

## Mundo Real da Intervenção Coronariana Percutânea no Sistema de Saúde Pública no Rio de Janeiro: Como Podemos Melhorá-lo?

*Real World of Percutaneous Coronary Interventions in the Public Health System in Rio de Janeiro: How Can It Be Improved?*

Stefano Garzon e Expedito E. Ribeiro

Instituto do Coração (INCOR), São Paulo, SP - Brasil

Minieditorial referente ao artigo: *Sobrevida em até 15 Anos de Homens e Mulheres após Intervenção Coronariana Percutânea Paga pelo Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, 1999-2010*

As doenças cardiovasculares (DCV) são atualmente a principal causa de morte no Brasil<sup>1</sup> e no mundo,<sup>2</sup> com 80% dos casos<sup>3</sup> ocorrendo em países de baixa e média renda. Ela afeta negativamente as economias desses países,<sup>4</sup> com reduções do Produto Interno Bruto (PIB), e aumentos da carga sobre os sistemas de saúde já precários. Os fatores de risco associados às DCV são amplamente evitáveis, e a conscientização<sup>5</sup> e o aumento do acesso aos cuidados primários de saúde para a prevenção<sup>6</sup> são fatores-chave para reduzir os eventos.

O presente estudo avaliou as taxas de mortalidade em pacientes submetidos à intervenção coronariana percutânea (ICP) tanto na doença coronariana estável (DF) como nas síndromes coronarianas agudas (SCA) no Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 1999 a 2010. Ele fornece dados interessantes sobre os desfechos de mortalidade nesses pacientes, dividindo-os por sexo, faixa etária e tipo de intervenção (angioplastia coronariana por balão, implante de stent com stents convencionais e ICP primária para IAMST). Ele tem limitações evidentes: trata-se de uma coorte populacional retrospectiva; seus dados foram extraídos de diferentes bases de dados, e as informações tiveram que ser pareadas (internações versus atestados de óbito, que não estão no mesmo conjunto de dados); o desfecho de mortalidade foi morte por qualquer causa, e embora os autores cite que a causa da morte foi dividida em dois

grupos (morte cardiovascular e qualquer outra causa), não está claro quais dados foram utilizados; não há informações sobre comorbidades, doença de vaso único versus doença multiarterial, ou medicamentos prescritos; e pacientes com mais de uma ICP foram excluídos.<sup>7</sup>

Os autores também afirmam que, em comparação com outros estudos.<sup>8-10</sup> O presente estudo apresentou taxas de mortalidade mais elevadas, atribuindo isso às dificuldades de extrapolar resultados de ensaios clínicos randomizados (ECR) para a prática no mundo real. Embora a validade externa dos ECR e a generabilidade de seus resultados sejam uma questão conhecida,<sup>11</sup> também é razoável considerar a precariedade do SUS, com acesso restrito à atenção primária e à medicina preventiva, oferta instável de medicamentos, indisponibilidade de stents farmacológicos e estrutura insuficiente de atenção secundária e terciária à saúde. Acima de tudo, as precárias condições socioeconômicas e de educação contribuem para um cenário em que há muitos fatores de confusão para essas taxas de mortalidade mais altas. Também temos que considerar que não há evidências de que a ICP para DCE reduza a mortalidade quando comparada com o tratamento clínico otimizado;<sup>8</sup> portanto, talvez um desfecho primário melhor possa ser eventos cardíacos e cerebrovasculares maiores (ECCM) do que apenas morte, embora seja compreensível que a falta de um registro unificado, com informações completas, torne isso praticamente impossível.

Por fim, seria interessante investigar os custos das doenças cardiovasculares para o SUS e comparar a carga financeira das DCV no Brasil àquela de outros países.<sup>12</sup>

Além de suas limitações, o presente estudo tem pontos fortes: um grande número de indivíduos, um longo tempo de acompanhamento e um cenário do mundo real. Ele deve ser usado para gerar perguntas em vez de fornecer respostas, e é um grande passo em direção à oferta de melhor atendimento aos nossos pacientes no Brasil.

### Palavras-chave

Doença da Artéria Coronariana; Intervenção Coronária Percutânea/economia; Mortalidade; Morbidade; Sistema Único de Saúde (SUS) / economia; Epidemiologia.

Correspondência: Expedito E. Ribeiro •

Rua Tomás Carvalhal, 555 Apt 62. CEP 04006-001, Paraíso, São Paulo, SP – Brasil  
E-mail: expribeiro@terra.com.br, expedito@cardiol.br

DOI: 10.5935/abc.20180227

## Referências

1. Mansur, A P, Favarato, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. *Arq Bras Cardiol.* 2012; 99(2):755-61.
2. Sanchis-Gomar F, Perez-Quilis C, Leischik R, Lucia A. Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. *Ann Transl Med.* 2016;4(13):256.
3. Bovet P, Paccaud, F. Cardiovascular disease and the changing face of global public health: a focus on low and middle income countries. *Publ Health Rev.* 2012;33(2):397-415.
4. World Health Organization.(WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Burden:mortality, morbidity and risk factors. Geneva;2010. P9-31.
5. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA.* 2013;310(9):959-68.
6. Joshi R, Jan S, Wu Y, MacMahon S. Global inequalities in access to cardiovascular health care: our greatest challenge. *J Am Coll Cardiol.* 2008;52(23):1817-25.
7. Souza e Silva CC, Klein CH, Godoy PH, Salis LHA, Souza e Silva NA. Sobrevida em até 15 anos de homens e mulheres após intervenção coronariana percutânea paga pelo Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, em 1999-2010. *Arq Bras Cardiol.* 2018; 111(4):553-561.
8. Weaver WD, Reisman MA, Griffin JJ, Buller CE, Leimgruber PP, Henry T, et al. Optimum percutaneous transluminal coronary angioplasty compared with routine stent strategy trial (OPUS-1): a randomised trial. *Lancet.* 2000;355(9222):2199-203.
9. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, Hartigan PM, Maron DJ, Kostuk WJ, et al; COURAGE Trial Research Group. Optimal medical therapy with or without ICP for stable coronary disease. *N Engl J Med.* 2007;356(15):1503-16.
10. Sedlis SP, Hartigan PM, Teo KK, Maron DJ, Spertus JA, Mancini GB, et al. Effect of ICP on long-term survival in patients with stable ischemic heart disease. *N Engl J Med.* 2015;373(20):1937-46.
11. Rothwell PM. External validity of randomised controlled trials: "To whom do the results of this trial apply?". *Lancet.* 2005;365(9453):82-93.
12. Tarride JE, Lim M, DesMeules M, Luo W, Burke N, O'Reilly D, et al. A review of the cost of cardiovascular disease. *Can J Cardiol.* 2009;25(6):195-202.

