



323

### Tendências do perfil de internações e da mortalidade hospitalar por infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca no Brasil

Fernando H Y Cesena, Desiderio Favarato, Protásio L da Luz.

Instituto do Coração (InCor) - HC-FMUSP São Paulo SP BRASIL.

**FUNDAMENTO:** análises de tendências são úteis para o planejamento do sistema de saúde. **OBJETIVOS:** avaliar tendências das internações (IH) e mortalidade hospitalares (MH) por infarto do miocárdio (IM) e insuficiência cardíaca (IC) no Brasil. **MÉTODOS:** em pesquisa ao DATASUS (www.datasus.gov.br), foram avaliados o número de IH e a MH (óbitos/internações) por IM e IC, de pacientes (pac) >=30 anos (a), de 1992 a 2003, no Brasil. Regressão linear foi utilizada para analisar tendências de MH ano a ano, de acordo com gênero, faixa etária e região. **RESULTADOS:** 1-IM: as IH totalizaram 468.937. O percentual de mulheres aumentou discretamente (37,2% em 1992 a 37,9% em 2003,  $r=0,65$ ,  $p=0,02$ ). Observou-se um discreto porém significativo aumento da participação de pac >=70a no total de IH tanto em homens (23,3 a 25,0%,  $r=0,88$ ,  $p<0,01$ ) como em mulheres (34,2 a 37,3%,  $r=0,92$ ,  $p<0,01$ ), e em todas as regiões com exceção do S. Considerando o período 1992-2003, a MH manteve-se estável em homens ( $r=0,45$ ,  $p=0,14$ ) e mulheres ( $r=0,08$ ,  $p=0,79$ ). No entanto, queda progressiva e significativa tem ocorrido nos últimos anos em homens (14,4% em 2000 e 12,9% em 2003,  $r=0,97$ ,  $p=0,03$ ) e mulheres (20,6% em 1999 e 17,7% em 2003,  $r=0,96$ ,  $p=0,01$ ). Esta redução foi observada em todas as faixas etárias <80a de ambos os gêneros. A diminuição de MH tem ocorrido principalmente no SE, NE e S ( $p<0,01$ , 0,05 e 0,06, respectivamente), sendo menos evidente no CO e N ( $p=0,12$  e 0,30, respectivamente). 2-IC: as IH somaram 4.906.825 (50% em cada gênero). Observou-se um progressivo aumento da participação de pac >=80a no total de IH tanto em homens (12,3 em 1992 a 16,6% em 2003,  $r=0,99$ ,  $p<0,01$ ) como em mulheres (14,7 a 20,8%,  $r=1,00$ ,  $p<0,01$ ), e em todas as regiões ( $p<0,01$ ). Não houve variação no percentual de homens e mulheres no total de IH. A MH elevou-se em todas as regiões ( $p<0,02$ ) e em todas as faixas etárias de ambos os gêneros ( $p<0,01$ ). Nos homens, a MH total variou de 5,6% em 1992 a 7,1% em 2003 ( $r=0,91$ ,  $p<0,01$ ); nas mulheres, de 5,2% a 7,2% ( $r=0,96$ ,  $p<0,01$ ). **CONCLUSÃO:** a participação de idosos nas IH por IM e IC tem aumentado. A MH por IM tem se reduzido nos últimos anos e por IC tem apresentado discreta porém significativa elevação em todas as faixas etárias.

324

### Custo do manejo ambulatorial da cardiopatia isquêmica no sistema público de saúde

Rodrigo Antonini Ribeiro, Renato Bandeira De Mello, Juliana Castro Dill, Clarissa Barlem Hohmann, Angélica Maria Lucchese, Raquel Melchior, Ricardo Stein, Carisi Anne Polanczyk.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre Porto Alegre RS BRASIL.

**Introdução:** A doença arterial coronária (DAC) é uma importante causa de morbimortalidade no Brasil com impacto econômico expressivo segundo estimativas governamentais. Porém, o custo anual da doença baseado em coleta de dados não foi descrito no nosso meio. **Objetivos:** Estimar o custo anual do manejo da DAC no Sistema Único de Saúde (SUS) e seus preditores. **Métodos:** Foram selecionados, de uma coorte ambulatorial de cardiopatas isquêmicos, aqueles em acompanhamento superior a um ano e mais de 3 consultas. Considerou-se para estimativa dos custos diretos: consultas médicas, exames laboratoriais, procedimentos, internações, visitas à emergência e medicamentos. Valores de consultas médicas e exames diagnósticos foram estimados através da tabela do SUS. Valores de eventos cardiovasculares (IAM, angina, insuficiência cardíaca e procedimentos de revascularização) foram obtidos de internações em hospital público com estas classificações diagnósticas em 2002. O preço dos fármacos foi estimado com base no medicamento genérico de menor custo no mercado. Foram conduzidas análises com modelos lineares. **Resultados:** Dos 147 pacientes ( $65\pm 12$  anos), 63% eram homens, 69% hipertensos, 35% diabéticos e 59% tinham IAM prévio. O tempo médio de acompanhamento foi  $24\pm 8$  meses em  $7\pm 4$  consultas. O custo anual médio estimado por paciente foi de R\$ 2.786. O maior gasto foi com medicamentos (R\$ 1.153) representando 80% dos custos ambulatoriais e 41% do total. A ocorrência de evento cardiovascular teve grande impacto nos custos (R\$4.340 vs R\$1558,  $p=0,01$ ). Os diabéticos tiveram gastos ambulatoriais maiores (R\$1.572 vs R\$1.350,  $p=0,04$ ), assim como hipertensos (R\$1.528 vs R\$1.203,  $p=0,004$ ) e mulheres (R\$1.564 vs R\$1.350,  $p=0,05$ ). Essas diferenças não se mantiveram significativas na comparação de gastos hospitalares. **Conclusões:** O custo médio anual com o manejo de pacientes com DAC foi elevado, sendo o tratamento farmacológico crônico o principal determinante. Essas estimativas podem subsidiar análises econômicas nesta área, sendo úteis para nortear políticas de saúde pública.

325

### Estudo inter-heart: resultados finais

Alvaro Avezum Junior, Leopoldo S. Piegas, Andre Labrunie, Rui Fernando Ramos, Antonio C. Carvalho, Álvaro Rabelo Jr.

Centro Coordenador Brasileiro São Paulo SP BRASIL.

**Métodos:** A mortalidade e a incapacitação secundária à doença cardiovascular apresenta elevação crescente em países em desenvolvimento. A investigação da associação entre fatores de risco (FR), convencionais e emergentes, com infarto agudo do miocárdio (IAM), internacionalmente, pode auxiliar a implementação de estratégias preventivas. O estudo caso-controle Inter-Heart, conduzido em 55 países, incluindo o Brasil, avalia o impacto destes FR.

**Resultados:** Aproximadamente 25.000 indivíduos (12.500 casos e 12.500 controles) foram incluídos até dezembro de 2002. A idade média no sexo masculino foi de 55,9 anos e de 63,6 no feminino. A tabela mostra o impacto global dos FR. Os resultados finais serão apresentados.

\* OR ajustado para idade, sexo, tabagismo e região

|                           | OR*  | IC 99%    | p       |
|---------------------------|------|-----------|---------|
| Hipertensão               | 2,68 | 2,43-2,95 | <0,0001 |
| Diabetes                  | 3,02 | 2,66-3,43 | <0,0001 |
| IMC                       | 1,23 | 1,09-1,38 | <0,0001 |
| RCQ (masc>0,94; fem>0,89) | 2,09 | 1,91-2,27 | <0,0001 |
| Exercício moderado        | 0,72 | 0,64-0,81 | <0,0001 |
| Álcool (>1x/semana)       | 0,78 | 0,70-0,87 | <0,0001 |
| Depressão                 | 1,56 | 1,40-1,73 | <0,0001 |

**Conclusão:** Em todas as regiões geográficas, a prevalência de FR adversos (tabagismo, diabetes, hipertensão arterial e obesidade) foi consistentemente mais alta entre casos do que controles e a prevalência de FR protetores (álcool e exercício) foi mais alta nos controles do que nos casos. Estratégias para prevenção de doenças cardiovasculares devem enfatizar os FR globalmente, com permissão apropriada para variações regionais de acordo com os níveis absolutos dos FR e circunstâncias econômicas.

326

### A mortalidade por doença isquêmica segue a distribuição de Gompertz?

Bernardo R. Tura, Nelson A. De Souza E Silva, Basilio De B. Pereira.

Fac. de Medicina/UFRJ Rio de Janeiro RJ BRASIL.

**Fundamento:** Formulada em 1825, a Lei da Mortalidade de Gompertz é utilizada até hoje para estudos populacionais e criação de tábuas de vida, porém nunca foi utilizada para estudar a mortalidade por doença isquêmica no Brasil (DIC). **Objetivo:** Avaliar se é possível utilizar a distribuição de Gompertz para estudar a mortalidade por DIC.

**Delineamento:** corte transversal

**Material e Métodos:** Foram analisadas a mortalidade por DIC entre 1980 e 2000, utilizando 10 faixas etárias a partir de 35 anos. Foram gerados coeficientes de mortalidade por 100.000 habitantes em cada faixa para ajustar as diferenças populacionais. Utilizou-se o R de Pearson para avaliar a qualidade do ajuste à equação proposta.

**Resultados:** A mortalidade ajustada reduziu de 786,16 para 529,27/100.000hab (32,7%). Em todos os anos a correlação foi extremamente significativa com R variando de 0,989 a 0,997 (todos os valores de  $p<0,000001$ ). Os resultados estão resumidos na figura abaixo.

| Anos | Mortas/100.000 | R     | Anos | Mortas/100.000 | R     |
|------|----------------|-------|------|----------------|-------|
| 1980 | 786,16         | 0,997 | 1991 | 620,16         | 0,994 |
| 1981 | 709,20         | 0,997 | 1992 | 601,97         | 0,994 |
| 1982 | 728,02         | 0,998 | 1993 | 640,12         | 0,995 |
| 1983 | 751,77         | 0,998 | 1994 | 625,07         | 0,995 |
| 1984 | 720,22         | 0,998 | 1995 | 625,24         | 0,994 |
| 1985 | 742,24         | 0,998 | 1996 | 504,48         | 0,994 |
| 1986 | 702,98         | 0,998 | 1997 | 588,26         | 0,992 |
| 1987 | 697,74         | 0,994 | 1998 | 598,20         | 0,992 |
| 1988 | 720,24         | 0,995 | 1999 | 602,25         | 0,992 |
| 1989 | 678,19         | 0,995 | 2000 | 529,27         | 0,989 |
| 1990 | 692,94         | 0,992 |      |                |       |

**Conclusões:** A mortalidade por DIC segue a distribuição de Gompertz o que permite avaliar melhor a dinâmica populacional e entender o real motivo de sua redução nos últimos anos.