

Melhorando os Resultados de Pacientes com Doença Coronariana Aguda na Vida Real: O Caso de Aplicar na Prática o que já Sabemos dos Estudos Clínicos

Improving Outcomes of Patients with Acute Coronary Disease in Real Life: The Case of Applying in Practice What We Already Know from Clinical Studies

Stefano Garzon¹ e Pedro A. Lemos^{1,2} 

Hospital Israelita Albert Einstein,¹ São Paulo, SP – Brasil

Instituto do Coração – InCor, HCFMUSP,² São Paulo, SP – Brasil

Minieditorial referente ao artigo: Prognóstico Relacionado à Terapia de Reperusão Pós-Síndrome Coronariana Aguda na Atenção Secundária:

Análise de Sobrevida em Longo Prazo na Estratégia ERICO

As doenças cardiovasculares são uma das principais causas de morte no mundo, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento,¹ e, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, espera-se que 75% dessas mortes ocorram em países em desenvolvimento.² A privação socioeconômica é um dos principais determinantes de doenças cardiovasculares mortalidade associada a maior exposição a fatores de risco e mortes prematuras.³ As doenças cardiovasculares também têm um grande impacto na economia. Um estudo recente realizado na Austrália⁴ projeta os custos totais de saúde das doenças cardiovasculares de 2020 a 2029 em quase 62 bilhões de dólares australianos, com perdas de produtividade de quase 79 bilhões, com um custo total superior a 140 bilhões em 10 anos.

O Brasil é um país em desenvolvimento de dimensões continentais, com marcadas disparidades regionais, raciais e socioeconômicas.⁵ A partir da década de 1960, o país passou por uma rápida mudança demográfica, com uma população envelhecendo rapidamente e passando de ser predominantemente rural para urbana. Grande parte da população brasileira está exposta a fatores de risco conhecidos para doenças cardiovasculares, como baixa escolaridade, maus hábitos de vida e alimentação, tabagismo, obesidade, poluição do ar e fatores de risco mal controlados, como hipertensão, diabetes e hiperlipidemia, todas associadas a maior mortalidade cardiovascular.⁶ Embora o Brasil tenha um Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso à saúde é altamente heterogêneo, superlotado e subfinanciado, e frequentemente não oferece atendimento adequado à população brasileira.⁷

Palavras-chave

Doenças Cardiovasculares/mortalidade; Doença Arterial Coronariana; Fatores de Risco; Países em Desenvolvimento; Pobreza; Intervenção Coronária Percutânea; Sistema Único de Saúde.

Correspondência: Pedro A. Lemos •

Hospital Israelita Albert Einstein – Av. Albert Einstein, 627/701. CEP 05652-900, São Paulo, SP - Brasil

E-mail: pedrolemos.cardio@gmail.com, pedroaln@cardiol.br

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20230283>

O artigo de Bruno et al.⁸ relata os resultados de um registro prospectivo de síndromes coronarianas agudas atendidas no Hospital Universitário, hospital secundário da Universidade de São Paulo. No estudo, entre 800 pacientes tratados, o tratamento com intervenção coronária percutânea (ICP) foi associado a uma menor probabilidade de morte por todas as causas (HR 0,42), doença cardiovascular (HR 0,39) ou doença arterial coronariana (HR 0,24). Notavelmente, os benefícios de sobrevida da ICP foram mantidos, mesmo em um ambiente onde a angiografia coronária invasiva levou em média 4 dias para ser realizada, já que o hospital não possui um laboratório de cateterismo.

Em uma revisão recente, Bhatt, Lopes e Harrington destacam a importância de uma estratégia invasiva precoce ou terapia fibrinolítica quando o acesso imediato à ICP não está disponível para reduzir a mortalidade em pacientes com IAMCSST, bem como a angiografia coronária invasiva imediata para pacientes com IAMSSST de alto risco.⁹ Essas também são as recomendações das diretrizes mais recentes, pois unanimemente enfatizam a importância da estratificação invasiva oportuna.¹⁰⁻¹³

Como visto na matéria, mesmo em um hospital universitário da cidade mais rica do país, os pacientes ainda esperam dias por uma coronariografia invasiva. Infelizmente, isso ainda reflete como funciona o sistema público de saúde brasileiro. A realidade da maioria das regiões do Brasil, e até mesmo da cidade de São Paulo, provavelmente é diferente (para pior). As desigualdades regionais são difíceis de avaliar, mas certamente esse é um cenário um tanto privilegiado, pois muitas vezes o acesso até mesmo à atenção básica adequada é difícil. Embora as mortes cardiovasculares venham diminuindo no Brasil⁵ e haja indícios de melhora geral em nossa população,¹⁴ podemos perceber no presente artigo que ainda estamos longe de oferecer assistência médica adequada à nossa população. Políticos e formuladores de políticas devem ter em mente que investir em saúde é bom para a saúde de sua população e também para a economia, pois o investimento em prevenção e tratamento e o crescimento econômico andam de mãos dadas.¹⁵

Referências

- Roth GA, Johnson C, Abajobir A, Abd-Allah F, Abera SF, Abyu G, et al. Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(1):1-25. DOI: 10.1016/j.jacc.2017.04.052
- World Health Organization (WHO). Cardiovascular diseases (CVDs). Internet [Cited in 2020 Apr 2020] Available online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>. 2020.
- Bevan GH, Nasir K, Rajagopalan S, Al-Kindi S. Socioeconomic Deprivation and Premature Cardiovascular Mortality in the United States. *Mayo Clin Proc*. 2022;97(6):1108-13. DOI: 10.1016/j.mayocp.2022.01.018
- Marquina C, Talic S, Vargas-Torres S, Petrova M, Abushanab D, Owen A, et al. Future burden of cardiovascular disease in Australia: impact on health and economic outcomes between 2020 and 2029. *Eur J Prev Cardiol*. 2022;29(8):1212-9. DOI: 10.1093/eurjpc/zwab001
- Ribeiro AL, Duncan BB, Brant LC, Lotufo PA, Mill JG, Barreto SM. Cardiovascular Health in Brazil: Trends and Perspectives. *Circulation*. 2016;133(4):422-33. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.008727
- Yusuf S, Joseph P, Rangarajan S, Islam S, Mentz A, Hystad P, et al. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. *Lancet*. 2020;395(10226):795-808. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32008-2
- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8
- Bruno TC, Bittencourt MS, Quidim AVL, Santos IS, Lotufo PA, Benseñor IM, et al. Prognosis Related to Reperfusion Therapy Post-Acute Coronary Syndrome in Secondary Care: Long-Term Survival Analysis in the ERICO Study. *Arq Bras Cardiol*. 2023; 120(5):e20220849. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20220849>
- Bhatt DL, Lopes RD, Harrington RA. Diagnosis and Treatment of Acute Coronary Syndromes: A Review. *JAMA*. 2022;327(7):662-75. DOI: 10.1001/jama.2022.0358
- Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2018;39(2):119-77. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx393
- Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthelémy O, Bauersachs J, Bhatt DL, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2021;42(14):1289-367. DOI: 10.1093/eurheartj/ehaa575
- Nicolau JC, Feitosa Filho GS, Petriz JL, Furtado RHM, Precoma DB, Lemke W, et al. Brazilian Society of Cardiology Guidelines on Unstable Angina and Acute Myocardial Infarction without ST-Segment Elevation - 2021. *Arq Bras Cardiol*. 2021;117(1):181-264. DOI: 10.36660/abc.20210180
- Writing Committee M, Gulati M, Levy PD, Mukherjee D, Amsterdam EA, Bhatt DL, et al. 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2021;78(22):e187-e285. DOI: 10.1016/j.jacc.2021.07.053
- Roth GA, Forouzanfar MH, Moran AE, Barber R, Nguyen G, Feigin VL, et al. Demographic and epidemiologic drivers of global cardiovascular mortality. *N Engl J Med*. 2015;372(14):1333-41. DOI: 10.1056/NEJMoa1406656
- Spiteri J, von Brockdorff P. Economic development and health outcomes: Evidence from cardiovascular disease mortality in Europe. *Soc Sci Med*. 2019;224:37-44. DOI: 10.1016/j.socscimed.2019.01.050

