

Medicina baseada em evidências e hipertensão arterial

Medicine based on evidences and hypertension

Editor: Álvaro Avezum

Evidências científicas e a prática clínica cardiológica

The evidence and the clinical practice in cardiology

Ítalo Souza Oliveira Santos¹, Álvaro Avezum²

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do conhecimento médico científico, que ocorreu por meio da Medicina Baseada em Evidências, disponibiliza aos Cardiologistas resultados confortáveis para a decisão clínica em termos de impacto sobre desfechos clinicamente relevantes. A cardiologia vem se destacando como uma especialidade médica na qual a geração de informações científicas é abundante, gerando volume de conhecimento que definitivamente comprova os reais benefícios, diagnósticos e terapêuticos, analisados nos estudos clínicos bem delineados.

No entanto, em razão da crescente produção de informações provenientes de pesquisas de qualidade variável, a atualização médica é reconhecidamente um objetivo de difícil obtenção. Por essa razão, a utilização de Diretrizes tornou-se fundamental para que os benefícios observados nos estudos clínicos (e que configuram as melhores evidências disponíveis na literatura) possam de fato ser incorporadas à prática clínica. Embora seja do conhecimento da comunidade médica que as Diretrizes de fato são ferramentas importantes para a manutenção da qualidade no exercício da profissão, diversas publicações demonstram que as intervenções de grande benefício em termos de desfecho clínico são ainda muito pouco utilizadas.

PRÁTICA CLÍNICA NA ATUALIDADE

Especialmente nas últimas duas a três décadas, a pesquisa clínica tem demonstrado a eficácia de inúmeras intervenções na redução de mortalidade e de outros eventos clinicamente relevantes relacionados à sua utilização. Os exemplos mais comumente citados incluem as terapêuticas de reperfusão coronária no infarto agudo do miocárdio (IAM) com elevação de segmento ST, bem como o uso de betabloqueadores e inibidores de enzima conversora de angiotensina em mais de um contexto clínico em cardiologia.

Entretanto, a despeito da clara demonstração dos benefícios, discussões têm surgido sobre a utilização insatisfatória de tais medidas na prática clínica mundial¹. A situação clínica provavelmente mais estudada nesse aspecto é a doença arterial coronária; especificamente as síndromes coronárias agudas (SCA). No Estudo National Registry of Myocardial Infarction (NRM), o benefício do uso de AAS e betabloqueadores não é oferecido a todos os pacientes, mesmo na ausência de contraindicações². Resultado semelhante foi obtido no Cooperative Cardiovascular Project, no qual a taxa de prescrição de Aspirina[®] foi de 80% entre pacientes elegíveis³. Os registros TIMI III e GARANTEE, que estudaram respectivamente IAM com elevação de ST e angina instável, também documentaram apenas 80% de pacientes elegíveis utilizando AAS^{4,5}. Dados mais desanimadores são referentes à utilização de betabloqueadores e inibidores de enzima conversora de angiotensina, com taxas tão surpreendentes quanto próximas de apenas 20% de prescrição³.

Atualmente o conhecimento também permite reconhecer diversas barreiras à incorporação do conhecimento científico à rotina médica diária. A falta efetiva de conhecimento médico e a dificuldade do profissional em se manter atualizado são algumas dessas barreiras descritas por Cabana *et al.*⁶. Além dessas mais frequentemente reconhecidas, questões pessoais que acabam provocando atitudes reativas do médico em relação à adoção de novas posturas profissionais são descritas: a sensação de perda de autonomia e prestígio profissional à medida que a excessiva padronização dos protocolos ou a imposição de condutas por terceiros, por vezes, possam parecer consequência inerente à adoção de diretrizes; a discordância do profissional em relação a diretrizes específicas; a impressão de que a experiência pessoal deva suplantiar o valor da demonstração de evidências científicas de benefícios clínicos na condução dos casos na prática

1 Cardiologista. Divisão de Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

2 Diretor. Divisão de Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

Correspondência para: Av. Dr. Dante Pazzanese, 500, 1º andar, Divisão de Pesquisa, Ibirapuera — 04012-909 — São Paulo, SP

clínica diária. Por todos esses motivos e, provavelmente, ainda por outros, alguns dos grandes focos de discussão na literatura cardiológica mais atual têm sido a tentativa de identificação de fatores preditores da menor utilização das terapias baseadas em evidências e a criação e utilização de estratégias capazes de aumentar a efetividade de intervenções que, comprovada e indiscutivelmente, são eficazes. Particularmente sobre a doença arterial coronária, questões acerca da elaboração de projetos que objetivem o aumento da adesão médica às diretrizes disponíveis têm sido cada vez mais abordadas, para que os benefícios extensamente conhecidos de terapêuticas consagradas no manejo das SCA sejam efetivamente oferecidos aos pacientes. Seguindo a tendência originalmente estabelecida por meio do estudo das SCA, a aplicação de tais estratégias deverá ser o foco da atenção das sociedades cardiológicas nacionais e internacionais, em futuro próximo, visando à otimização terapêutica também em outras áreas da cardiologia e, possivelmente, das demais especialidades médicas.

FERRAMENTAS DE OTIMIZAÇÃO DE PRÁTICA CLÍNICA

A adoção das chamadas ferramentas de otimização de prática clínica tem sido sugerida como uma forma efetiva de promover a incorporação de terapêuticas baseadas em evidências à realidade assistencial. As ferramentas são fichas de preenchimento para as situações clínicas específicas que enfatizam pontos fundamentais na conduta médica, tornando as evidências científicas acessíveis ao médico quando está diante do paciente, momento propício à sua implementação.

Sabe-se atualmente que o impacto da diretriz é realmente pequeno em termos de efetividade quando não são estabelecidos métodos institucionais para sua implementação⁷, tornando fundamental a discussão sobre qual seria a maneira mais adequada de melhorar a prática clínica, que permanece insatisfatória. Uma das abordagens seria a orientação de profissionais considerados formadores de opinião como possível instrumento de otimização de prática clínica^{8,9}. De fato, a melhoria do manejo de pacientes portadores de SCA já foi demonstrada com a utilização dessa ferramenta⁸. Neste trabalho, no grupo intervenção, os profissionais formadores de opinião foram responsáveis pela execução de reuniões de discussão em grupo, consultoria e revisão de práticas médicas em geral. O grupo-controle dispunha apenas de seus dados hospitalares, sem nenhuma interferência institucional para adesão do corpo clínico a práticas preestabelecidas. Após período de seguimento de 2,5 anos, foi observado aumento na proporção de pacientes elegíveis que receberam AAS e betabloqueadores no grupo que receberia intervenção. Não foi observada melhoria de adesão às terapias de reperfusão nesse estudo⁸. Entretanto, a melhoria de prática clínica ocorreu

de forma parcial, tendo-se observado aumento de adesão a algumas, mas não a outras medidas terapêuticas estudadas.

A utilidade dos protocolos de auxílio à tomada de decisão tem sido considerada nos últimos anos como uma forma de obtenção de melhoria da prática clínica¹⁰⁻¹⁵. Cannon *et al.*, por meio de um subcomitê do National Heart Attack Alert Program, publicaram uma revisão sistemática com o objetivo de definir sua finalidade, principais usos e potenciais benefícios, no contexto das SCA¹³. Os principais objetivos dos protocolos de conduta são descritos na tabela 1.

Embora a literatura cardiológica sugira benefício dos protocolos de auxílio à tomada de decisão na tentativa de melhorar a prática clínica, tem-se questionado sua eficácia como intervenção isolada¹⁶.

Tabela 1. Objetivos dos protocolos de auxílio à tomada de decisão clínica

Reduzir tempos críticos de acesso às terapêuticas de emergência
Aumentar o uso de terapêuticas baseadas em evidências recomendadas pelas Diretrizes
Reduzir o uso de procedimentos desnecessários
Sugerir o momento apropriado para procedimentos de investigação e estratificação
Reduzir o tempo de permanência hospitalar
Incentivar a participação institucional em estudos clínicos
Coletar dados antes e após a implementação dos protocolos de auxílio para documentar seu benefício
Divulgar dados institucionais para a geração de indicadores de qualidade assistencial

Nenhuma estratégia isolada pode ser considerada ideal e suficiente para obtenção de melhoria satisfatória de prática clínica. A abordagem por meio de múltiplas intervenções como ferramentas surgiu como possibilidade de incremento no benefício potencial de intervenções isoladas. A sua eficácia é bem documentada pelo estudo GAP¹⁷ – Guidelines Applied in Practice, um dos estudos de grande impacto na atualidade abordando melhoria de prática clínica. Idealizado pelo American College of Cardiology e conduzido pela Universidade de Michigan, esse estudo elaborou intervenções para atuar em todos os momentos importantes da internação do paciente, desde a admissão na sala de dor torácica até a alta hospitalar, sendo essas intervenções direcionadas aos principais profissionais envolvidos no atendimento dos pacientes. Instrumentos como admissões padronizadas, guias de consulta de bolso, palestras e apresentações institucionais de atualização sobre o tema, atendimentos padronizados e simplificados, além de sugestões de prescrição pré-impressas, foram utilizados para auxiliar o médico à adoção das condutas com benefício comprovado. No momento da alta, o paciente recebia orientações

e um plano de alta a ser seguido, com o objetivo de melhorar a adesão às medidas de prevenção secundária. Seguindo o delineamento antes e depois, no qual os indicadores de qualidade assistencial são comparados na mesma população antes e após a implementação da intervenção, demonstrou-se que a adoção de uma estratégia que contemple múltiplas intervenções visando à melhoria de qualidade assistencial foi capaz de aumentar a taxa de prescrição das principais terapêuticas comprovadamente eficazes em pacientes portadores de IAM nos dez hospitais alocados para o estudo¹⁷.

O objetivo desse tipo de estudo é documentar que determinadas intervenções médicas e institucionais são capazes de aumentar a efetividade de determinadas ações clínicas. Neste tipo de ação, o objetivo é documentar o aumento da adesão às intervenções que, sabidamente, reduzem eventos clínicos. Entretanto, ainda que não seja o objetivo principal, hoje dispõe-se de dados de seguimento de um ano de pacientes submetidos à implementação de ferramentas utilizadas no estudo GAP, por meio dos quais foi documentada redução de eventos nos pacientes inicialmente submetidos a tais estratégias: em análise multivariada, foi demonstrada redução de mortalidade em um ano de 38,3% para 33,2% ($p = 0,004$) e redução de evolução para disfunção ventricular esquerda na fase intra-hospitalar de 47,4% para 44,3% ($p = 0,07$)¹⁸.

Outra iniciativa semelhante e de grande relevância científica é o estudo CHAMP (Cardiac Hospital Atherosclerosis Management Program)¹¹, que também utilizou algoritmos de tratamento capazes de incentivar os profissionais a uma maior adesão às diretrizes disponíveis no manejo das SCA. Houve aumento na taxa de prescrição de Aspirina®, betabloqueadores, inibidores da ECA e estatinas ao final do estudo, tendo-se documentado, inclusive, redução dos níveis séricos de colesterol no grupo submetido à atuação das ferramentas de melhoria de prática clínica.

O Cooperative Cardiovascular Project também investigou a eficácia de programa de múltiplas intervenções na obtenção de melhoria de prática clínica em pacientes portadores de infarto do miocárdio, comparando hospitais submetidos a intervenções com outros hospitais-controle³. Observou-se que a adesão ao uso de Aspirina® na alta hospitalar, betabloqueadores e cessação de tabagismo foi melhor nos hospitais em que os protocolos foram implementados. Analisando-se a terapia de reperfusão coronária, não houve diferença entre os grupos³.

No Brasil, começam a surgir as primeiras iniciativas a fim de discutir qualidade assistencial. Em uma publicação nacional foi demonstrado que, após a implementação de protocolo assistencial institucional de melhoria de manejo das síndromes coronárias agudas, houve melhora na qualidade do tratamento geral oferecido e consequente redução de morbidade e mortalidade nesses casos¹⁹.

CONCLUSÃO

A implementação das evidências na prática clínica é uma medida fundamental para a medicina cardiovascular atual que dispõe de uma série de informações provenientes de estudos clínicos que demonstram eficácia, mas que, no entanto, não podem ser transmitidas aos pacientes em função das dificuldades reais existentes. A cardiologia atual tem, portanto, um desafio que é praticar a evidência, transformando o conhecimento científico no benefício necessário aos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Fox KAA, Goodman WK. Management of acute coronary syndromes: variations in practice and outcome. Findings from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Eur Heart J*. 2002; 23:1177-89.
2. Rogers WJ, Bowbly LJ, Chandra NC, et al. Treatment of myocardial infarction in the United States (1990 to 1993). Observations from the National Registry of Myocardial Infarction. *Circulation*. 1994;90:2103-14.
3. Ellerbeck EF, Jencks SF, Radford MJ, et al. Quality of care for medicare patients with acute myocardial infarction. A four-state pilot study from the Cooperative Cardiovascular Project. *JAMA*. 1995;273:1509-14.
4. Stone PH, Thompson B, Anderson HV, et al. Influence of race, sex and age on management of unstable angina and non-Q wave myocardial infarction: the TIMI III Registry. *JAMA*. 1996;275:1104-12.
5. Scirica BM, Moliterno DJ, Every NR, et al. Differences between men and women in the management of unstable angina pectoris (the GARANTEE Registry). *Am J Cardiol*. 1999; 84:1145-50.
6. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*. 1999;282:1458-65.
7. Scott IA. Determinants of quality of in-hospital care for patients with acute coronary syndromes. *Dis Manage Health Outcomes*. 2003;11:801-16.
8. Soumerai S, McLaughlin T, Gurwitz J, et al. Effect of local medical opinion leaders on quality of care for acute myocardial infarction: a randomized controlled trial. *JAMA*. 1998; 279:1358-63.
9. Berner ES, Baker CS, Funkhouser E, et al. Do local opinion leaders augment hospital quality improvement efforts? A randomized trial to promote adherence to unstable angina guidelines. *Med Care*. 2003;41:420-31.
10. Mehta RH, Montoye CK. Improving quality of care for acute myocardial infarction: The Guidelines Applied in Practice (GAP) initiative. *JAMA* 2002; 287:1269-76.
11. Fonarow GC, Gawlinski A, Moughrabi S. Improved treatment of coronary heart disease by implementation of a Cardiac Hospitalization Atherosclerosis Management Program (CHAMP). *Am J Cardiol*. 2001;87:819-22.
12. Cannon CP. Treatment algorithms and critical pathways for acute coronary syndrome. *Semin Vasc Med*. 2003;3:425-32.
13. National Heart Attack Alert Program (NHAAP) Coordinating Committee Critical Pathways Writing Group from the National Heart Attack Alert Program Coordinating Committee. Critical pathways for management of patients with acute coronary syndromes: an assessment by the National Heart Attack Alert Program. *Am Heart J*. 2002;143:777-89.
14. Cannon CP. Critical pathways in cardiology: a journal of evidence-based medicine. Translating evidence into practice. *Crit Path Cardiol*. 2002;1:1-2.
15. Cannon CP. Critical pathway for unstable angina and non-ST elevation myocardial infarction. *Crit Path Cardiol* 2002; 1:12-21.
16. Holmboe E, Meehan T, Radford M, et al. Use of critical pathways to improve the care of patients with acute myocardial infarction. *Am J Med* 1999; 107:324-31.
17. Mehta RH, Montoye CK. Improving quality of care for acute myocardial infarction: The Guidelines Applied in Practice (GAP) initiative. *JAMA* 2002; 287:1269-76.
18. Rogers AM, Ramanath VS, Grzybowski, M, et al. The Association Between Guideline-Based Treatment Instructions at the Point of Discharge and Lower 1-Year Mortality in Medicare Patients After Acute Myocardial Infarction: The American College of Cardiology's Guidelines Applied in Practice (GAP) initiative in Michigan. *American Heart Journal*. 2007;154(3):461-469.
19. Polaczyk CA, Biolo A, Imhof BV. Improvement in clinical outcomes in acute coronary syndromes after the implementation of a critical pathway. *Crit Pathways in Cardiol* 2003; 2:222-30.