

Políticas Públicas em Saúde Embasadas em Ciência “Made In Brazil”: Um desafio para os Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Public Health Policy Based on “Made-In-Brazil” Science: A Challenge for the Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Jussielly Cunha Oliveira^{1,2} e José Augusto Barreto-Filho^{1,3,4}

Núcleo de Pós-graduação em Medicina – Universidade Federal de Sergipe¹; Faculdade Estácio/Sergipe²; Divisão de Cardiologia – Hospital Universitário – Universidade Federal de Sergipe³; Clínica e Hospital São Lucas⁴, Aracaju, SE – Brasil

Aumentar equanimente a qualidade assistencial em saúde, de forma sustentável, é um grande desafio do mundo contemporâneo. As governanças dos países necessitam buscar continuamente soluções criativas e inteligentes para que os múltiplos subsistemas de saúde se alinhem de forma equilibrada com as necessidades e expectativas dos pacientes e da coletividade, mas que, ao mesmo tempo, sejam viáveis e sustentáveis. Países desenvolvidos utilizam ciência para avaliar a qualidade assistencial em saúde que está sendo oferecida e gerar informações que sirvam para melhorar os resultados verificados¹. Políticas públicas embasadas em ciência é o paradigma corrente nesses países. No Brasil, a visão ideológica ainda parece prevalecer.

Pesquisa de resultados (*outcomes research*), pesquisa em sistemas de saúde (*health service research*) e ciência de implementação (*implementation science*) abrigam parte expressiva das temáticas relativas ao estudo científico da qualidade assistencial e sua relação com o sistema de saúde¹, mas ainda necessitam de divulgação e incentivos institucionais para frutificarem no Brasil. De maneira geral, tais ramos dedicam-se a avaliar, de forma sistemática e metódica, aspectos variados relativos à estruturação dos sistemas de saúde, seus resultados finalísticos para pacientes e coletividade, relação médico-paciente, como tais resultados podem ser melhorados e como inovações devem ser implementadas. Dessas, a pesquisa de resultados destaca-se por investigar os resultados finalísticos da assistência em saúde, focados pela perspectiva e pelo olhar dos resultados que interessam diretamente aos pacientes e à sociedade¹.

Escrutinização da qualidade do sistema de saúde brasileiro

A partir da Constituição Federal de 1998 (Constituição Cidadã) e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, ficou garantido, em Carta Magna, que todos os brasileiros teriam direito ao acesso integral, universal e igualitário, além de gratuito, a serviços de saúde de qualidade. A partir daquela data, o Estado teria o dever de financiar, prover e operacionalizar

Palavras-chave

Doenças Cardiovasculares; Políticas; Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde); Constituição e Estatutos; Sistema Único de Saúde.

Correspondência: José Augusto Barreto-Filho •
Avenida Gonçalves Prado Rollemberg, 211, sala 202, CEP 49010-410,
Aracaju, SE – Brasil
E-mail: joseaugusto.se@gmail.com

DOI: 10.5935/abc.20150120

a infraestrutura necessária para o cumprimento da Lei nº. 8.080/1990. O reconhecimento constitucional de que saúde é um direito universal foi um avanço ideológico substancial. No papel, o modelo de saúde pública idealizado para o Brasil passou a ser um exemplo para o mundo. Estima-se que aproximadamente 75% de brasileiros sejam dependentes do SUS e o restante possui cobertura complementar privada.

Se o objetivo é o de gerar informação relevante para iluminar a tomada de decisão referente às políticas públicas em saúde, devemos nos dedicar de forma sistemática a avaliar, pelo método científico, os resultados assistenciais do SUS. Entretanto, passados 25 anos da implantação do SUS, temos poucas evidências científicas, especialmente que representem o país continental que somos, quais são os resultados assistenciais finalísticos do SUS. Por exemplo, não dispomos de dados representativos sobre a mortalidade pós Infarto Agudo do Miocárdio, a taxa de indivíduos submetidos a tratamento de reperfusão ou a taxa de readmissão hospitalar em 30 dias. Mais ainda, sabemos muito pouco sobre o grau de disparidade existente entre os resultados assistenciais do SUS e da rede privada.

Escrutinar o SUS e também o sistema complementar brasileiro, em nível nacional, pela ótica científica, será fundamental para a consolidação e construção de um sistema de saúde equânime, seguro, responsivo, acessível e eficiente. As iniciativas recentes da Sociedade Brasileira de Cardiologia em incentivar os registros nacionais devem ser aplaudidas, mas ainda são tímidas para transformar a saúde pública brasileira².

O DATASUS poderia muito bem se prestar ao papel de vigilância da qualidade dos resultados assistenciais dos principais problemas nacionais de saúde. Contudo, de maneira generalizada, a insatisfatória qualidade na alimentação de dados e a falta de estudos que tenham validado o DATASUS, em nível nacional, como banco de dados fidedigno, são fatores que ainda limitam seu uso científico.

Nos EUA, dados administrativos do Medicare têm sido utilizados em inúmeros estudos de monitorização e vigilância dos macro-indicadores assistenciais nas principais entidades nosológicas cardiovasculares³⁻⁵ e prestado grande serviço para o conhecimento dos resultados assistenciais oferecidos aos americanos com idade ≥ 65 anos.

Resultados assistenciais como temática científica

O conceito da necessidade imperativa de se avaliar constantemente os desfechos da prática assistencial no mundo real para promover melhoria contínua do sistema de saúde foi cristalizado na ideia do resultado final (*end-result idea*) por Ernst Codman (1910)⁶. Segundo Codman: “A ideia do

resultado final exige que os resultados sejam constantemente analisados e que possíveis soluções para melhorá-los sejam constantemente consideradas”.

A base teórica da “outcomes research” foi posteriormente refinada por Donabedian quando propôs um modelo conceitual⁷ no qual a qualidade do sistema de saúde poderia ser inferida pela abordagem de três domínios: estrutura, processo e resultados. O domínio “resultado” é aquele que mais captura a qualidade assistencial que interessa aos pacientes e à sociedade.

Em 1998, o termo “outcomes research” entrou na terminologia científica em publicação clássica na revista *Science*. Como definido por Clancy e Eisenberg, “outcomes research” investiga os efeitos das intervenções médicas e das políticas sobre os resultados que interessam diretamente aos indivíduos e à sociedade⁸.

Dez anos mais tarde (2008), “outcomes research” foi definitivamente reconhecida como uma área importante de investigação cardiovascular, quando a *American Heart Association* lançou a revista *Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes*, editada por Krumholz e associados, endossando o emergente campo de pesquisa biomédica⁹.

Exemplos de estudos sobre qualidade assistencial cardiológica nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia

A revista *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* é o principal veículo da ciência cardiológica brasileira e representa a única sociedade de cardiologia nacional. Revisamos artigos originais publicados nos *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* nos últimos dois anos que abordaram o tema qualidade assistencial, com o intuito de apresentar exemplos de estudos com o potencial de contribuir e impactar os resultados assistenciais brasileiros.

Para tornar nossa investigação mais compreensiva, subdividimos o tema qualidade assistencial em alguns subtemas que interessam diretamente à pesquisa de resultados e outros que interessam especificamente ao Brasil, como por exemplo, foco no SUS¹ (Tabela 1). Não houve pretensão em se

avaliar a qualidade do estudo publicado e nem seu potencial impacto em gerar recomendação de diretriz. Alguns estudos serviram de exemplo a mais de uma categoria.

Embora não tenhamos realizado avaliação quantitativa sistemática, de maneira geral, percebemos que há uma notória escassez de investigações que abordem diretamente o tema qualidade assistencial do sistema de saúde brasileiro.

Desafios e oportunidades

Nosso levantamento, restrito aos *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, sugere que o país necessita aumentar a produção científica capaz de nortear políticas públicas na área cardiovascular. Nessa temática, o uso de ciência importada tem limitação crítica e pode enviesar a tomada de decisão. Conhecer, de forma sistêmica, os resultados assistenciais brasileiros será essencial na elaboração e priorização da agenda de políticas públicas regionais e nacionais.

Temos um longo caminho à frente e ao menos dois desafios muito bem definidos se apostarmos no papel da ciência como lastro da tomada de decisão referente às políticas públicas em saúde, a saber: 1) produzir ciência nacional de alto nível que represente a qualidade assistencial brasileira; e 2) convencer as governanças em nível federal, estadual e municipal de que a ciência é uma ferramenta fundamental para iluminar as tomadas de decisão referentes à implantação de políticas públicas.

Isso exigirá investimentos substanciais: 1) na formação intelectual de pesquisadores especializados; 2) na melhoria da qualidade do DATASUS como banco de dados para pesquisas em todos os estados brasileiros; 3) na criação, estruturação e consolidação de grupos cooperativos de pesquisa; e 4) no fomento contínuo da produção científica nacional.

Para a comunidade científica cardiovascular brasileira, especialmente os pesquisadores mais jovens, essa lacuna da ciência brasileira pode representar uma grande oportunidade de abraçar uma linha de pesquisa que tem todo o potencial de impactar e beneficiar substancialmente o Brasil e os brasileiros.

Tabela 1 – Artigos originais sobre qualidade assistencial nos ABC

	Exemplos de estudos*
Segurança	Eficácia e Segurança de Stents Eluidores de Drogas no Mundo Real: Acompanhamento de 8 Anos ¹⁰
Linha temporal do cuidado, acesso, responsividade do sistema	Implantação da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio no Município de Belo Horizonte ¹¹ Efetividade de um Protocolo Assistencial para Redução do Tempo Porta-Balão da Angioplastia Primária ¹²
Variabilidade na prática assistencial	Nenhum
Efetividade	Estratégia Antitrombótica nos Três Meses Iniciais após Implante de Bioprótese Valvar Cardíaca ¹³
Custo	Itinerário de Investigação do Paciente Coronariano do SUS em Curitiba, São Paulo e Incor – Estudo IMPACT ¹⁴
Disparidade	Evolução de Indicadores Socioeconômicos e da Mortalidade Cardiovascular em três Estados do Brasil ¹⁵
Assistência Centrada no Paciente /Autonomia / Decisão Compartilhada	Nenhum
Resultados institucionais	Experiência Inicial de Dois Centros Nacionais no Implante de Prótese Aórtica Transcateter ¹⁶
Registros sobre doença específica	Registro Brasileiro das Síndromes Coronárias Agudas (ACCEPT) ² Estudo BREATHE – I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca ¹⁷ Comportamento da Síndrome Coronariana Aguda. Resultados de um Registro Brasileiro ¹⁸
Foco no SUS	Itinerário de Investigação do Paciente Coronariano do SUS em Curitiba, São Paulo e Incor - Estudo IMPACT ¹⁴

Referências

1. Krumholz HM. Outcomes Research: generating evidence for best practice and policies. *Circulation*. 2008;118(3):309-18.
2. Piva e Mattos LA, Berwanger O, Santos ES, Reis HJ, Romano ER, Petriz JL, et al. Clinical outcomes at 30 days in the Brazilian Registry of Acute Coronary Syndromes (ACCEPT). *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(1):6-13.
3. Barreto-Filho JA, Wang Y, Dodson JA, Desai MM, Sugeng L, Geirsson A, et al. Trends in aortic valve replacement for elderly patients in the United States, 1999-2011. *JAMA*. 2013;310(19):2078-85.
4. Lampropulos JF, Kim N, Wang Y, Desai MM, Barreto-Filho JA, Dodson JA, et al. Trends in left ventricular assist device use and outcomes among Medicare beneficiaries, 2004-2011. *Open Heart*. 2014;1(1):e000109.
5. Dharmarajan K, Hsieh AF, Lin Z, Bueno H, Ross JS, Horwitz LI, et al. Diagnoses and timing of 30-day readmissions after hospitalization for heart failure, acute myocardial infarction, or pneumonia. *JAMA*. 2013;309(4):355-63.
6. Schlaff AL. Boston's Codman Square Community Partnership for Health Promotion. *Public Health Rep*. 1991;106(2):186-91.
7. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8.
8. Clancy CM, Eisenberg JM. Outcomes research: measuring the end results of health care. *Science*. 1998;282(5387):245-6.
9. Krumholz HM. Medicine in the era of outcomes measurement. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2009;2(3):141-3.
10. Pellegrini DO, Gomes VO, Lasevitch R, Smidt L, Azeredo MA, Ledur P, et al. Efficacy and safety of drug-eluting stents in the real world: 8-year follow-up. *Arq Bras Cardiol*. 2014; 103(3):174-82.
11. Marcolino MS, Brant LC, Araujo JC, Nascimento BR, Castro LR, Martins P, et al. Implementation of the myocardial infarction system of care in city of Belo Horizonte, Brazil. *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(4):307-14. Erratum in: *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(4):313.
12. Correia LC, Brito M, Kalil F, Sabino M, Garcia G, Ferreira F, et al. Effectiveness of a myocardial infarction protocol in reducing door-to-balloon time. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(1):26-34.
13. Durães AR, Durães MA, Correia LC, Aras R. Antithrombotic strategy in the three first months following bioprosthetic heart valve implantation. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(5):466-472.
14. Cerci JJ, Trindade E, Preto D, Cerci RJ, Lemos PA, Cesar LA, et al. Investigation route of the coronary patient in the public health system in Curitiba, São Paulo and in InCor--IMPACT study. *Arq Bras Cardiol*. 2014;103(3):192-200.
15. Soares GP, Brum JD, Oliveira GM, Klein CH, Souza e Silva NA. Evolution of socioeconomic indicators and cardiovascular mortality in three Brazilian states. *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(2):147-56.
16. Lluberas S, Abizaid A, Siqueira D, Ramos A, Costa Jr JR, Arrais M, et al. Initial experience of two national centers in transcatheter aortic prosthesis implantation. *Arq Bras Cardiol*. 2014;102(4):336-44.
17. Rohde LE, Danzmann LC, Canesin MF, Hoffmann Filho CR, Fragata Filho AA, Baruzzi A, et al; BREATHE investigators. Rationale and design: BREATHE registry--I Brazilian Registry of Heart Failure. *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(5):390-4.
18. Piegas LS, Avezum A, Guimarães HP, Muniz HJ, Reis HJ, Santos ES, et al. Acute coronary syndrome behavior: results of a Brazilian registry. *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(6):502-510.