárias em seis anos⁶. Além disso, o Hospital Procordis tem equipe treinada para que o retardo intra-hospitalar seja mínimo, associado a uma estrutura física que tem a emergência adjacente à sala de hemodinâmica, o que reduz a distância e o tempo entre a chegada do paciente e a terapêutica aplicada. Nossos resultados não se assemelham com os apresentados, sendo a mortalidade hospitalar, no mesmo período, em nossa instituição, nos pacientes com IAM com supra de ST de 1,5%, não incluindo os pacientes com choque cardiogênico, e de 5,4% incluindo aqueles com choque⁷. Muito diferente dos 12,5% apresentados. Também não observamos diferenças significativas nos resultados entre sexo masculino e feminino, conforme trabalho apresentado no Congresso da SBC 2006: não havia diferenças nos resultados imediatos e após um ano entre pacientes do sexo masculino (1196 pacientes) e do sexo feminino (640 pacientes) submetidos à ICP. Neste nosso estudo, encontramos valores de mortalidade, incluindo as mulheres com IAM, de 5,3%⁸, bem diferente dos 19% de mortalidade encontrados no sexo feminino nos hospitais públicos envolvidos, talvez justamente pelos pacientes não terem sido submetidos à terapêutica de reperfusão mais apropriada.

Os autores colocam em discussão se a metodologia utilizada foi adequada para representar os resultados no município de Niterói, porque 63% dos óbitos por SCA ocorreram nos hospitais estudados; porém, dessa forma, não se está contemplando justamente os hospitais que apresentam menores índices de mortalidade, nem representando o que se passa de forma global no Município.

O artigo ressalta pontos muito importantes para a saúde coletiva, chamando atenção para os reduzidos índices de trombólises (38,8%) realizadas em hospitais públicos em Niterói, além da ausência de disponibilidade de angioplastia primária nessas instituições. Talvez esses dados observados, levados a profissionais e gerentes de saúde, motivem políticas públicas que melhorem a terapêutica nas instituições públicas, reduzindo a mortalidade dos pacientes internados com SCA em Niterói.

Bernardo Kremer Diniz Gonçalves
Angelo Leone Tedeschi
Marcello Augustus de Sena
Rodrigo Trajano Sandoval Peixoto

Referências

1. Reis AFR, Salis LHA, Macrini JLR, et al. Síndrome coronariana aguda: morbimortalidade e prática clínica em pacientes do município de Niterói (RJ). Rev SOCERJ. 2007;20(5):360-71.

- Gonçalves BKD, Tedeschi AL, Peixoto RTS, et al. Evolução da intervenção coronária percutânea, do balão ao stent farmacológico. Anais do LXI Congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia realizado em Recife de 21 a 25 outubro de 2006. Arq Bras Cardiol. 2006;87(supl I):158.
- ACC/AHA/SCAI 2005. Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention. A Report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/SCAI Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for Percutaneous Coronary Intervention). 2005.
- Gonçalves BKD, Tedeschi AL, Tedeschi BF, et al. Evolução da intervenção coronariana percutânea: Visão de um centro especializado. Rev SOCERJ. 2007;20(1):47-52.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). III Diretriz sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio. Arq Bras Cardiol. 2004;83(supl IV):35.
- Sena MA, Tedeschi AL, Peixoto RTS, et al. A relação do no reflow com a mortalidade intra-hospitalar na angioplastia primária. Anais do LXI Congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia realizado em Recife de 21 a 25 outubro de 2006. Arq Bras Cardiol. 2006;87(supl I):70. Tema livre oral nº 274.
- Sena MA, Tedeschi AL, Peixoto RTS, et al. Houve alteração na mortalidade intra-hospitalar do IAM na era dos stents farmacológicos e potentes antiplaquetários. Anais do LXI Congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia realizado em Recife de 21 a 25 outubro de 2006. Arq Bras Cardiol. 2006;87(supl I):208. Tema livre oral nº 818.
- Sena MA, Tedeschi AL, Peixoto RTS, et al. Intervenção coronária percutânea. A influência do sexo feminino, seguimento clínico de um ano. Anais do LXI Congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia realizado em Recife de 21 a 25 outubro de 2006. Arq Bras Cardiol. 2006;87(supl I):223. Tema livre oral nº 874.

Resposta

Sr. Editor

Agradecemos a carta referente ao nosso artigo¹.

Julgamos que, através da análise crítica de dados observados na prática clínica dos estabelecimentos de saúde de Niterói, do Rio de Janeiro e do Brasil, poderemos melhor compreender o que está ocorrendo na prática clínica em nosso País, principalmente no que concerne ao uso de tecnologias ditas de "alta complexidade".

Os grandes ensaios clínicos, aqueles realizados com metodologia científica rigorosamente aplicada, por equipes altamente treinadas e com recursos financeiros de entidades sem conflitos de interesse, nos ensinam apenas uma parte do problema. A análise e interpretação de bancos de dados ou de estudos observacionais, como o estudo em questão, nos fornecem outro tipo de informação, ou seja, a realidade da prática clínica, em condições não-experimentais. Essas informações podem nos indicar se aquela tecnologia, que a princípio poderia ser promissora em condições experimentais, alcança ou não a mesma performance quando aplicada por equipes técnicas com diferentes formações e em ambientes diversos de prática clínica, com recursos diversos e nem sempre obedecendo com rigor às indicações para as quais a tecnologia foi proposta.

Para melhor compreender os dados publicados na literatura com diferentes metodologias e em ambientes de prática diversos, devemos utilizar outros métodos de entendimento da realidade ou de busca da verdade, como a hermenêutica. Através desse método, poderemos inferir conclusões que possam ser incorporadas ao processo de decisão clínica, no caso para a indicação ou não do uso de procedimentos invasivos ou não-invasivos na síndrome coronariana aguda.

O que procuramos fazer no capítulo de discussão do artigo em pauta foi interpretar o significado da ação humana,

dentro do princípio filosófico de reflexividade como forma de "monitoramento" das condutas ou ações realizadas, adotando-se a noção filosófica de compreensão (*verstehen*). A interpretação das observações da realidade é um método que deve e pode ser aplicado às ciências humanas, e também às ciências naturais, para compreender as ações de outros, seja no conceito de Wilhelm Dilthey ou no conceito de Max Weber. No caso, a ação em pauta é a de realizar coronariografias, angioplastias coronarianas primárias ou não, cirurgia de revascularização miocárdica ou ainda utilizar trombolíticos ou outras drogas nos pacientes com síndrome coronariana aguda com a finalidade de auxiliar o indivíduo e prolongar a sua vida. Admitem-se críticas a esse método, isto é, de que o processo de interpretação de condutas pode ser útil como fonte de hipóteses (o que foi feito), mas não poderia ser utilizado para testar as hipóteses dele derivadas. No entanto, a "compreensão" é compatível com os critérios de evidência característicos das ciências naturais na medida em que toda "compreensão" ocorre por meio da apropriação das articulações de significado.

Procurou-se, com base nas observações por nós realizadas, na interpretação das mesmas e dos resultados de outros estudos experimentais ou observacionais, refutar o "senso comum" de que as tecnologias invasivas, utilizadas para o diagnóstico e tratamento da doença cardíaca isquêmica, são em qualquer circunstância o melhor que se pode oferecer aos pacientes. Procurou-se compreender os dados e não compará-los, visto que não são comparáveis, mas são interpretáveis.

O objetivo principal do artigo por nós publicado¹ não foi estudar a eficácia de condutas diagnósticas e terapêuticas na síndrome coronariana aguda (SCA) na cidade de Niterói e nem comparar estratégias de reperfusão como relatado na carta, mas sim "descrever a metodologia do estudo, as características clínico-epidemiológicas da população estudada, a utilização de técnicas para diagnóstico e

terapêutica e a ocorrência de complicações, incluindo letalidade, por tipo de hospital” e por fim, interpretar os dados observados. Além disso, foi explicado que o objetivo principal desse estudo, feito em parceria da Universidade Federal Fluminense (UFF) com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, foi “avaliar possíveis associações entre os polimorfismos dos genes da apolipoproteína E, da enzima conversora da angiotensina I e do angiotensinogênio com morbimortalidade intra-hospitalar e com variáveis clínicas e laboratoriais pré-definidas” na população estudada com SCA. Logo, nossos objetivos eram bem mais amplos e esse foi o primeiro artigo de vários outros que ainda serão publicados nesta linha de pesquisa.

Não existiam conflitos de interesses em nossa equipe de pesquisa, o que nos permitiu fazer uma análise crítica da performance dos hospitais participantes face aos resultados observados. Por questões éticas, não revelamos os nomes dos mesmos. Nosso estudo foi observacional e não um ensaio clínico. Não pretendíamos interferir em qualquer tipo de tratamento realizado nos hospitais e nem realizar padronização de condutas. Nas conclusões, ressaltamos, como já descrito na literatura mundial², que a angioplastia primária pode ser utilizada, em vez do trombolítico no infarto agudo do miocárdio com supradesnível do ST, apenas se a mesma puder ser realizada em até 90 minutos do início do quadro clínico e com performance aceitável da equipe médica (letalidade abaixo de 6%). Ressaltamos que devemos incentivar o uso do trombolítico o qual foi subutilizado, seja em Niterói ou em outros municípios por ser mais custo-efetivo, de fácil manuseio e exequível em todos os hospitais da cidade. Podemos até acrescentar que o uso de trombolítico poderia ser expandido para alcançar o paciente em qualquer local de primeiro atendimento, incluindo atendimento domiciliar, em ambulâncias. Além disso, chamamos a atenção para a necessidade de encurtarmos o tempo de atendimento aos pacientes e de que o maior uso de procedimentos invasivos, nesses hospitais particulares avaliados, seja para diagnóstico ou para tratamento, não resultou em menor mortalidade para os pacientes com SCA. Ficou claro também que mesmo o uso de drogas indicadas para o tratamento da SCA diferiu entre os hospitais estudados.

O hospital Procordis foi um dos sete selecionados para participar desse estudo e foi incluído no mesmo. Entretanto, os dois pesquisadores lá alocados não puderam continuar participando da pesquisa. Conversamos com diretores do Procordis e com os responsáveis pela Unidade Coronariana e pelo CTI, solicitando-lhes que nos indicassem médicos do seu corpo clínico que pudessem incluir os pacientes no hospital. Buscamos também médicos junto à Especialização em Cardiologia e ao mestrado em Ciências Cardiovasculares da UFF e infelizmente não conseguimos pesquisadores que pudessem coletar os dados no Procordis, dentro dos critérios do nosso estudo. Devido a esses fatos, não foi possível manter o Procordis na pesquisa, apesar do problema que isso causaria. Portanto, a exclusão do Procordis ocorreu contra a nossa vontade. Sabemos que isto foi uma perda, limitando a validade externa do estudo e lembramos aos leitores que os resultados relatados no artigo se referem aos cinco hospitais

que completaram um ano de inclusão no estudo com adequado controle de qualidade. A afirmativa dos autores da carta, de que a inclusão do Procordis modificaria os dados da pesquisa, não é sustentável pelos dados apresentados e comentados abaixo, pois os critérios de inclusão de casos no nosso estudo e no estudo referido pelos autores da carta selecionaram populações distintas de pacientes com síndrome coronariana aguda e os dados precisam ser assim “interpretados” e não “comparados” como mencionamos anteriormente.

Mesmo não representando toda a realidade do município de Niterói, nosso estudo retrata a realidade dos três hospitais públicos com maior número de internações e óbitos por SCA, e dois hospitais do setor privado que estavam entre os quatro com maior número de óbitos por SCA, em Niterói. Não existiam estudos até então em Niterói que nos permitissem conhecer o perfil dessa população com SCA e a prática clínica na cidade, incluindo tanto rede pública quanto privada. Esperamos que mais estudos sejam realizados com maior casuística e maior número de hospitais.

Vale ressaltar também que, em trabalhos científicos, há necessidade de maior rigor metodológico para que possamos confiar nos resultados e por isso só foram incluídos em nosso estudo pacientes que preenchessem os critérios por nós definidos com base em diretrizes internacionais. Muitos pacientes admitidos nos hospitais com hipótese diagnóstica de SCA e tratados como tal foram excluídos da pesquisa por não preencherem os critérios diagnósticos do nosso estudo. Essa foi uma das causas de termos tido um menor número de pacientes incluídos.

Os autores da Carta ao Editor também comentam que em sua casuística a mortalidade foi semelhante entre homens e mulheres e referenciaram um tema livre oral de 2006. Não conseguimos ter acesso ao mesmo, porém em artigo publicado pelo grupo do Procordis, em março de 2006³, intitulado “Influência do sexo na evolução imediata e a médio prazo após a intervenção coronariana percutânea primária e análise dos fatores independentes de risco para óbito ou eventos” os autores relataram que a letalidade no sexo feminino foi significativamente maior do que no sexo masculino (9,1% x 1,5%, p=0,0171) e que essa diferença persistiu seis meses após o evento agudo (12,1% x 1,5%, p=0,0026). Vale ressaltar que foram excluídos desse estudo citado do Procordis³: “choque cardiogênico, lesão aguda localizada no tronco da coronária esquerda, administração prévia de trombolítico e complicação mecânica que necessitasse de tratamento cirúrgico imediato”. Entretanto, em nosso estudo, incluímos também pacientes com essas características e, portanto, seria esperado observar a maior letalidade que constatamos.

Como descrito no 3º parágrafo da Carta ao Editor, o Procordis realizou 326 angioplastias em pacientes com SCA sem supradesnível do ST e 64 em SCA com supradesnível do ST no período de nosso estudo, demonstrando a opção do hospital em utilizar predominantemente a estratégia invasiva. Essa opção deve estar respaldada pelos resultados obtidos pelo grupo. Tal opção deve ser respeitada, mas os

resultados provindos de vários centros no mundo e analisados por agências de reconhecida competência e especializadas em avaliação tecnológica, como o Finnish Office for Health Technology Assessment (FinOHTA)⁴, questionam as condutas invasivas na SCA. Em revisão sistemática da literatura internacional, nos casos com SCA sem supradesnível do segmento ST, a estratégia invasiva não diminuiu significativamente a mortalidade em curto e longo prazo em relação à estratégia conservadora e provocou mais danos do que benefícios (mais 27% de mortalidade). Em pacientes com SCA com supradesnível do segmento ST não houve diferenças estatisticamente significantes em curto prazo (quatro a seis semanas) de benefícios quanto à sobrevida da angioplastia sobre a trombólise com drogas fibrino-específicas e o risco previsto de malefícios foi 13% maior⁴. Esses são dados de múltiplos estudos analisados por essa agência especializada e que devem ser considerados quando buscamos interpretar os resultados do uso de tecnologias no tratamento da SCA.

Parabenizamos o Procordis por estar publicando seus resultados. Julgamos que todos os hospitais, sejam eles de Niterói ou de outros municípios do Estado do Rio de Janeiro e do Brasil, públicos ou particulares, deveriam publicar regularmente e continuamente seus resultados para que, analisando os mesmos, possamos ter maior conhecimento da realidade. Desse modo, os gestores de saúde teriam dados a partir dos quais poderiam propor estratégias com o objetivo de diminuir a letalidade observada, permitindo

que os procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos sejam realizados com indicações precisas e com performance adequada. Os pacientes e a classe médica também disporiam de informações que lhes permitissem a livre escolha dos estabelecimentos de saúde de acordo com indicadores de qualidade.

Amália Faria dos Reis (UFF/UFRJ)

Lúcia Helena Álvares Salis (UFRJ)

Nelson Albuquerque de Souza e Silva (UFRJ)

Referências

1. Reis AF, Salis LHA, Macrini JLR, et al. Síndrome coronariana aguda: morbimortalidade e prática clínica em pacientes do município de Niterói (RJ). Rev SOCERJ. 2007;20(5):360-71.
2. Asseburg C, Vergel YB, Palmer S, et al. Assessing the effectiveness of primary angioplasty compared with thrombolysis and its relationship to time delay: a Bayesian evidence synthesis. Heart. 2007;93(10):1244-250.
- 3- Peixoto RT, Peixoto EC, Sena MA, et al. Influência do sexo na evolução imediata e a médio prazo após a intervenção coronariana percutânea primária e análise dos fatores independentes de risco para óbito ou eventos. Arq Bras Cardiol. 2006;86(3):211-18.
- 4- Kuukasjärvi P, Nordhausen K, Malmivaara A. Reanalysis of systematic reviews: the case of invasive strategies for acute coronary syndromes. Int J Technol Assess Health Care. 2006;22(4):484-96.