

## 17 – Epidemiologia e Prevenção Cardiovascular

**Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida na cidade do Rio de Janeiro e o controle dos fatores de risco.**

Mauro Alves, Marcelo Souza Hadlich, José Mário Franco de Oliveira  
Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro RJ BRASIL e  
Universidade Federal Fluminense Niterói RJ BRASIL

**Fundamento:** A obesidade é considerada uma epidemia mundial. Acomete cerca de 1,7 bilhão de pessoas no mundo, sendo um importante problema de saúde pública. A sua incidência está aumentando em caráter epidêmico no mundo ocidental. O Brasil tem cerca de 609 mil obesos mórbidos adultos. O tratamento conservador tem se mostrado ineficaz nesta população.

**Objetivos:** Primário: Comparar a prevalência pré e pós-operatória dos fatores de risco, para as doenças cardiovasculares, associadas a obesidade mórbida em uma população da cidade do RJ. Secundários: 1) Avaliar a segurança do procedimento cirúrgico. 2) Descrever a média percentual da perda de peso conseguida com o tratamento invasivo.

**Delimitação:** Foi um estudo prospectivo (série de casos), comparativo, do tipo antes e depois, não randomizado, de amostra selecionada.

**Locais:** 4 hospitais privados da cidade do Rio de Janeiro.

Foram estudados 100 pacientes portadores de obesidade mórbida que nos procuram para realizar tratamento cirúrgico desta patologia, no período de junho de 2003 a junho de 2006 (período de recrutamento) e foram avaliados até 2008. A equipe cirúrgica e a técnica empregada foi sempre a mesma. As principais variáveis estudadas foram: a idade; o sexo; o peso inicial e final; o índice de massa corporal (IMC); a presença de doenças e/ou fatores de risco associados e a sua melhora ou não no segmento pós-operatório e a presença de complicações e de mortalidade cirúrgica.

**Resultados:** A média de idade foi 34 anos. Predominou o sexo feminino 81 (81%). A média inicial do IMC era de 46,7 kg/m<sup>2</sup>. A técnica cirúrgica utilizada foi a gastroplastia (técnica de Higa) com reconstrução em Y-de Roux por videolaparoscopia. A mortalidade operatória foi de 1 (1%) paciente. O tempo de segmento foi de 24 meses. A perda de peso variou de 48 a 100% (média de 87%). Houve melhora importante ou mesmo resolução das principais doenças e/ou dos fatores de risco associados em 99%.

**Conclusões:** Os resultados demonstram: a segurança do procedimento cirúrgico com baixo índice de mortalidade e de complicações operatórias e melhora pós-operatória dos fatores de risco associados a esta patologia.

**Mortalidade por Doenças Cardiovasculares em Mulheres Idosas Residentes no Estado do Rio de Janeiro**

Ana Cláudia Furtado Nogueira, Regina de Souza Rodrigues, Jorge Luiz Antolini, Alexandre Nogueira  
UNIRIO - HUGG Rio de Janeiro e SMSDC-RJ Rio de Janeiro RJ BRASIL

Estudos de mortalidade são importantes para avaliar o impacto de doenças sobre a população.

**Objetivos:** Estudar a mortalidade por Doenças Cardiovasculares (DCV) em mulheres idosas, no RJ, refletindo sobre os Programas Preventivos Nacionais. **Método:** Estudo epidemiológico descritivo, de base populacional. Estudou-se os óbitos femininos por DCV segundo: causa Básica, faixa etária, local do óbito e as Taxas de Mortalidade Específicas/100000 habitantes (1996 a 2007), tendo por fonte de dados o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde. Descreve-se, também, o possível impacto do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (Ministério da Saúde: Atenção Básica) na tendência observada.

**Resultados:** No período 1996-2007, registrou-se 197192 óbitos femininos por Doenças do Aparelho Circulatório (CID-10/IX); 77,80% ocorreram em Hospitais. A proporção de óbitos masculinos/femininos (média do período) foi 1,1. As DCV mais frequentes como Causas Básicas foram: Doenças Cérebro-Vasculares (n=67019; 34%), Doença Isquêmica do Coração (n=55212; 28%), e Doenças Hipertensivas (n=26888; 13,6%). As Taxas de Mortalidade mais elevadas ocorreram nas mulheres mais idosas (idade igual ou acima de 80 anos), provavelmente por tratar-se de doença crônica em grupo populacional com tendência crescente à longevidade. Observou-se para todos os grupos etários, tendência gradativa e constante à queda das taxas (anos: 1996, 2003 e 2007): 60-69 anos: 782,83, 530,24 e 494,52, respectivamente; 70-79 anos: 1938,8, 1301,31 e 1247,07, respectivamente; 80 anos e mais: 5788,12, 3990,02 e 3448,54, respectivamente.

**Conclusão:** A maior conscientização da população referente aos fatores de risco para DCV (sedentarismo, obesidade, síndrome metabólica, etc) associada aos Programas Nacionais de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, incluindo Educação em Saúde, diagnóstico e tratamento farmacológico gratuitos nas Redes Básicas Municipais e Estaduais, além do atendimento eficaz às situações de emergência podem ao menos parcialmente, explicar a tendência observada.

**TL Oral****Perfil socioeconômico e mortalidade por doença cérebro-vascular na cidade do Rio de Janeiro**

F B S, A C A N, J K C J, F A G, A B B M, M S C, C M C, G V F O, J M F  
Hospital Samaritano Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamento:** Historicamente a baixa condição socioeconômica (BCSE) individual possui influência importante na mortalidade de inúmeras doenças, sobretudo as infecciosas. A relação entre BCSE e a ocorrência de doença cérebro vasculares (DCBV) ainda é pouco estudado, notadamente, em nosso meio.

**Objetivo:** Avaliar a existência entre a CSE e a mortalidade por DCBV na cidade do Rio de Janeiro (CRJ), no período de 2000 - 2003.

**Material e Métodos:** Analisamos todos os atestados de óbito, emitidos no período de 01/janeiro/2000 até 31/dezembro/ 2003. Foram identificados todos os óbitos por DCBV (CID10-I60 a I69) com idade >20 anos. Utilizando micro dados do Censo IBGE 2000, identificamos 2 grupos (G) de subdistritos cariocas, classificados pelo % de indivíduos vivendo abaixo da linha da pobreza (IVALP): G1-(4,3±1,1% de IVALP)-Botafogo, Copacabana, Lagoa, Centro e Tijuca G2 (27,5±1,2% de IVALP)-Complexo do Alemão, Jacarezinho, Santa Cruz, Guaratiba e Cidade de Deus. As taxas mortalidade (TM/100M) por DCBV foram comparadas entre os dois grupos.

**Resultados:** Nesse período ocorreram 190.889 óbitos, sendo 18.943 (9,9%) por DCBV. Desses 1.775 (9,4%) e 856 (4,5%) ocorreram em G1 e G2 respectivamente. As populações eram: 354.578 e 254.031 habitantes em G1 e G2 respectivamente. As TM/100M habitantes anualizadas foram 124,1 e 84,2 óbitos por DCVB/100M respectivamente para G1 e G2 (p< 0,0001). A idade média dos óbitos por DCBV foi 76,2±13 e 66,8±14 anos para G1 e G2 (p< 0,0001) respectivamente. As TM/10M habitantes < 50 anos foram 10,5 e 16,7 (p= 0,0068) para G1 e G2 respectivamente. O OR para que um óbito por DCBV antes dos 50 anos ocorra na região de BCSE foi 3,5 (IC95% 2,6 a 4,7).

**Conclusão:** Apesar de na população como um todo a mortalidade por DCBV ser maior nas regiões de melhor CSE, isso parece ser relacionado a idade avançada nessa população. Quando considerada faixa etárias mais jovens, onde as estratégias de prevenção são mais eficazes, a mortalidade por DCBV é maior nas regiões de BCSE.

**O estresse e o nível de pressão arterial em acadêmicos de medicina em período de prova.**

José Carlos Alves Santos Júnior, Vivian Werneck Octaviano, Ana Cláudia Mati, Thalys Santana Oliveira, Andre Luiz de Oliveira, Jader Cunha de Azevedo  
Centro Universitário de Volta Redonda - UNIFOA Volta Redonda RJ BRASIL

**Fundamento:** há muito se observa a correlação entre hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o estresse. Outros fatores como a ingestão de álcool, o uso de café, tabaco e anfetaminas e a alimentação inadequada são identificados com frequência entre acadêmicos em especial de medicina.

**Objetivo:** estudar o perfil da pressão arterial de acadêmicos de medicina do Sul do estado Rio de Janeiro em situações de estresse.

**Metodologia:** estudo prospectivo onde foi aferida a pressão arterial sistêmica dos acadêmicos do curso de medicina em período de prova e fora dele. O perfil comportamental foi verificado Através de um questionário respondido voluntariamente com as seguintes variáveis: ingestão de álcool, o uso de café, tabaco e anfetaminas e a ingestão inadequada de alimentos. Foi utilizado o teste T de student para a análise das variáveis contínuas e o teste X<sup>2</sup> para as variáveis categóricas. O nível de significância estatística foi p ≤ 0,05.

**Resultados:** foram abordados 180 alunos correspondendo a 25% do total de alunos do curso de medicina. O sexo feminino respondia por 60.1% da amostra. Apenas 2.2% tinham o diagnóstico prévio de HAS. Em relação ao consumo de café, 85.4 % afirmaram o consumo de cafeína. A Pressão Arterial Média (PAM) foi menor nos que bebiam café (97,76 ±7,2 versus 100 ±8,18 mmHg, p< 0,001) assim como aumentou menos no período de estresse (98,25±9,43 x 100±8,18mmHg, p<0,001). Os que consumiam mais de 10 xícaras de café por dia apresentaram uma PAM menor em relação aos que não consumiam (122,30±8,7versus 128,68±12,85mmHg, p=0,040). Os que referiam consumo de Anfetaminas apresentaram Pressão Arterial Sistólica e PAM maior no período sem estresse e apenas tendência a maior elevação no período sem estresse, p=0,008.

**Conclusão:** Observamos que os níveis pressóricos apesar de dentro da normalidade apresentam elevação significativa em período de estresse e que o consumo de café de certa forma diminui os efeitos do estresse sobre a pressão arterial.

## TL Oral

### 18730

**Tabagismo e infarto agudo do miocárdio: impactos nos gastos do SUS-RJ**  
Ruas, E M A, Coloma, M V, Alves, V O, Medeiros, D L P, Neto, J M A, Amorim, F K, Antony, L B, Araújo, A J

Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo/IDT/UFRJ Rio de Janeiro RJ BRASIL e Faculdade de Medicina da UFRJ Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamento:** Tabagismo: fator de gastos para o SUS; Impacto da cessação vs. Mortalidade por IAM (Custo Efetividade de Programas de Cessação do Tabagismo no Brasil, Tese de Doutorado – COPPE/UFRJ, 2008; Araújo, AJ).

**Objetivo:** Analisar gastos hospitalares e ambulatoriais no SUS-RJ para infarto do miocárdio (IAM), doença relacionada ao tabagismo, em série histórica de 5 anos e avaliar custo-efetividade da cessação.

**Delimitação:** Avaliações econômicas de programas de assistência em saúde. Análise de pacientes assistidos no SUS-RJ.

**Material:** Foram utilizadas equações de custo desenvolvidas na COPPE/UFRJ para a doença; informações obtidas do DATASUS referentes ao RJ e custo médio de tratamento para fumantes no SUS. **MÉTODOS:** O estudo foi realizado pelo NETT-IDT-HU/UFRJ, para a SEDESC-RJ. Foram analisados custos para pacientes assistidos no SUS, com diagnóstico de IAM, no período de 2004-2008.

**Resultados:** Em 5 anos, o IAM acometeu 28 mil pessoas no SUS-RJ. O tempo médio de permanência hospitalar foi de 10 dias; a média de pacientes/ano igual a 5090; taxa de óbito durante a internação de 15%. Estima-se que o tabagismo tenha sido responsável por 19,0% (8920) desses casos. O gasto médio estimado para assistência ao IAM foi de 365,3 milhões de reais neste período, sendo o custo atribuído ao tabagismo de 117,3 milhões de reais, no SUS-RJ. O custo médio do tratamento de um fumante foi de R\$428,00 e o do IAM é de R\$8.074,00 no SUS. A oferta de tratamento para cessação é a medida mais custo-efetiva.

**Conclusões:** O comprometimento dos recursos da saúde, oriundos do SUS, para atendimento hospitalar e ambulatorial de pessoas dependentes do cigarro é elevado. Somente com o IAM, ao longo destes 5 anos, o SUS-RJ desembolsou 117,0 milhões de reais. As inversões destes recursos em programas de prevenção à iniciação, ambientes livres de tabaco e de cessação do tabagismo são mais custo efetivos, pois reduzem o impacto da morbimortalidade e os gastos do sistema de saúde. As verbas para o tratamento de doenças relacionadas ao tabaco poderiam ser invertidas em outros programas de promoção da saúde.

## TL Oral

### 19023

**Mortalidade por doenças cardiovasculares e por todas as causas em três estados do Brasil de 1980 a 2006**

Gabriel Porto Soares, Julia Dias Brum, Gláucia Maria Moraes Oliveira, Carlos Henrique Klein, Nelson Albuquerque de Souza e Silva  
Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro RJ BRASIL e Escola Nacional de Saúde Pública Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamentos:** As doenças do aparelho circulatório são a primeira causa de morte no Brasil e no mundo.

**Objetivo:** Avaliar a mortalidade por todas as causas (TC), doenças do aparelho circulatório (DAC), doenças isquêmicas do coração (DIC) e doenças cerebrovasculares (DCBV) de 1980 a 2006 no Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo e em suas capitais, considerando o impacto dos óbitos por causas mal definidas (CMD).

**Métodos:** Populações e óbitos foram obtidos no DATASUS/MS. Calcularam-se taxas de mortalidade por DIC, DCBV, CMD, DAC e TC de adultos de 20 anos ou mais, ajustadas pelo método direto, para os estados e suas capitais. As taxas de mortalidade por CMD no RJ est aumentaram muito a partir de 1990, por isso optou-se pelo uso de manobra de compensação. Foram estimados percentuais de mortalidade proporcional por CMD. Na representação gráfica foi empregado o método de médias móveis. Empregaram-se modelos de regressão linear para a análise das tendências.

**Resultados:** Ocorreu queda relevante da mortalidade por TC nos três estados e capitais, RJ est e sua capital (RJ cap) apresentaram as taxas mais elevadas. A mortalidade por DAC apresentou queda mais acentuada do que por TC. A mortalidade proporcional por CMD no RJ est e RJ cap superou a dos demais a partir de 1990. Taxas de mortalidade por DCBV apresentaram declínios, mais acentuados no RJ est e RJ cap. RJ est apresentou taxas de mortalidade mais elevadas por DIC até 1993, quando as taxas dos três estados se tornaram semelhantes. RJ cap e RS cap apresentaram taxas de mortalidade por DIC semelhantes, sendo superiores a da SP cap até 1990, quando SP cap apresentou taxas de mortalidade por DIC constantemente mais elevadas.

**Conclusão:** A queda da mortalidade por TC se deveu principalmente ao declínio da mortalidade por DAC. A queda da mortalidade por DAC se deveu em grande parte à redução da mortalidade por DCBV, notadamente no RJ.

### 18804

**Complicações pós-operatórias nas revascularizações miocárdicas em hospitais públicos no Município do Rio de Janeiro, de 1999 a 2003**

Marcio R M Carvalho, Carlos H Klein, Glaucia M M Oliveira, Nelson A S E Silva, P H Godoy, Ana L Mallet, Thais M L Oliveira  
Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro RJ BRASIL e ENSP/Fiocruz Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamentos:** As complicações pós-RVM (cirurgias de revascularização do miocárdio) são causas importantes de óbito.

**Objetivo:** Avaliar as associações das complicações pós-operatórias com o óbito intra-hospitalar e com o tempo de internação de pacientes submetidos à RVM, em quatro hospitais públicos do Município do Rio de Janeiro (MRJ), de 1999 a 2003.

**Métodos:** Foram selecionadas amostras aleatórias de 150 prontuários, em cada um de quatro hospitais públicos do MRJ. Informações sobre complicações e o tempo de hospitalização até alta ou óbito foram coletadas retrospectivamente dos prontuários dos sobreviventes à sala de operações e nas declarações de óbitos. Estimaram-se frequências de complicações, letalidade e riscos atribuíveis nos pacientes (RAP) segundo a presença de complicações. Foram estimadas médias de tempo de internação em dias. Foi utilizado o programa Stata

**Resultados:** Em 86,9% dos prontuários foram identificadas informações sobre complicações. A hiperglicemia foi a complicação mais frequente (74,6%), com RAP de 31,6%, seguida da hemotransfusão (31,0% e RAP de 14,9%) e baixo débito (19,1% e RAP de 77,0%) Os maiores riscos atribuíveis no conjunto total de pacientes corresponderam ao baixo débito, insuficiência renal (64,3%) e parada cardiorrespiratória (60,4%). O tempo de internação foi menor nos óbitos com baixo débito ou insuficiência cardíaca e maior nos óbitos com sangramento e insuficiência renal aguda.

**Conclusão:** Nem sempre as complicações mais frequentes foram as mais letais. As complicações de maiores RAP, com tempos muito reduzidos de sobrevida, refletem problemas na condução das cirurgias de RVM.

### 19154

**Qualidade do tratamento da diabetes mellitus em hipertensos diabéticos na rede pública de Teresópolis, RJ**

Ana C R S D Prado, Cristina A N Gonçalves, Elaine S Ramos, Moniza R Fonseca, Murilo R Prado, Udson C D Coelho, Ana C F Oliveira, Antenor T Zorzaneli, Daniel C Crespo, Douglas G R C Ribeiro, Guilherme A B C Alencar, Lucia B Oliveira, Wolney A Martins  
Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) Teresópolis RJ BRASIL e Universidade Federal Fluminense (UFF) Niterói RJ BRASIL

**Fundamento:** A Diabetes Mellitus (DM) cresce mais rapidamente nos países em desenvolvimento, com impacto negativo sobre a morbimortalidade. No Brasil há expectativa que a DM atinja 10 milhões em 2010. A associação da hipertensão arterial e DM potencializa os efeitos de morbimortalidade uma da outra e incrementa o risco cardiovascular.

**Objetivo:** Avaliar a qualidade do tratamento da DM em hipertensos diabéticos (HD) na rede pública.

**Casística e Metodologia:** Estudo observacional com 212 pacientes HD >18 anos, atendidos em 15 unidades da atenção básica de Teresópolis, RJ, que foram entrevistados e examinados, aleatoriamente, entre jul e nov/2009. Foram 154(72,6%) femininos, idade de 62,4±11,3 anos. Os dados foram coletados por alunos de graduação em medicina após capacitação, computados e apresentados em média, mediana e percentual. O trabalho teve aprovação do CEPq n° 243/2009.

**Resultados:** Os pacientes HD tiveram mediana de 6 consultas médicas individuais/ano. Houve participação de 84(39,8%) em grupos de diabéticos no ano precedente, 46(21,8%) >1 ano e 81(38,4%) nunca participaram. Quanto à consulta individual ou grupal com nutricionista, 43(20,4%) tiveram no ano precedente, 53(25,1%) >1 ano e 115(54,5%) nunca tiveram. 38,6% dos avaliados não seguiram a dieta pobre em carboidratos; 19,9% não fizeram uso de adoçantes e 8,2% não utilizaram a medicação hipoglicemiante ou insulino terapia no mês precedente. No ano anterior, 22,8% dos HD tiveram pelo menos um atendimento em urgência e a mediana de atendimentos foi 1/ano. A média da glicemia de jejum foi 174,2±77,2 (n=280 aferições). A dosagem de hemoglobina glicada (HbG) ou frutossamina só esteve presente em 10,4%. A HbG foi 7,8±2,4%.

**Conclusões:** a qualidade do tratamento da DM no paciente HD na rede pública estudada foi insatisfatória e as metas glicêmicas não foram atingidas na maioria dos pacientes.

### Gastos nas Revascularizações Miocárdicas pagas pelo SUS no Estado do Rio de Janeiro de 1999 a 2008

Klein, C H, Oliveira, G M M, Silva, N A S E

Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro RJ BRASIL e Escola Nacional de Saúde Pública Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Introdução:** No Brasil, de 2005 a 2007, foram pagas 63.529 RVM pelo SUS, em 191 hospitais com valor médio da AIH de R\$ 6.900,00

**Objetivo:** Analisar os gastos do SUS com RVM pagas no ERJ, de 1999 a 2008.

**Métodos:** As informações provieram dos bancos das Autorizações de Internação Hospitalar pagas do DATASUS. Os valores foram convertidos em dólares. Foram construídos índices de gasto médio relativo (GMR), dividindo-se o valor médio da fração de gasto em cada hospital pelo gasto médio no ERJ. Estas frações foram serviços profissionais (S. Profis), serviços hospitalares (S. Hospit.), órteses e próteses (Ort.Prot.), serviços auxiliares de diagnose e terapia (SADT), e unidade de terapia intensiva (UTI). Para análise dos resultados empregou-se o software Stata.

**Resultados:** Os gastos médios de S. Profis., S. Hospit., Ort.Prot., SADT e UTI estão na primeira linha da tabela, em dólares. Os gastos relativos, por hospital e frações estão no corpo da tabela, selecionados aqueles que fizeram mais de 100 RVM no período.

**Conclusão:** Os gastos com os serviços hospitalares representaram, em média, 41% do total, seguidos pelos com as órteses e próteses de 28%. A maior variação de gastos entre hospitais ocorreu na fração das órteses e próteses.

Hospital	S.Profis	S.Hospit	Ort.Prot.	SADT	UTI	Total
Média	324,17	1252,96	849,37	145,53	297,22	3088,12
A	1,25	1,24	0,82	1,28	1,09	0,96
B	1,19	1,20	0,65	1,12	1,27	0,95
C	1,11	1,08	0,71	1,20	0,96	0,88
D	0,89	0,83	0,86	0,84	0,73	0,92
E	0,90	0,83	1,39	0,88	0,51	0,94
F	0,83	0,68	0,98	0,76	0,34	0,92
G	0,92	1,06	1,54	0,88	0,56	1,16
H	0,98	0,96	1,21	1,02	1,34	1,04
I	1,08	1,12	1,19	1,14	1,19	1,12
J	0,96	1,02	1,26	1,04	1,39	1,08
K	0,91	0,96	1,09	0,76	0,33	0,88
L	0,85	0,98	0,53	0,99	1,46	1,03
M	0,89	0,94	1,52	1,07	1,06	0,98
O	0,84	0,71	0,60	0,85	1,20	1,16
ERJ	1	1	1	1	1	1

### Desempenho nas Revascularizações do Miocárdio pagas pelo SUS no Estado do Rio de Janeiro, de 1999 a 2008

Oliveira, G M M, Klein, C H, Silva, N A S E

Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro RJ BRASIL e Escola Nacional de Saúde Pública Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Introdução:** As taxas de letalidade hospitalar nas revascularizações do miocárdio (RVM) pagas pelo SUS no Estado do Rio de Janeiro (ERJ) estavam elevadas, variando de 7,0% a 14,3%, de 1999 a 2003.

**Objetivo:** Analisar os gastos e o desempenho das RVM pagas pelo SUS no ERJ, de 1999 a 2008.

**Métodos:** As informações provieram dos bancos das Autorizações de Internação Hospitalar pagas do DATASUS. Foram individualizados os hospitais com mais de 100 RVM. Os valores pagos foram convertidos em dólares. As taxas de letalidade dos hospitais foram ajustadas por modelos Poisson com as covariáveis idade, dias de permanência no hospital e gasto em UTI. Para os cálculos empregou-se o Stata.

**Resultados:** A tabela abaixo mostra as taxas de letalidade ajustadas por modelos Poisson, bem como as médias de idade, de dias de permanência e de gastos com UTI nos sobreviventes (S) e nos óbitos (O), nas RVM, no ERJ, de 1999 a 2008.

**Conclusão:** A idade, o tempo de internação e gastos em UTI se correlacionaram significativamente com a letalidade nas RVM pagas no ERJ. Dos hospitais incluídos no modelo 60% apresentaram taxas de letalidade e tempo de permanência elevados se comparadas com 6,22% em 12 dias de permanência média, em 63.529 RVM, no Brasil, de 2005 a 2007 (ABC 2009; 93: 555-60).

HOSPITAL	Let(%)	Idade (S/O)**	Dias perm. (S/O)**	UTI-US\$ (S/O)**
A	9,4	61.3/66.1	35.1/34.1	318.83/383.52
B	12,1	60.8/64.6	23.8/26.0	355.37/542.57
C	6,3	61.0/65.4	33.3/38.3	270.37/489.57
D	7,7	60.5/64.4	20.6/27.3	206.01/334.89
E	11,5	59.8/64.2	9.0/5.0	152.71/143.75
F	3,3	62.1/68.3	6.1/5.9	95.61/222.62
G	7,3	60.9/63.0	8.0/10.0	168.18/154.96
H	5,0	61.2/62.5	12.4/10.5	380.48/756.00
I	8,5	62.0/67.1	14.7/12.1	337.15/528.89
J	2,4	61.5/64.9	15.2/18.7	388.24/1454.56
K	4,9	59.1/58.2	7.3/11.2	100.87/44.83
L	5,0	61.1/70.4	8.7/9.0	405.20/968.56
M	3,4	62.4/66.6	9.6/7.7	309.53/460.20
O	6,5	58.7/64.7	6.3/7.0	340.52/599.98
Demais	11,1	60.8/66.9	19.4/8.2	465.36/511.06
Total(ERJ)	6,9	61.1/64.9	17.5/20.8	283.31/485.67

### Relação entre os fatores de risco e resultado tardio de angioplastia coronária

Paulo Sergio de Oliveira, Marta M Labrunie, Rafael Lauria de Oliveira, Sergio M Leandro, E André V Pessanha, Carlos Renato Pinto de Oliveira, Marcelo Lemos R, Felipe Villa S, Guilherme Abdalla S, Paulo Eduardo Kyburz Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamentos:** Os fatores de risco estão diretamente ligados a aterosclerose coronária. Quais fatores de risco estão relacionados com melhores resultados tardios da angioplastia coronária (AC).

**Objetivos:** Avaliar a importância de cada fator de risco no resultado tardio da AC. Avaliar se a presença de lesões complexas interfere nos resultados.

**Material e Método:** Estudo retrospectivo, consecutivo de 7.443 angioplastias de fevereiro de 1998 a fevereiro de 2010. Os pacientes foram divididos em 2 Grupos: Com eventos coronários (Com EC) e sem eventos (Sem EC) em 12 meses. A idade média foi 59,2±9,9 (Com EC) e 59,7±11,2 (Sem EC). No Grupo Com EC 61,8% sexo masculino e no Sem EC 63,8%. Utilizamos o test do Chi Quadrado e de Yates para variáveis proporcionais e o t de Student e análise de variância para as absolutas.

**Resultados:**

	Com EC	Sem EC	p
Tabagismo	53,7%	44,1%	0,002
Diabetes	28,4%	22,5%	0,04
HAS	80,8%	81,4%	0,8
Dislipidemia	63,5%	56,4%	0,04
H Familiar	44,1%	35,3%	0,009
DLR pré (mm)	2,89±0,48	2,90±0,50	0,9
DLR pós (mm)	2,98±0,45	2,99±0,52	0,7
Sucesso	98,5%	96,5%	0,004

**Conclusão:** 1- O tabagismo e a história familiar foram os fatores de risco que mais interferiram nos resultados tardios da angioplastia. 2- O Diabetes e a dislipidemia interferiram menos nos resultados. 3- A HAS não interferiu nos resultados.

### Tabagismo passivo e Doença Isquêmica Coronariana: Estudo econômico de mortalidade atribuível ao tabaco em 5 anos no Brasil

Medeiros, D L P, Alves, V O, Ruas, E M A, Coloma, M V, NETO, J M A, Figueiredo, V, Costa, A J L, Araújo, A J

NETT-IDT-HU/UFRJ e COMPREV-INCA/MS Rio de Janeiro RJ BRASIL

Foram estimados custos anuais para SUS e INSS de DIC, por exposição à fumaça ambiental do tabaco (FAT), ao nível de domicílios brasileiros, em série de 5 anos (2003-2008).

**Material:** Estimativa de Mortalidade Atribuível à Exposição Passiva à FAT em população de áreas urbanas, Brasil, 2003 (COMPREV/INCA; IESC/UFRJ; 2008); Tese de doutorado: Custo-efetividade das intervenções de controle do tabaco no Brasil (COPPE/UFRJ, 2008) e Boletim Epidemiológico do INSS, DATASUS e SIM.

**Metodologia:** a análise baseou-se nos gastos anuais de procedimentos médico-hospitalares para a Doença Isquêmica Coronariana (DIC). Foram utilizadas equações de custo para DIC, a partir de um painel de expertos, Revisão Cochrane, tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares (AIH) e SIA/SUS. A partir das informações referentes à mortalidade atribuível à FAT da pesquisa realizada no INCA, foram calculados os gastos decorrentes da assistência médica no SUS para 1224 pessoas que vieram a falecer em 2003, em decorrência de DIC, assim como os gastos médios para o pagamento de pensões pelo INSS.

**Resultados:** demonstraram que os custos médico-hospitalares, em um ano, com os fumantes passivos que faleceram em decorrência de DIC alcançaram a cifra de 12,2 milhões de reais. Esta doença evitável foi adquirida em função da exposição involuntária à FAT. Certamente, se incorporarmos a exposição nos ambientes de trabalho e nos recintos coletivos este custo seria bem maior. Enquanto os custos para o pagamento de pensões pelo INSS, considerando o valor médio de uma pensão (R\$529,70) alcançaram o montante de 8,4 milhões de reais. Assim, os custos diretos da assistência médica aos fumantes passivos que faleceram em 2003, em decorrência de eventos agudos e/ou complicações de DIC representaram cerca de 12 milhões de reais para o SUS, recursos estes que poderiam ser investidos em outros programas de promoção da saúde. Por outro lado, o INSS é obrigado a dispendir 8,4 milhões de reais, por ano, para custear as pensões decorrentes das mortes de fumantes passivos, considerando apenas o nível domiciliar urbano. Em 5 anos, as projeções de gastos alcançam 126,0 milhões de reais para o pagamento de pensões.

**Aumento de diagnósticos de infarto agudo do miocárdio nas UPAs 24 horas**

Wilson Braz Correa Filho, Fernando Suarez Alvarez, Marcelo Dominguez Canetti, Domenica Soares Leite, Simone Farah, Victor Neves da Fonseca, Andre Gustavo Neves de Albuquerque, Fabiano Gomes da Silva  
Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro RJ e Universidade Federal do Rio de Janeiro RJ BRASIL

Durante o período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2008, foi realizado um total de 882.335 atendimentos de clínica médica nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h), com uma equipe composta por médicos com formação generalista, sem especialização em Cardiologia, que resultou no diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (IAM) em 1.207 pacientes (0,00136% do total de atendimentos). Em junho de 2008, foi iniciado um treinamento de atendimento à dor torácica para o reconhecimento precoce de pacientes portadores de IAM.

**Objetivo:** identificar se o treinamento para reconhecimento do diagnóstico de IAM influenciou os médicos generalistas no aumento de diagnósticos da patologia.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo, transversal. Foram selecionadas quatro UPAs 24h, em funcionamento desde 01 de janeiro de 2008: Maré, Irajá, Santa Cruz e Bangu. As demais unidades foram afastadas da análise. O total de diagnósticos de IAM foi registrado em dois momentos: antes e após a sistematização do atendimento ao paciente com dor torácica, ou seja, em dois períodos: de janeiro a junho de 2008 e de julho a dezembro de 2008, e na mesma população de profissionais. A análise estatística foi realizada no software R.

**Resultados:** O grupo sem treinamento apresentou um total de diagnósticos em 122 pacientes, com distribuição mensal de: média = 20,33 ± 6,56, mediana = 19,0, min = 14,0, máx = 32,0, 1º quartil = 16,0, 3º quartil = 22,0; o grupo com treinamento apresentou total de 312 pacientes e média = 52,0 ± 15,42, mediana = 56,5, min = 28,0, máx = 68,0, 1º quartil = 43,0, 3º quartil = 62,5 (teste t = -4,37, df = 5, p = 0,007).

**Conclusão:** A comparação entre os grupos revela um aumento significativo na prevalência dos diagnósticos de IAM por médicos generalistas após treinamento para reconhecimento do IAM.

**Letalidade do infarto agudo do miocárdio nas UPAs 24 horas**

Wilson Braz Correa Filho, Fernando Suarez Alvarez, Marcelo Dominguez Canetti, Domenica Soares Leite, Simone Farah, Victor Neves da Fonseca, Andre Gustavo Neves de Albuquerque, Fabiano Gomes da Silva  
Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro RJ BRASIL e Universidade Federal do Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Introdução:** No período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2009, o censo das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPAs 24h) da região metropolitana do Rio de Janeiro (total de 19 Unidades) registrou 1.456.998 atendimentos de clínica médica, dos quais foram identificados 2.691 óbitos, demonstrando uma incidência de 18,47 óbitos por 10.000 atendimentos.

**Objetivo:** identificar a letalidade do infarto agudo do miocárdio (IAM) nas UPAs 24h e a associação com choque cardiogênico.

**Metodologia:** o censo de óbitos de 19 UPAs, no período de 01 de outubro a 31 de dezembro de 2009, apresentou 656 registros. Neste estudo, foram incluídos os registros com os seguintes termos: “Angina Pectoris”, “Angina Instável”, “Infarto Agudo” e “Choque Cardiogênico”.

**Resultados:** Foram estudados 84 registros (12,80% do total de óbitos), com predomínio do sexo masculino (n = 46, 54,76%); média da idade de 67,62 ± 13,04 (mediana de 68,5, min = 38,0, 1ºQ = 57,0, 3ºQ = 78,25, máx = 99,0); com predomínio de óbito nas primeiras 24 horas (n = 54, 64,28% vs n = 30, 35,72%) e tempo médio de permanência de 1,0 dia (mediana de 0, min = 0, 1ºQ = 0, 3ºQ = 2,0, máx = 7,0). Em 40,47% (n = 34) dos registros foi identificado o quadro de choque cardiogênico, com predomínio nos pacientes com óbito após 24 horas (n = 17; teste t = -3,1623, df = 165,904, valor p = 0,001862; intervalo de confiança 95%: -0,38674986 a -0,08944062). Foram registrados 537 diagnósticos de IAM, com um tempo de permanência médio de 2,78 dias (mediana de 2,0, min = 0, 1ºQ = 1,0, 3ºQ = 4,0, máx = 14,0).

**Conclusão:** A prevalência de óbitos por IAM foi de 15,64% nesta população, com uma letalidade de 10,05% nas primeiras 24 horas e de 5,62% após 24 horas. Houve predomínio de choque cardiogênico e/ou insuficiência ventricular esquerda nos casos de óbito com mais de 24 horas nas UPAs.

**Fatores associados a maior tempo de internação em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada e grave disfunção ventricular**

André Casarsa Marques, Pricilla Cardim, Andrea de Melo Leite, Bruna de Melo Andrade Nascimento, Armando Cantisano, Aureo do Carmo Filho, Clerio Francisco de Azevedo Filho, Ana Cristina Baptista da S. Figueiredo, João Luiz Fernandes Petriz, Ricardo Guerra Gusmao de Oliveira  
Hospital Barra D'Or Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamento:** A insuficiência cardíaca (IC) é considerada a condição clínica mais dispendiosa da atualidade, representando as hospitalizações 60% do total de seus custos. Pacientes com IC e grave disfunção ventricular esquerda representam um desafio ainda maior, já que a permanência hospitalar tende a ser mais prolongada e os custos maiores.

**Objetivo:** Definir os fatores associados a tempo de internação (TI) prolongado nos pacientes com IC grave, internados por descompensação cardíaca.

**Delineamento:** estudo de coorte, retrospectivo.

**Paciente:** Foram avaliados 33 pc com IC avançada e internados devido a descompensação da IC (classe III ou IV) em unidade cardiointensiva de hospital privado do Rio de Janeiro.

**Métodos:** Variáveis clínicas e laboratoriais foram avaliadas e descritas após análise estatística (análise  $\chi^2$ ) e valores das variáveis numéricas e categóricas analisados pelo índice de correlação de Pearson e qui-quadrado. As seguintes variáveis foram avaliadas: idade, pró-BNP admissional, creatinina sérica admissional e em 48 horas, PCrT, PSAP, tamanho atrial e insuficiência mitral grave associada. O uso de amins durante o TI também foi analisado.

**Resultados:** Alguns fatores estiveram implicados em maior TI nos pacientes com IC avançada, destacando-se o pró-BNP na admissão (p=0,004) e níveis de creatinina sérica (p=0,001). O uso de amins durante a internação, pouco frequente na amostra, não esteve associado a menor TI. Em relação aos parâmetros ecocardiográficos analisados, o nível de pressão de artéria pulmonar (PSAP) se correlacionou com maior TI (p=0,027). A presença de IM grave ocorreu em 75% dos pc, porém não houve correlação com maior TI.

**Conclusão:** Nesta série de pc com disfunção grave e IC descompensada foi documentado associação de maior TI com as variáveis creatinina sérica, pró-BNP e PSAP. A presença destes marcadores sugere maior complexidade clínica e a provável necessidade de manuseio terapêutico prolongado.