

Insuficiência Cardíaca

“The very essence of cardiovascular practice is the early detection of heart failure”

Sir Thomas Lewis, 1933

Tratando-se de “via final” comum da maior parte das doenças do coração, a Insuficiência cardíaca (IC), é causa *major* de morbilidade e mortalidade, sendo um dos mais importantes desafios clínicos actuais na área da saúde. É referida como tendo uma elevada prevalência geral, 2% da população europeia, 4,4% da portuguesa, com tendência para um aumento significativo com a idade. Trata-se de um problema epidémico em progressão.

A incidência e a prevalência da IC são cada vez mais devidas a uma combinação de factores. As pessoas vivem mais tempo, em parte devido a melhores padrões de vida, ao rastreio e tratamento do cancro, ao reconhecimento público generalizado das mudanças de estilo de vida, à melhor gestão dos factores de risco cardiovascular e a um melhor tratamento da Hipertensão arterial e do Enfarte do miocárdio.

É reconhecida como sendo uma condição comum, incapacitante pela elevada morbilidade, perigosa dada a alta mortalidade e de custos elevados, 2% do “budget” dos cuidados de saúde do Reino Unido, 3% do total de recursos utilizados para atender todos os internamentos, no Brasil em 2007. A Insuficiência cardíaca é considerada a “Epidemia do Século XXI”, sendo na sua fase sintomática uma doença debilitante, com elevada morbi-mortalidade que atinge cada vez um maior número da população.

Entre nós, desconhece-se o seu peso como causa de internamento hospitalar ou como causa de mortalidade por doença cardiovascular. Certamente não será comparável com o do AVC ou da Hipertensão arterial, nem terá o mediatismo do VIH – SIDA.



Prof. Dr. Manuel Sá Vidigal**

Trata-se efectivamente de um verdadeiro problema de saúde pública, pelo que justifica desde logo particular atenção para uma melhor caracterização da nossa realidade.

Contudo, importa sempre refer, as particularidades, ou até mesmo as singularidades impostas pela geografia. África, é um continente devastado pela pobreza com a maioria da população a viver com menos de 2 USD por dia; Encontra-se na generalidade numa fase mais precoce da transição epidemiológica; As doenças infecciosas são ainda um enorme fardo; A Cardiopatia reumática, permanece ainda em lugar de destaque no perfil etiológico da IC; Constata-se no entanto uma emergência de factores de risco das doenças não transmissíveis (Obesidade, HTA, Diabetes).

Uma correcta abordagem da IC, pressupõe nos dias de hoje, prevenção primária e secundária, melhoria da qualidade de vida e aumento da sobrevivência, visando sempre o melhor tratamento nas diferentes fases da doença. Ou seja, a terapêutica da IC, justifica preocupação com, “Educação do doente”, Terapêutica não farmacológica, Terapêutica farmacológica, frequentemente complexa face as co-morbilidades, interacções medicamentosas, idade avançada etc., Terapêutica da “IC avançada” que obriga à utili-

zação sequencial de fármacos, aparelhos (“pacemakers”, cardio-desfibriladores) e cirurgias de acordo com fluxogramas de decisão complexos. A Insuficiência cardíaca é uma doença progressiva que evolui ao longo de meses, por vezes anos, podendo atingir quando não adequadamente tratada, fases em que se define como “IC avançada”, ou até mesmo, IC refratária à terapêutica. Apesar de nas duas últimas décadas se ter assistido a um enorme desenvolvimento e grandes avanços na terapêutica da IC, os reflexos no prognóstico são pouco animadores. Após o aparecimento dos sintomas, a sobrevivência é apenas de 40% aos 10 anos, pior que no cancro da mama e da próstata.

Embora o prognóstico a longo prazo da IC continue a ser mau, a despeito dos avanços na terapêutica farmacológica e não farmacológica, muito pode e deve ser feito para reduzir a sua incidência e avanço e, para melhorar a qualidade de vida da parte cada vez maior da população com esta condição comum.

Tratar a IC é na verdade um enorme desafio, mas, cientes das imensas dificuldades e das sérias limitações, acreditamos poder evoluir para novas formas organizativas, novos programas, para a prevenção e tratamento da IC em Angola. Pensamos, a exemplo do que já se vem fazendo em outros países que a IC poderia constituir a principal doença cardiovascular a ser considerada no âmbito dos programas de “Gestão integrada de Doença” com equipas pluridisciplinares articulando de modo protocolado as Unidades de IC hospitalares com os Centros de Saúde e com o apoio domiciliário a partir destes.

As “Clínicas da Insuficiência Cardíaca” que são uma das formas destes programas de “Gestão Integrada de Doença” mostraram aumentar as taxas de prescrição dos fármacos indicados nas doses recomendadas, melhoram a aderência dos doentes ao tratamento medicamentoso e não

* Texto de introdução à “1ª Reunião Internacional sobre Insuficiência Cardíaca”, que se realizou em Luanda, Angola, de 28 a 30 de Junho de 2012.

** Prof. Associado da Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto; Internista, c/ diferenciação em Cardiologia.

medicamentoso e, ao fazê-lo, melhoram os sintomas e reduzem o risco de reinternamentos por IC e conseqüentemente melhoram a qualidade de vida e reduzem os custos hospitalares.

Aperfeiçoar a eficácia dos cuidados a nível da comunidade reduz a necessidade e a frequência de reinternamentos hospitalares, pode encurtar a permanência no hospital e é importante para melhorar o moral e a autoconfiança dos doentes, além de reduzir os custos dos cuidados de saúde.

Importa por isso:

– Proporcionar aos Clínicos gerais e aos Enfer-

meiros a formação e o treino em Medicina cardiovascular e Insuficiência cardíaca;

– Aumentar a confiança dos médicos dos cuidados primários na sua capacidade de diagnosticar a IC e iniciar o tratamento com beta-Bloqueadores, inibidores da ECA e Espironolactona, quando necessário;

Convimos que se trata de um desafio que nos envolve a todos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, médicos, gestores de saúde e muitos outros.

É fundamental a otimização da colaboração entre hospitais, Clínicas da IC, e Cuidados de saúde

primários.

Por se entender que existe por vezes, défice de comunicação, falhas na articulação e dificuldades na abordagem multidisciplinar destes doentes, é nossa intenção nesta Reunião, tentar discutir e minimizar as dúvidas e as distâncias.

Mais do que uma série de apresentações formais, gostaríamos que esta Reunião primasse pela discussão e possibilitasse comunicação e diálogo entre os intervenientes.

Pretendemos partilhar responsabilidades.

Unindo esforços teremos maior eficácia e sere-
mos mais competentes. ■