

Prognóstico da Doença Arterial Coronariana em Hospitais Públicos no Brasil: O Estudo ERICO e Uso do Conhecimento na Saúde Pública

Prognosis of Coronary Artery Disease in Public Hospitals in Brazil: The ERICO Study and the Application of Knowledge in Public Health

Fatima Marinho^{1,2}

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais,¹ Belo Horizonte, MG – Brasil
Organização Internacional de Saúde Pública Vital Strategies,² Nova Iorque – EUA

Minieditorial referente ao artigo: O Prognóstico da Doença Arterial Coronariana em um Hospital Público no Brasil: Achado do Estudo ERICO

O grupo de doenças cardiovasculares (DCV) agrega as principais causas de morte no Brasil e no conjunto dos países em desenvolvimento.^{1,2} A doença isquêmica do coração (DIC) ou doença arterial coronariana (DAC) tem sido por muitos anos a principal causa de morte na população brasileira,¹ com exceção do ano de 2020,³ quando a doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) foi a primeira causa de morte, seguida pela DIC. A DIC foi a principal causa de anos de vida perdidos na população brasileira em 2016.⁴

Em 2017, foi estimada uma prevalência de DAC de 1,75% (2.500.000 de indivíduos), na população brasileira maior que 20 anos.¹ As maiores prevalências estavam nas regiões Sul e Sudeste, com taxa de mortalidade padronizada decrescente, mas com aumento da prevalência desde 1990.¹ Com estimativa de incidência de cerca de 121 mil casos por ano¹ em 2017, a DAC tem sido um importante problema de saúde pública no país.

O estudo ERICO,⁵ coorte de pacientes com episódio de síndrome coronária aguda (SCA) atendidos em um hospital secundário, entre outros estudos, é peça importante na produção do conhecimento sobre prognóstico de curto e longo prazos de pacientes em cuidado secundário e DCA.

Uma pergunta que está presente diante dos pacientes com SCA é qual a melhor intervenção, quais as evidências, qual o prognóstico. Como informar aos pacientes e as famílias sobre as chances da sobrevivência de longo prazo se ainda não há um conhecimento consolidado, muitas questões ainda não respondidas para a realidade brasileira, como, por exemplo, impacto dos determinantes sociais⁶ no prognóstico. Quais as evidências sobre o melhor tratamento?

A estatística cardiovascular¹ publicada em 2020 revelou que “foram realizadas 78.575 angioplastias coronárias pelo

SUS em 2018, com mortalidade hospitalar de 2,96% e média de permanência hospitalar de 4,5 dias”. Com esse número de angioplastias, a possibilidade de uso das melhores evidências para informar sobre o melhor cuidado e procedimentos, aumentam as chances de beneficiar não somente o paciente indivíduo, mas principalmente, os milhares de doentes com SCA incidente, reduzindo a mortalidade populacional e melhorando a qualidade de vida. 10% das hospitalizações⁷ no SUS foram por DCV em 2019.

O uso da tecnologia para o diagnóstico e tratamento durante uma manifestação aguda da doença (particularmente acidente vascular cerebral ou infarto agudo do miocárdio [IAM]) foi fundamental em muitos países para redução de mortes e prolongamento da vida quando a DCV se manifesta.⁸

Cristina-Bruno et al.,⁹ revelam no artigo que “não só os pacientes com doença de múltiplos vasos como também os com doença de um vaso tiveram alto risco de mortalidade no longo prazo pós-SCA. Esses achados destacam a importância de se ter uma abordagem melhor no tratamento e no controle de FRC, mesmo em indivíduos com risco aparentemente baixo, atendidos em cuidado secundário”.

O surgimento e o rápido crescimento de fatores de risco cardiovascular (FRC) em países em desenvolvimento são responsáveis pelo forte aumento na morbidade/mortalidade relacionada a DIC nas últimas décadas, trazendo a necessidade de um plano de controle epidemiológico destinado a prevenir DCV em países em desenvolvimento.^{4,5,7,10}

A maior mortalidade por DAC está relacionada com um menor nível socioeconômico,⁵ países de maior renda têm taxa de mortalidade menor que países de média renda.^{1,4} Os novos tratamentos da DAC com uso de novas tecnologias têm reduzido a mortalidade, mas não podem reduzir a carga da doença e a perda da saúde^{1,4} associada com a DAC. Os fatores de risco como obesidade, dieta, tabagismo e sedentarismo têm aumentado o risco para o desenvolvimento da doença.^{1,2,4-6,9} A associação crescente DAC e diabetes, vem contribuindo para aumento do risco de óbito.¹¹⁻¹³

A linha de base do estudo ERICO⁶ mostrou “uma média de idade foi de 62,7 anos, 58,5% homens e 77,4% tinham 8 anos ou menos de estudo. Os fatores de risco cardiovascular mais comuns foram hipertensão (76%) e sedentarismo (73,4%). Apenas 29,2% tinham história prévia de doença coronariana”.⁶

No período 1990-2017, a prevalência de DAC aumentou nos dois sexos (de 1,08% para 1,75%), de maneira mais

Palavras-chave

Doença da Artéria Coronariana; Prognóstico; Hospitais Públicos; Epidemiologia; Saúde Pública; Fatores de Risco; COVID-19; Mortalidade.

Correspondência: Fatima Marinho •

Rua São Bento, 470 Cj 104. CEP 01010-905, São Paulo, SP – Brasil
E-mail: fmarinho@vitalstrategies.org

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20210825>

proeminente em homens que em mulheres, aumentando com o envelhecimento da população.^{1,8}

Considerando a importância do tratamento da morbidade cardiovascular e seus eventos agudos, a tendência de redução da mortalidade por DAC e, o consequente, aumento da sobrevivência dos pacientes com SCA e obstrução coronariana, trouxe a necessidade de elevar o conhecimento sobre o tratamento,⁹ o melhor uso das informações clínicas para o prognóstico^{8,13} e prevenção dos FRC.⁴ Para tanto seria fundamental conhecer as

práticas dos profissionais de saúde e seu nível de adesão às recomendações de boas práticas.¹⁴

Assim, conhecer com mais profundidade, produzir evidências, buscar impacto a nível populacional^{8,13,14} e, ao mesmo tempo, colocar no centro do debate sobre redução da prevalência e incidência de SCA e DAC as políticas de saúde pública⁸ para enfrentamento do crescente aumento dos FRC, como a forma mais efetiva para reduzir as perdas de saúde e os anos de vida perdidos devido a DAC.⁴

Referências

1. Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Biolo A, Nascimento BR, Malta DC, et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2020; 115(3):308-439.
2. Ribeiro ALP, Duncan BB, Brant LCC, Lotufo PA, Mill JG, Barreto SM. Cardiovascular Health in Brazil Trends and Perspectives. *Circulation.* 2016; 133(4):422-33.
3. COVID-19 Results briefing Brazil, [acessado em setembro de 2021] Disponível: http://www.healthdata.org/sites/default/files/covid_briefs/135_briefing_Brazil.pdf
4. Marinho F, Passos VMA, Malta DC, França EB, Abreu DMX, Araújo V, et al. Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet.* 2018;392(10149):760-75.
5. Abreu SLL, França de Abreu JDM, Branco MRFC, Santos AM. Óbitos Intra e Extra-Hospitalares por Infarto Agudo do Miocárdio nas Capitais Brasileiras. *Arq Bras Cardiol.* 2021; 117(2):319-26.
6. Goulart AC, Santos IS, Sitnik D, Staniak KL, Fedeli LM, Pastore CA, et al. Design and baseline characteristics of a coronary heart disease prospective cohort: two-year experience from the strategy of registry of acute coronary syndrome study (ERICO study). *CLINICS* 2013; 68(3):431-4
7. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health.* 2012; 26(1):S4-S10.
8. Ramires JA. Implementação de Programas de Melhoria de Qualidade Assistencial. *Arq Bras Cardiol.* 2020; 115(1):100-1.
9. Bruno CT, Bittencourt MS, Quidim AVL, Santos I, Lotufo P, Bensenor I, Goulart A. O Prognóstico da Doença Arterial Coronariana em um Hospital Público no Brasil: Achado do Estudo ERICO. *Arq Bras Cardiol.* 2021; 117(5):978-985.
10. Verdier F, Fourcade L. Changes in cardiovascular risk factors in developing countries. *Medecine Tropicale: Revue du Corps de Santé Colonial.* 2007; 67(6):552-8. PMID: 18300515.
11. Siqueira AFA, Almeida-Pititto B, Ferreira SRG. Doença cardiovascular no diabetes mellitus: análise dos fatores de risco clássicos e não-clássicos. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2007;51(2)
12. Santos IS, Goulart AC, Brandão RM, Santos RCO, Bittencourt MS, Sitnik D, et al. Mortalidade em um Ano após Evento Coronário Agudo e seus Preditores Clínicos: O estudo ERICO. *Arq Bras Cardiol.* 2015; 105(1):53-64.
13. Viana MS, Lopes F, Cerqueira-Junior AMS, Suerdieck JG, Barcelos da Silva A, Souza TM, et al. Valor Prognóstico Incremental da Incorporação de Dados Clínicos à Anatomia Coronária em Síndromes Coronarianas Agudas: Escore SYNTAX-GRACE. *Arq Bras Cardiol.* 2017; 109(6):527-32.
15. Taniguchi FP, Bernardes-Pereira S, Silva SA, Ribeiro ALP, Morgan L, Curtis AB, et al. Implementação do Programa Boas Práticas em Cardiologia adaptado do Get With The Guidelines® em Hospitais Brasileiros: Desenho do Estudo e Fundamento. *Arq Bras Cardiol.* 2020; 115(1):92-9.

