

Uso de Intervenções Baseadas em Evidências na Síndrome Coronária Aguda – Subanálise do Registro ACCEPT

Use of Evidence-Based Interventions in Acute Coronary Syndrome – Subanalysis of the ACCEPT Registry

Ricardo Wang¹, Fernando Carvalho Neuenschwander¹, Augusto Lima Filho¹, Celsa Maria Moreira¹, Elizabete Silva dos Santos², Helder Jose Lima Reis³, Edson Renato Romano⁴, Luiz Alberto Piva e Mattos⁷, Otávio Berwanger^{4,5}, Jadelson Pinheiro de Andrade^{5,6}

Hospital Vera Cruz¹, Belo Horizonte, MG; Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia², São Paulo, SP; Hospital de Clínicas Gaspar Vianna³, Belém, PA; Hospital do Coração/ASS4, São Paulo, SP; Sociedade Brasileira de Cardiologia⁵; Hospital da Bahia⁶, Salvador, BA; Rede D'or de Hospitais do Brasil⁷, São Paulo/Pernambuco – Brasil

Resumo

Fundamento: As diretrizes baseiam-se em evidências para pautar suas recomendações; apesar disso, há uma lacuna entre o recomendado e a prática clínica.

Objetivo: Descrever a prática de prescrição de tratamentos com indicação baseada em diretrizes para pacientes com síndrome coronariana aguda no Brasil.

Métodos: Foi realizada uma subanálise do registro ACCEPT, na qual foram avaliados os dados epidemiológicos e a taxa de prescrição de ácido acetilsalicílico, inibidores P2Y₁₂, antitrombóticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina/bloqueadores AT₁ e estatinas. Além disso, avaliou-se a qualidade da reperfusão coronariana no infarto com supradesnivelamento do segmento ST.

Resultados: Foram avaliados 2.453 pacientes. As taxas de prescrição de ácido acetilsalicílico, inibidores de P2Y₁₂, antitrombóticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina/bloqueadores AT₁ e estatinas foram, respectivamente, de 97,6%, 89,5%, 89,1, 80,2%, 67,9%, 90,6%, em 24 horas, e, respectivamente, de 89,3%, 53,6, 0%, 74,4%, 57,6%, 85,4%, em 6 meses. Com relação ao infarto com supradesnivelamento do segmento ST, somente 35,9% e 25,3% dos pacientes foram submetidos a angioplastia primária e trombólise, respectivamente, nos tempos recomendados.

Conclusão: Este registro mostrou altas taxas de prescrição inicial de antiplaquetários, antitrombóticos e estatina, bem como taxas mais baixas de betabloqueadores e de inibidores da enzima conversora de angiotensina/bloqueadores AT₁. Independentemente da classe, todos apresentaram queda do uso aos 6 meses. A maioria dos pacientes com infarto com supradesnivelamento do segmento ST não foi submetida a reperfusão coronariana no tempo recomendado. (Arq Bras Cardiol. 2014; 102(4):319-326)

Palavras-chave: Prática clínica baseada em evidências; Síndrome coronariana aguda; Registros de doenças; Epidemiologia.

Abstract

Background: The recommendations in guidelines are based on evidence; however, there is a gap between recommendations and clinical practice.

Objective: To describe the practice of prescribing evidence-based treatments for patients with acute coronary syndrome in Brazil.

Methods: This study carried out a subanalysis of the ACCEPT registry, assessing epidemiological data and the prescription rate of acetylsalicylic acid, p2y12 inhibitors, antithrombotic drugs, beta-blockers, angiotensin-converting enzyme inhibitors/angiotensin-receptor blockers (IAT1RB), and statins. In addition, the quality of myocardial reperfusion in ST-segment elevation myocardial infarction was evaluated.

Results: This study assessed 2,453 patients. The prescription rates of acetylsalicylic acid, p2y12 inhibitors, antithrombotic drugs, beta-blockers, angiotensin-converting enzyme inhibitors/IAT1RB, and statins were as follows: in 24 hours – 97.6%, 89.5%, 89.1%, 80.2%, 67.9% and 90.6%; and at six months – 89.3%, 53.6%, 0%, 74.4%, 57.6% and 85.4%, respectively. Regarding ST-segment elevation myocardial infarction, only 35.9% and 25.3% of the patients underwent primary angioplasty and thrombolysis, respectively, within the recommended times.

Conclusion: This registry showed high initial prescription rates of antiplatelet drugs, antithrombotic drugs, and statins, and lower prescription rates of beta-blockers and angiotensin-converting enzyme inhibitors/IAT1RB. Independently of the class, the use of all drugs decreased by six months. Most patients with ST-segment elevation myocardial infarction did not undergo myocardial reperfusion within the time recommended. (Arq Bras Cardiol. 2014; 102(4):319-326)

Keywords: Evidence based practice; Acute coronary syndrome; Disease registries; Epidemiology.

Full texts in English - <http://www.arquivosonline.com.br>

Correspondência: Ricardo Wang •

Avenida Francisco Sales 1111, Santa Efigênia. CEP: 30.150-221, Belo Horizonte, MG – Brasil

E-mail: rwang@cardiol.br, rwang@terra.com.br

Artigo recebido em 17/07/13; revisado em 23/09/13; aceito em 11/10/13.

DOI: 10.5935/abc.20140033

Introdução

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por aproximadamente 30% dos óbitos de pacientes na faixa etária dos 20 aos 59 anos¹. O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) foi, em 2009, a segunda principal causa de morte, com incidência de 48 mortes por 100 mil habitantes¹, o que representou 96.386 mortes². Não somente a simples perda de vidas, mas também os custos sociais devem ser levados em conta; por exemplo, a dor torácica foi causa de aproximadamente 100 mil atendimentos em unidades básicas¹ e mais de 200 mil internações em 2010³. Esses números têm aumentado ao longo dos anos⁴.

A maioria das mortes por IAM ocorreu fora do ambiente hospitalar, e 80% destas nas primeiras 24 horas⁵. A mortalidade hospitalar varia de 3 a 20%⁵, e a morbidade, isto é, insuficiência cardíaca pós-IAM varia de 5 a 15% no pós-infarto¹. A grande variação dessa mortalidade se deve à qualidade assistencial¹. O tratamento correto precoce propicia melhora da sobrevida e da qualidade de vida. As diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia^{5,6} (SBC) e de outras sociedades internacionais^{7,8} têm como objetivo guiar a prática médica, sugerindo condutas baseadas em evidências e pautadas no rigor científico para sua indicação. Esse instrumento tem se mostrado eficaz na melhora da qualidade assistencial⁹, e centros onde as suas recomendações são mais empregadas apresentaram menores taxas de eventos. No entanto, existe uma lacuna entre a prática médica e as diretrizes. O objetivo deste trabalho foi avaliar o tratamento realizado no registro *Acute Coronary Care Evolution of Practice Registry* (ACCEPT) e comparar com as diretrizes brasileiras e americanas de síndrome coronariana aguda.

Métodos

O registro ACCEPT foi idealizado pela SBC. Sua metodologia, organização e coleta de dados foram descritas em detalhes previamente¹⁰. De maneira sucinta, 65 centros no Brasil contribuíram para realização do registro. Esses centros foram reunidos por meio de dois critérios: convite e busca ativa (por meio da página eletrônica da SBC). O registro ACCEPT tentou ser o mais abrangente possível, tanto na cobertura territorial do Brasil, quanto no perfil dos pacientes atendidos (sistema público e privado). Os dados foram coletados no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2012. Os resultados de 30 dias do registro foram previamente publicados¹¹.

Este artigo é uma subanálise pré-especificada no planejamento do registro. Participaram deste estudo todos os pacientes do registro, cujos critérios de inclusão foram: pacientes com síndrome coronariana sem supradesnivelamento do segmento ST (angina instável e IAM sem Supradesnivelamento do Segmento ST – IAMSSST, caracterizado por clínica mais alteração eletrocardiográfica – ECG ou alteração de enzimas cardíacas); e IAM com Supradesnivelamento do Segmento ST – IAMCSST, caracterizado por clínica mais ECG com supradesnivelamento do segmento ST. Foram excluídos pacientes com dados incompletos.

O objetivo primário foi avaliar a taxa de uso de medicamentos que sabidamente têm impacto na taxa de eventos cardiovasculares, dentre eles: antiplaquetários (Ácido Acetilsalicílico – AAS – e inibidores P2Y₁₂),

betabloqueadores, Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores do Receptor de Angiotensina (IAT1) e estatinas. Constituiu o objetivo secundário a avaliação do impacto dessa terapêutica na taxa de eventos cardiológicos maiores (morte, IAM, parada cardiorrespiratória, acidente vascular encefálico (AVE) e sangramento maior).

O estudo teve aprovação do comitê de ética e pesquisa do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital do Coração de São Paulo (IEP/HCOR), com registro número 117/2010. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, e o estudo seguiu as diretrizes e normas da Resolução 196/96, de boas práticas médicas e da Declaração de Helsinque.

O registro ACCEPT é de propriedade da SBC, utilizando recursos financeiros próprios da sociedade. O IEP/HCOR foi contratado para operacionalizar a execução desse registro, sob a coordenação da SBC.

Análise estatística

As variáveis contínuas foram descritas por média e desvio padrão; as variáveis categóricas foram descritas em forma de frequência absoluta e relativa. Para efeito de comparação, foi utilizado o teste qui-quadrado, exceto para comparação das médias de idade, para a qual foi utilizado teste F da ANOVA. Na comparação da continuidade da prescrição de drogas ao longo do tempo, foi ajustado um modelo por Equações de Estimação Generalizada (EEG) para dados binários, para considerar a dependência entre as observações. As análises estatísticas foram realizadas com auxílio do programa estatístico R 2.15.3. Foi considerado um nível de significância de 5%.

Resultados

No período de agosto de 2010 a dezembro de 2011, foram incluídos 2.584 pacientes; destes, 2.453 pacientes completaram 1 ano de seguimento e 40 pacientes foram excluídos por terem os dados de seguimento incompleto, com perda de 2,6%.

O perfil epidemiológico dos pacientes está na Tabela 1. A idade média variou entre 61 e 65 anos. O gênero predominante foi o masculino em todos os quadros clínicos: 58,9%; 73,4% e 70% para angina instável, IAMSSST e IAMCSST, respectivamente. Os pacientes com angina instável, comparados com outros quadros, tiveram, dentre os fatores de risco, maior incidência de dislipidemia, hipertensão, tabagismo e maior prevalência de Insuficiência Cardíaca (IC): 67,3%; 84,1%; 30,4% e 15%, respectivamente. No grupo com IAMSSST, destacamos menores taxas de dislipidemia (44,4%), IAM prévio (18,2%) e diabetes melito (23,6%), enquanto que o IAMCSST tinha a menor média de idade (61 ± 12 anos) e alta taxa de diabéticos (37,5%) e tabagistas (29,3%). O AVE teve taxa semelhante nos três grupos.

Dos medicamentos que têm impacto na síndrome coronariana aguda, observamos que a AAS foi a droga mais prescrita, com taxas de 97,6% à admissão e de 89,3% em 6 meses (Figura 1). As estatinas também tiveram alta taxa de prescrição à admissão: 90,6%. No entanto,

Tabela 1 – Perfil epidemiológico

	Angina instável (767)	Infarto sem Supra de ST (800)	IAM com Supra de ST (846)	p
Idade (média ± DP)	64 ± 12	65 ± 12	61 ± 12	< 0,001
Gênero masculino, n (%)	452 (58,9)	587 (73,4)	592 (70)	< 0,001
Dislipidemia, n (%)	516 (67,3)	355 (44,4)	490 (57,9)	< 0,001
IAM prévio, n (%)	275 (35,9)	146 (18,2)	304 (35,9)	< 0,001
HAS, n (%)	645 (84,1)	544 (68)	66 (78,8)	< 0,001
Diabetes melito, n (%)	246 (32,1)	189 (23,6)	317 (37,5)	< 0,001
Insuficiência cardíaca, n (%)	119 (15,5)	54 (6,8)	92 (10,9)	< 0,001
Obesidade, n (%)	272 (35,5)	261 (32,6)	270 (31,9)	0,285
Tabagismo, n (%)	233 (30,4)	199 (24,9)	248 (29,3)	< 0,001
Acidente vascular encefálico, n (%)	68 (8,9)	53 (6,6)	68 (8)	0,247

IAM: infarto agudo do miocárdio; DP: desvio padrão; HAS: hipertensão arterial sistêmica.

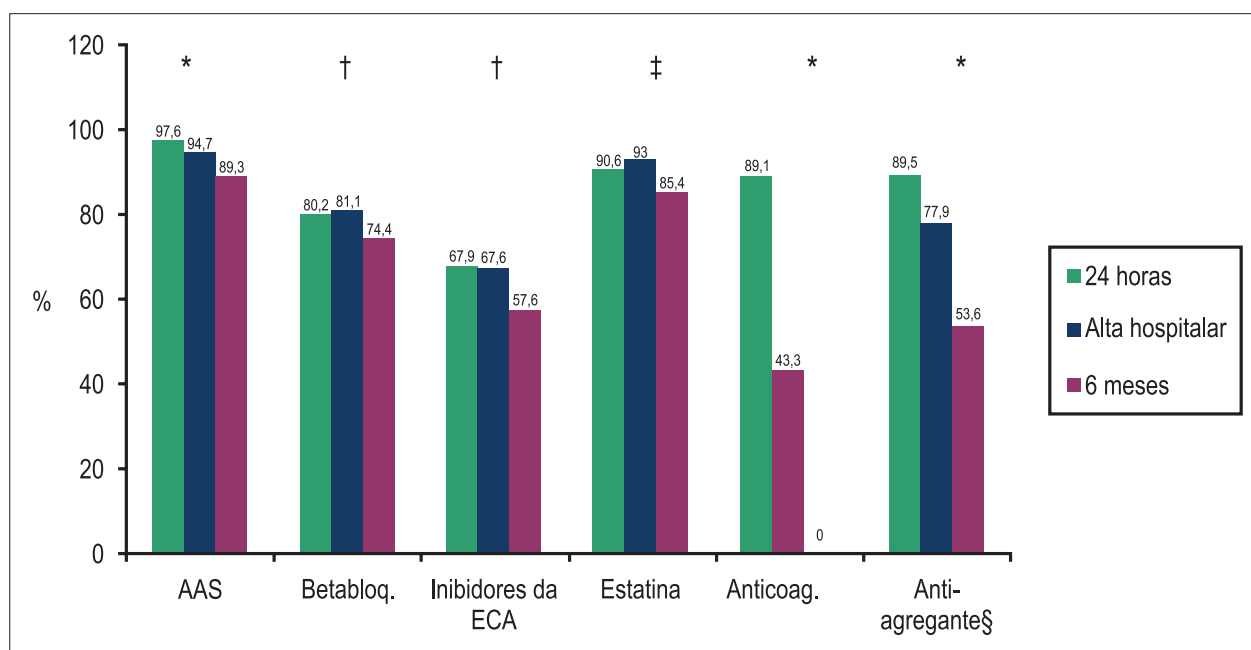


Figura 1 – Uso de medicação na síndrome coronariana aguda, nas primeiras 24 horas, na alta hospitalar e após 6 meses.

§ Exceto AAS; * redução significativa ($p < 0,05$) em todos os momentos; † redução significativa apenas em 6 meses; ‡ crescimento significativo na alta hospitalar em relação às primeiras 24 horas e redução significativa em 6 meses. Antiagregante: inibidores P2Y₁₂.

AAS: ácido acetilsalicílico; ECA: enzima conversora de angiotensina.

quando analisamos os betabloqueadores, IECA/IAT1, antitrombóticos (heparina não fracionada, heparina de baixo peso molecular e fondaparinux) e inibidor P2Y₁₂, observamos taxas abaixo de 90% à admissão: 80,2%, 67,9%, 89,1% e 88,7%, respectivamente.

Na alta hospitalar e no sexto mês, observamos diminuição da prescrição em todas as medicações, com queda mais acentuada na classe dos IECA/IAT1, inibidores P2Y₁₂ e betabloqueadores: redução absoluta de 10% (67,6% para 57,6%), 24,5% (77,5% para 53%) e 6,7% (81,1% para 74,4%),

respectivamente, comparando a taxa de administração à alta, com 6 meses após evento índice (Figura 1).

Quando avaliamos a taxa do uso de medicamentos de acordo com quadro clínico, os antiplaquetários (inibidor P2Y₁₂) foram mais prescritos nos pacientes com IAMCSST, seguidos dos pacientes com IAMSSST e angina instável: 95% vs. 88,3% vs. 82,5%, respectivamente. Os antitrombóticos foram mais usados no IAMSSST: 88,1% vs 93,4% vs 85,5% respectivamente. As demais medicações tiveram taxas de prescrição semelhantes nos três quadros (angina instável, IAMSSST e IAMCSST, respectivamente), sendo AAS 96,9% vs. 97,5% vs. 98,5%; IECA:

68,2% vs. 66% vs. 69,8%; betabloqueador: 81,7% vs. 81,2% vs. 77,6%; e estatina: 90,1% vs. 90,7 vs. 91,1%. Somente AAS e estatinas tiveram taxas de utilização acima de 90% nos diferentes quadros clínicos (Figura 2). Na alta hospitalar (Figura 3), no geral, a taxa de prescrição de estatina aumentou, passando de 90,6% para 93%. A prescrição de AAS se manteve estável, mas a redução da taxa de IECA e de betabloqueadores foi maior na angina instável, com queda de 4,3% e 3,4% absolutos, respectivamente.

A presença de cardiologista na sala de emergência não representou acréscimo significativo nas taxas de prescrição de medicamentos baseados em evidência, que foram as seguintes conforme a presença ou ausência daquele profissional, respectivamente: AAS: 97,9 vs. 98,3%; betabloqueador: 80,6 vs. 84,3%; IECA: 68,5 vs. 69,6%; estatina: 90,8 vs. 92,2%; inibidor P2Y₁₂: 90,5 vs. 92,2%; presença de cardiologista vs. não respectivamente: sem significância estatística (Figura 4).

Dos 846 pacientes admitidos com IAMCSST, 705 receberam terapia de reperfusão (83,3%). Destes, 71 foram com trombolíticos e 634 com angioplastia primária. Dentre os pacientes submetidos à angioplastia primária, somente 35,96% (n = 288) tiveram tempo porta-balão < 90 minutos, enquanto que no grupo submetido a trombólise, no qual a taxa foi ainda menor 25,35% (n = 18) (Figura 5).

Betabloqueadores, IECA/IAT1 e estatinas demonstraram ter impacto na taxa de eventos cardíacos maiores já na internação, com redução do risco relativo aos 12 meses de 46,3% (p = 0,016), 31,9% (p < 0,001) e 39,9% (p = 0,003) respectivamente (Tabela 2). O benefício do

AAS tornou-se aparente somente no sexto mês, efeito que se manteve a longo prazo, com redução relativa de 38% aos 12 meses (p = 0,013). O inibidor de P2Y₁₂ reduziu a taxa de eventos cardíacos, sem, no entanto, alcançar significância estatística (p = 0,305).

Discussão

Os achados mais importantes no nosso registro foram: alta prescrição de antiplaquetários e estatina nas primeiras 24 horas; menores taxas de prescrição de betabloqueadores e de IECA/IAT₁; após 6 meses do evento, houve importante redução no número de pacientes usando a medicação, em especial os inibidores P2Y₁₂, IECA/IAT1 e betabloqueadores; menos da metade dos pacientes teve reperfusão coronariana dentro dos limites de tempo estabelecidos nas diretrizes.

Comparados com os registros GRACE¹² e CRUSADE⁹, as taxas de prescrição dos cinco principais medicamentos foram maiores neste registro. No entanto, deve-se considerar o período em que esses dados foram coletados, além dos programas de divulgação e implementação das diretrizes durante esse período^{1,13}. O registro ACCESS realizado em países em desenvolvimento, para o qual o Brasil também contribuiu, apresenta perfil epidemiológico parecido com registro ACCEPT. Eles registraram também menores taxas de prescrição de betabloqueadores e tienopiridínicos¹⁴. Quando comparado com dois registros nacionais^{2,3} recentemente publicados, observa-se que a taxa de prescrição das medicações foi mais alta neste registro, o que pode ser explicado pelo método de seleção dos centros e o perfil dos pacientes³.

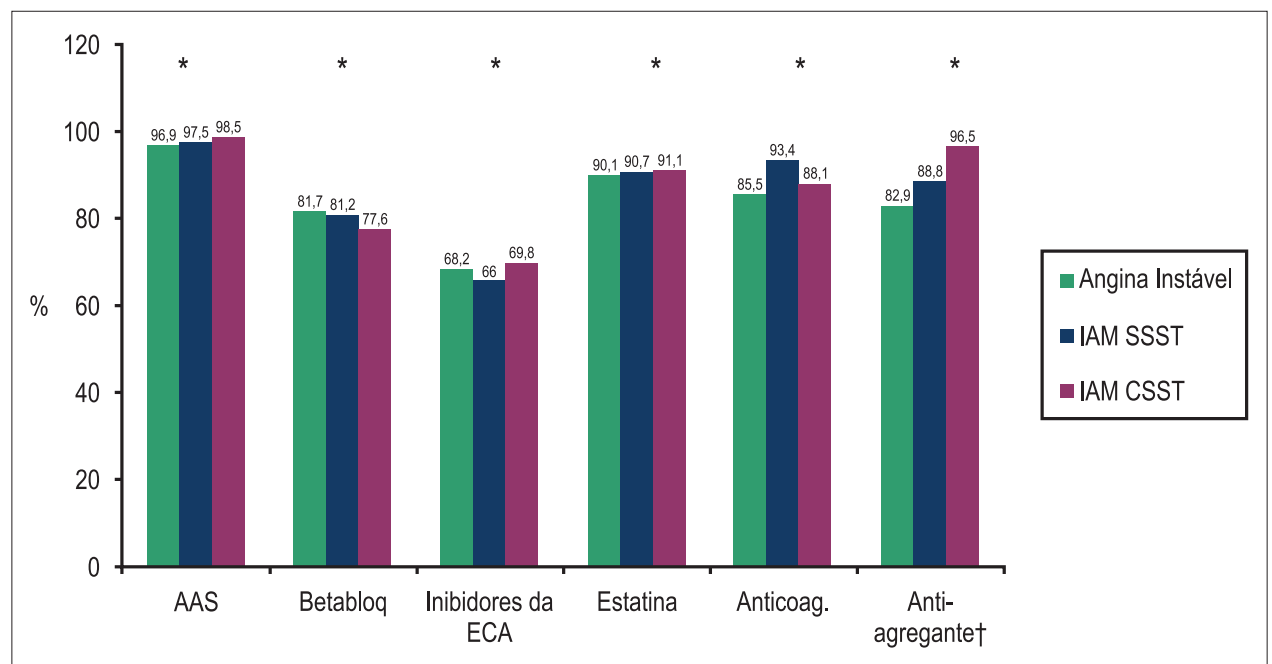


Figura 2 – Taxa da utilização da medicação de acordo com quadro clínico do paciente à admissão (24 horas).

† Exceto AAS; * p < 0,05. Antiagregante: inibidores P2Y₁₂.

AAS: ácido acetilsalicílico; ECA: enzima conversora de angiotensina; IAM SSST: infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST; IAM CSST: infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST.

Artigo Original

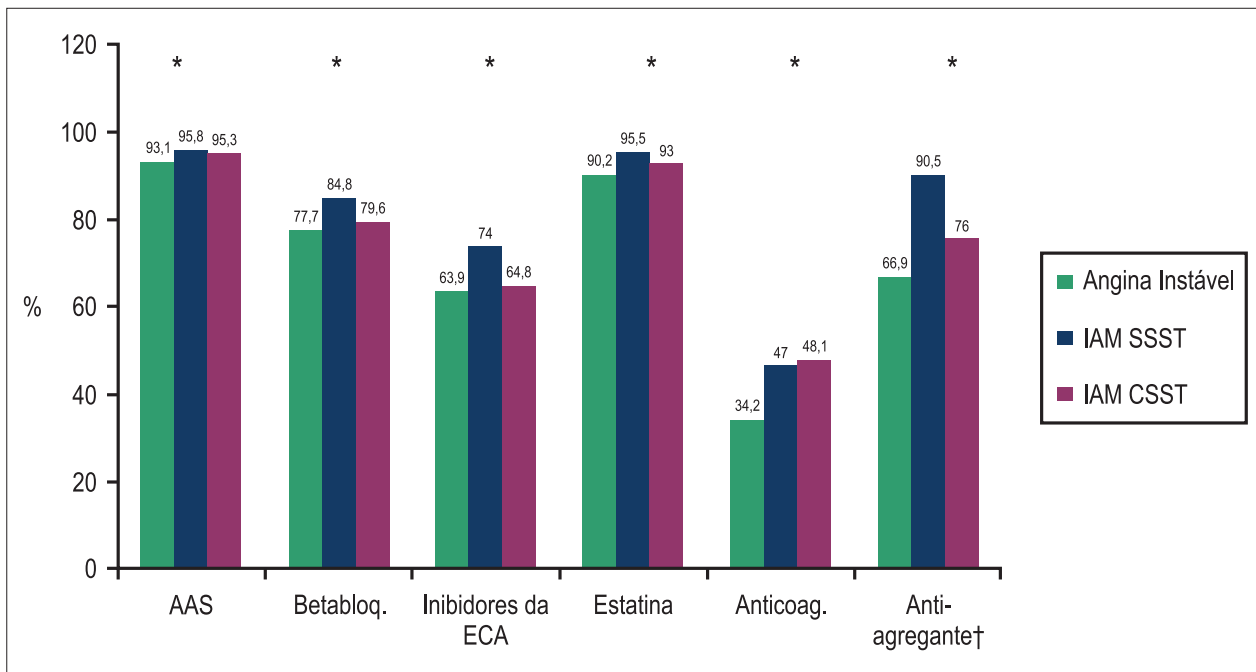


Figura 3 – Taxa da utilização da medicação de acordo com quadro clínico do paciente na alta hospitalar.

† Exceto AAS; * $p < 0,05$. Antiagregante: inibidores P2Y₁₂.

AAS: ácido acetilsalicílico; ECA: enzima conversora de angiotensina; IAM SSST: infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST; IAM CSST: infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST.

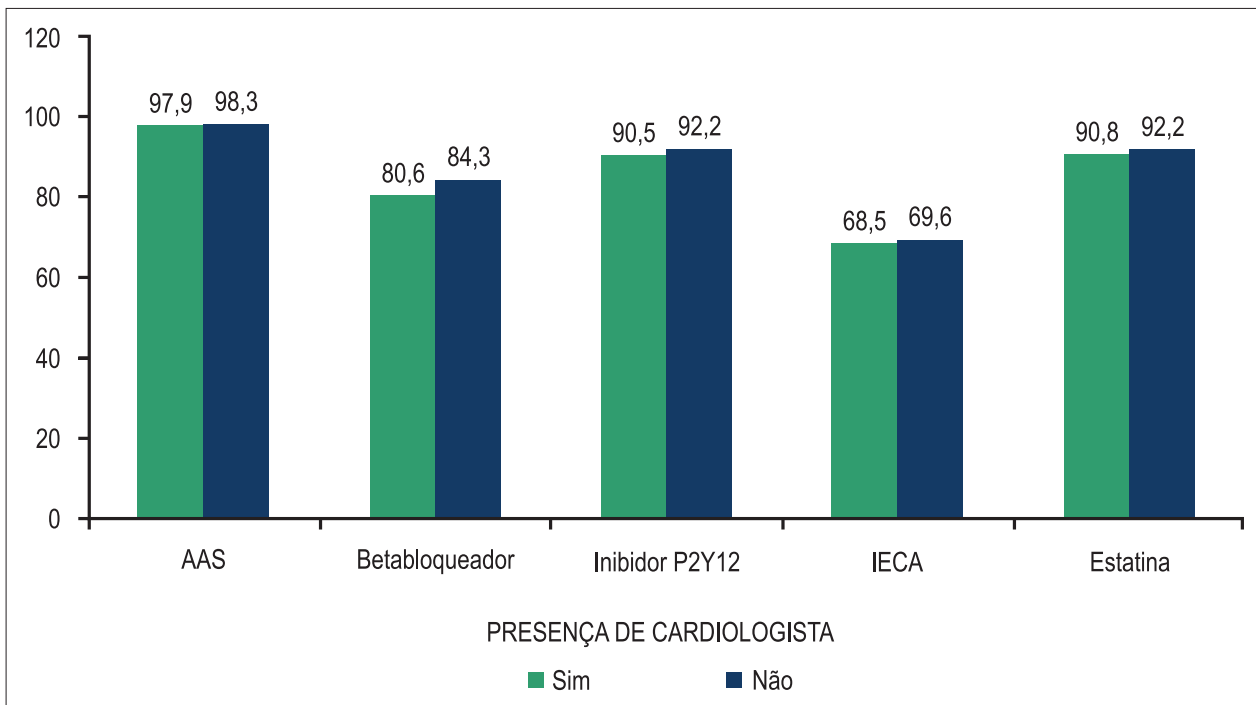


Figura 4 – Taxa da utilização da medicação em locais onde há cardiologista de plantão à admissão.

IECA: Inibidor enzima conversora da angiotensina; AAS: ácido acetilsalicílico.

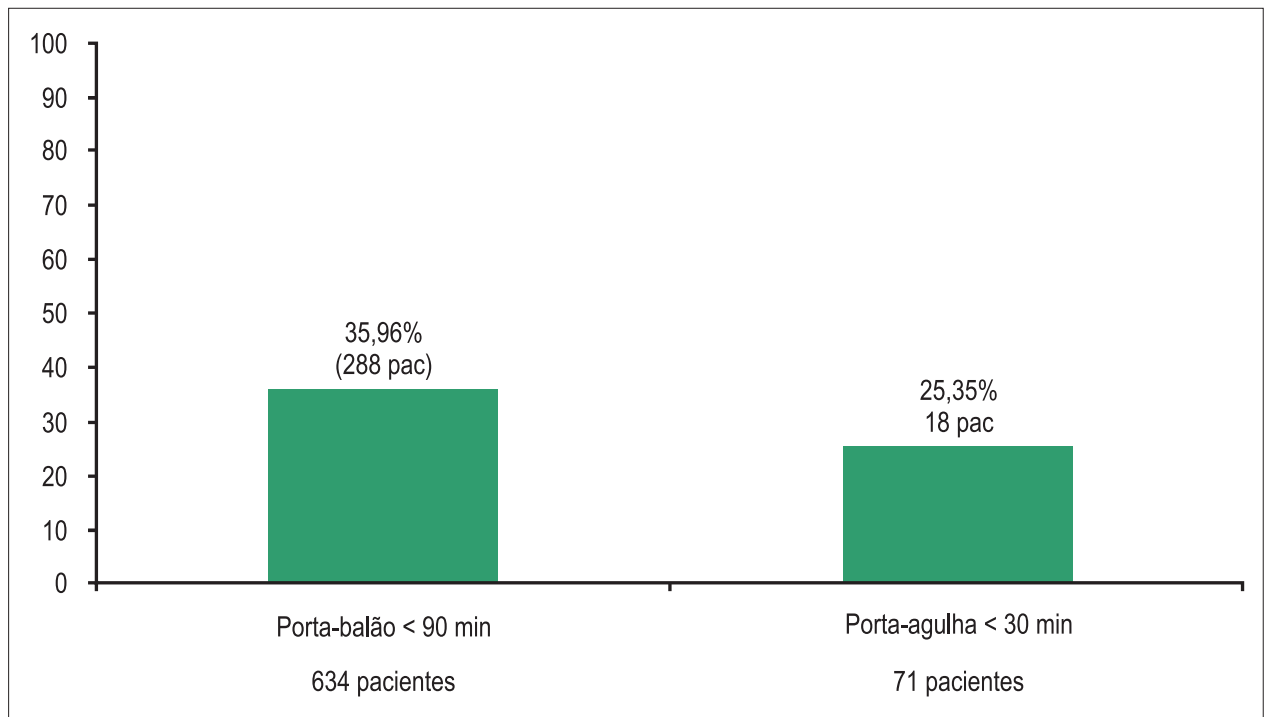


Figura 5 – Pacientes admitidos com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST que atingiram as metas preconizadas para reperfusão coronariana. min: minutos.

Tabela 2 – Eventos clínicos combinados (morte, reinfarto, parada cardiorrespiratória, acidente vascular encefálico e sangramento grave) de acordo com o uso do medicamento

	30 dias n (%)	6 meses n (%)	12 meses n (%)
AAS			
Sim	140 (6,1)	225 (10,8)	269 (14,8)
Não	12 (9,4)	21 (18,4)*	27 (23,9)*
Clopidogrel			
Sim	111 (5,9)	183 (10,7)	296 (14,8)
Não	41 (7,6)	63 (13)	75 (17)
Betabloqueador			
Sim	92 (4,7)	160 (9,1)	199 (12,9)
Não	58 (12,7)**	83 (39)**	94 (24,4) *
IECA/IAT1			
Sim	79 (4,8)	136 (9,2)	169 (13,2)
Não	73 (9,3)**	110 (15,6)**	127 (19,4)**
Estatina			
Sim	127 (5,7)	214 (10,5)	261 (14,6)
Não	25 (14,7)**	32 (21,1)**	35 (24,3)**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

AAS: Ácido acetilsalicílico; IECA/IAT1: Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina/Bloqueadores do Receptor de Angiotensina.

Fermann e cols.¹⁵ observaram que pacientes que receberam a medicação à admissão teriam maior chance de ter alta em uso dela. No entanto, nesta amostra, a presença de um especialista (cardiologista) na sala de emergência não representou aumento da taxa de prescrição de medicamentos que modificam a história natural da síndrome coronariana aguda.

O uso do AAS é, em geral, alto em todos os registros nacionais^{2,3} e internacionais^{14,16}; nesta amostra, observou-se alta taxa de prescrição inicial dos inibidores P2Y₁₂. Em comparação aos registros previamente publicados, observou-se maior prescrição desses, em detrimento dos inibidores da Glicoproteína (GP) IIb/IIIa. Tal resultado contrasta com o registro americano ACTION, que observou taxas inversas de prescrição, apesar da indicação classe I do clopidogrel, esse foi prescrito somente em 59% dos casos, e o mais alarmante, 28% não receberam nenhuma antiagregação plaquetária dupla¹⁷. É provável que a baixa utilização de inibidores de GPIIb/IIIa em nosso meio seja decorrente da redução do grau de indicação, associado ao seu elevado custo. Observa-se ainda que o uso de novos antiplaquetários, como prasugrel e ticagrelor, é baixo neste registro, possivelmente devido ao início recente da comercialização no Brasil, que aconteceu inclusive durante a condução do registro.

IECA e IAT₁ são uma classe de medicação bem estabelecida em pacientes portadores de IC. No estudo HOPE¹⁸, foi demonstrado que o benefício clínico do IECA se estende para pacientes de alto risco cardiovascular, como pacientes portadores de diabetes melito pós-IAM, sem necessariamente apresentar disfunção ventricular sistólica. Para Bagnall e cols.¹⁹, o grande motivo para não prescrever essa classe é o fato de os médicos considerarem que o paciente não tem gravidade suficiente para sua indicação.

O dado alarmante é que os pacientes que teriam maior benefício são os menos medicados²⁰ (paradoxo do risco-tratamento)¹⁹. No presente registro, tal paradoxo foi observado. Considerando a ordem decrescente de gravidade do IAMCSST, seguida do IAMSSST e da angina instável, a taxa de tratamento com IECA e betabloqueadores não foi proporcional à gravidade do quadro clínico. Em relação aos betabloqueadores, as contraindicações como asma brônquica, doença pulmonar obstrutiva crônica, bradicardias e choque são causas da não prescrição daqueles¹⁹, porém, na maioria das vezes, o motivo não é aparente²⁰.

O atraso da realização da perfusão em pacientes com IAMCSST é também observado em outros registros²¹. No *National Registry of Myocardial Infarction* (NRM), a taxa de pacientes que obtiveram o tempo porta-balão abaixo de 90 minutos foi somente de 29,3%²², e o tempo médio para porta-agulha de 32 minutos²¹. Esses tempos têm caído ao longo do tempo, muito em função da criação dos registros, que servem como forma de retorno para avaliação da *performance* dos serviços participantes²¹.

No registro CRUSADE, os hospitais com maior aderência às diretrizes, dentre os parâmetros avaliados, incluíam a prescrição de antiplaquetários, betabloqueadores, IECA/IAT₁ e estatinas na alta, além de apresentarem menor mortalidade, com redução de 6,31% para 4,15%⁹. Os estudos clínicos controlados, em geral, avaliam efeito isolado de uma droga. Mukherjee e cols.²³ demonstraram o efeito sinérgico do uso combinado das quatro classes de medicamento acima na síndrome coronariana aguda, com *odds ratio* de 0,36 para uma droga e de 0,10 para quatro drogas.

No período hospitalar, a responsabilidade da prescrição da medicação fica a cargo do médico. Este, além de avaliar critérios para seu uso, tem de levar em consideração contraindicações e efeitos adversos da medicação. A não aderência às diretrizes pelos médicos é multifatorial, indo desde sentir que as diretrizes interferem em sua autonomia e reconhecer a dificuldade de adquirir novos métodos de tratamento¹⁵, até subestimar a gravidade da doença¹⁹. Além do fator médico, após a alta hospitalar, adiciona-se a variável paciente, que não toma a medicação devido a custos da medicação, percepção subjetiva que a droga não melhora sintomas, não entendimento do benefício do tratamento, medo e dificuldade em usar várias medicações¹⁹. Todos esses fatores associados resultam em baixa aderência, que já começa desde o primeiro contato.

Limitações

A grande limitação do registro é o fato de ser um estudo observacional, não randomizado, não podendo ser inferida causalidade entre os fatos observados e os desfechos clínicos. Outra limitação foi o perfil dos centros que contribuíram com o banco de dados: 90% deles são hospitais terciários que contam com serviço de hemodinâmica¹¹ e sabe-se que esses hospitais têm maior aderência às diretrizes^{19,23}. A contribuição para o registro ACCEPT de centros com menores recursos é importante para a fotografia real da qualidade assistencial para população brasileira, mas temos que considerar também a implantação de novos modelos assistenciais, com sistemas de drenagens de centros primários para centros de maior complexidade em implantação em várias cidades brasileiras^{24,25}.

Os motivos pelos quais os médicos não prescreveram a medicação e a aderência a longo prazo não foram avaliados no registro. Além disso, não foi avaliado o número de pacientes que alcançou as metas da prevenção secundária.

Conclusão

A qualidade do atendimento do paciente com síndrome coronariana aguda no registro ACCEPT, avaliada pela porcentagem de pacientes em uso de medicamentos que comprovadamente melhoram a sobrevida na Síndrome Coronária Aguda, está acima dos registros mundiais prévios. No entanto, se considerarmos a taxa ideal de prescrição da medicação próxima dos 95%, ainda há muito a melhorar⁴. A iniciativa da SBC em promover a criação de registros em várias áreas na cardiologia, demonstrando a situação do atendimento ao paciente portador de doença cardiovascular, permitirá uma política de melhoria na qualidade assistencial, tanto pela SBC como pela instância governamental.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Santos ES, Piva e Mattos LA, Berwanger O, Andrade JP; Obtenção de dados: Neuenschwander FC, Moreira CM, Santos ES, Reis HJL, Romano ER, Piva e Mattos LA, Berwanger O, Andrade JP; Análise estatística e Análise e interpretação dos dados: Wang R, Piva e Mattos LA, Berwanger O; Obtenção de financiamento: Piva e Mattos LA, Berwanger O, Andrade JP; Redação do manuscrito: Wang R, Neuenschwander FC, Lima Filho A, Moreira CM; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual: Wang R, Neuenschwander FC, Lima Filho A, Moreira CM, Berwanger O.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes

Fontes de Financiamento

O presente estudo foi financiado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Vinculação Acadêmica

Não há vinculação desse estudo a programas de pós-graduação.

Referências

1. Andrade JP, Piva e Mattos LA, Carvalho AC, Machado CA, Oliveira GM. National physician qualification program in cardiovascular disease prevention and integral care. *Arq Bras Cardiol.* 2013;100(3):203-11.
2. Nicolau JC, Franken M, Lotufo PA, Carvalho AC, Marin Neto JA, Lima FG, et al. Utilização de terapêuticas comprovadamente úteis no tratamento da coronariopatia aguda: comparação entre diferentes regiões brasileiras. Análise do registro brasileiro de síndromes coronarianas agudas (BRACE - Brazilian Registry on Acute Coronary Syndromes). *Arq Bras Cardiol.* 2012;98(4):282-9.
3. Piegas LS, Avezum A, Guimaraes HP, Muniz AJ, Reis HJ, dos Santos ES, et al. Acute coronary syndrome behavior: results of a Brazilian registry. *Arq Bras Cardiol.* 2013;100(6):502-10.
4. Berwanger O, Piva e Mattos LA, Martin JF, Lopes RD, Figueiredo EL, Magnoni D, et al. Evidence-based therapy prescription in high-cardiovascular risk patients: the react study. *Arq Bras Cardiol.* 2013;100(3):212-20.
5. Piegas LS, Feitosa C, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM, Timerman A, et al; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93(6 supl.2):e179-e264.
6. Nicolau JC, Timerman A, Piegas LS, Marin-Neto JA, Rassi A Jr. Guidelines for unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction of the Brazilian Society of Cardiology (II Edition, 2007). *Arq Bras Cardiol.* 2007;89(4):e89-e131.
7. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE Jr, Chung MK, de Lemos JA, et al; American College of Emergency Physicians; Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of st-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2013;61(4):e78-140.
8. Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE Jr, et al. 2012 ACCF/AHA focused update incorporated into the accf/aha 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2013;62(11):1040-1.
9. Peterson ED, Roe MT, Mulgund J, DeLong ER, Lytle BL, Brindis RG, et al. Association between hospital process performance and outcomes among patients with acute coronary syndromes. *JAMA.* 2006;295(16):1912-20.
10. Mattos LA. Rationality and methods of ACCEPT registry - Brazilian registry of clinical practice in acute coronary syndromes of the Brazilian Society of Cardiology. *Arq Bras Cardiol.* 2011;97(2):94-9.
11. Piva e Mattos LA, Berwanger O, dos Santos ES, Reis HJ, Romano ER, Petriz JL, et al. Desfechos clínicos aos 30 dias do Registro Brasileiro das Síndromes Coronárias Agudas (ACCEPT). *Arq Bras Cardiol.* 2013;100(1):6-13.
12. Fox KA, Goodman SG, Klein W, Brieger D, Steg PG, Dabbous O, et al. 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(15):1177-89.
13. Gibler WB, Cannon CP, Blomkalns AL, Char DM, Drew BJ, Hollander JE, et al; American Heart Association Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Acute Cardiac Care); Council on Cardiovascular Nursing, and Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group; Society of Chest Pain Centers. Practical implementation of the guidelines for unstable angina/non-ST-segment elevation myocardial infarction in the emergency department: a scientific statement from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology (subcommittee on acute cardiac care), council on cardiovascular nursing, and quality of care and outcomes research interdisciplinary working group, in collaboration with the society of chest pain centers. *Circulation.* 2005;111(20):2699-710.
14. ACCESS Investigators. Management of acute coronary syndromes in developing countries: acute coronary events — a multinational survey of current management strategies. *Am Heart J.* 2011;162(5):852-9.
15. Fermann CJ, Raja AS, Peterson ED, Roe MT, Hoekstra JW, Milford-Beland S, et al. Early treatment for non-ST-segment elevation acute coronary syndrome is associated with appropriate discharge care. *Clin Cardiol.* 2009;32(9):519-25.
16. Steg PG, Goldberg RJ, Gore JM, Fox KA, Eagle KA, Flather MD, et al. Baseline characteristics, management practices, and in-hospital outcomes of patients hospitalized with acute coronary syndromes in the Global Registry of Acute Coronary Events (Grace). *Am J Cardiol.* 2002;90(4):358-63.
17. Alexander JH. The current state of antiplatelet therapy in acute coronary syndromes: the data and the real world. *Cleve Clin J Med.* 2009;76 Suppl 1:S16-23.
18. Yusuf S, Sleight P, Pogue J, Bosch J, Davies R, Dagenais G. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. *N Engl J Med.* 2000;342(3):145-153. Erratum in *N Engl J Med.* 2000;342(10):748; *N Engl J Med.* 2000;342(18):1376.
19. Bagnall AJ, Yan AT, Yan RT, Lee CH, Tan M, Baer C, et al; Canadian Acute Coronary Syndromes Registry II Investigators. Optimal medical therapy for non-ST-segment-elevation acute coronary syndromes: exploring why physicians do not prescribe evidence-based treatment and why patients discontinue medications after discharge. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2010;3(5):530-7.
20. Viskin S, Kitzis I, Lev E, Zak Z, Heller K, Villa Y, et al. Treatment with beta-adrenergic blocking agents after myocardial infarction: from randomized trials to clinical practice. *J Am Coll Cardiol.* 1995;25(6):1327-32.
21. Gibson CM. NRM and current treatment patterns for ST-elevation myocardial infarction. *Am Heart J.* 2004;148(5 Suppl):S29-33.
22. Moscucci M, Eagle KA. Door-to-balloon time in primary percutaneous coronary intervention: is the 90-minute gold standard an unreachable chimera? *Circulation.* 2006;113(8):1048-50.
23. Mukherjee D, Fang J, Chetcuti S, Moscucci M, Kline-Rogers E, Eagle KA. Impact of combination evidence-based medical therapy on mortality in patients with acute coronary syndromes. *Circulation.* 2004;109(6):745-9.
24. Caluza AC, Barbosa AH, Gonçalves I, Oliveira CA, Matos LN, Zeefried C, et al. Rede de infarto com supradesnívelamento de st: Sistematização em 205 casos diminui eventos clínicos na rede pública. *Arq Bras Cardiol.* 2012;99(5):1040-8.
25. Marcolino MS, Brant LC, Araujo JG, Nascimento BR, Castro LR, Martins P, et al. Implantação da linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio no município de belo horizonte. *Arq Bras Cardiol.* 2013;100(4):307-14.