

PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR: REALIDADE OU MITO?

MANUEL M. RAMOS LOPES*

É a prevenção cardiovascular uma realidade ou não passa de um mito? Esta é, em meu entender, uma interrogação prioritária e fundamental. Vejamos então.

As estatísticas do obituário da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que as doenças cardiovasculares se tornaram a causa de morte número um nos países mais desenvolvidos e que, quanto mais um país se desenvolve e maior sua riqueza, mais alta se torna a mortalidade cardiovascular^{1,2}. O que coloca uma pergunta dramática: Será que este crescimento progressivo da doença cardiovascular uma fatalidade de nossa civilização, ou poderemos fazer alguma coisa para deter e inverter esta tendência?

Nos primórdios da sociedade industrial, o desenvolvimento sócio-econômico fez da tuberculose uma doença de massas². Na maturidade desta mesma sociedade industrial, as diferentes condições sócio-econômicas fizeram da doença cardiovascular, sobretudo da doença coronária, uma doença de multidões^{4,6}. Isto quer dizer que, ao longo dos anos, a evolução da humanidade foi perturbada por alterações abruptas e radicais das condições de vida, para as quais não estava preparada.

Por tudo isto, impõe-se uma tentativa de intervenção que seja corretiva destes desvios. Assim, para uma Política de Prevenção Cardiovascular torna-se necessário: 1) reconhecer as causas determinantes desta explosão das doenças cardiovasculares; 2) saber se a modificação de tais causas é possível e, sendo possível, se é eficaz; 3) definir os termos de sua aplicação prática e a amplitude de intervenção na comunidade.

As modificações do estilo de vida nas sociedades modernas—nas quais a máquina substitui progressivamente o homem nos transportes, na profissão e na vida doméstica—explicariam em parte esta explosão da doença cardiovascular. Na verdade, o sedentarismo, os desvios alimentares, a ingestão liberal de bebidas alcoólicas, o excesso de peso ou a obesidade franca, o estresse, a tensão psicológica da vida moderna, a hipertensão arterial, o tabaco, a hipercolesterolemia e outras sobrecargas bioquímicas e metabólicas são elos duma mesma cadeia

que está arrastando progressivamente o homem para o abismo da doença cardiovascular¹.

Deste contexto emerge o conceito de fator de risco, como circunstância favorecedora da eclosão da doença vascular, estando plenamente aceite que o colesterol, a hipertensão e o uso do tabaco estão estatisticamente associados à prevalência da doença coronária^{7,8}. Estes são os três mais importantes fatores de risco da cardiopatia isquêmica. Entretanto, quando eles se associam entre si ou se juntam a outras circunstâncias igualmente favorecedoras da cardiopatia isquêmica como o diabetes, a inatividade física, o uso de contraceptivos orais, a hipercoagulabilidade sanguínea, o estresse e a competitividade da vida moderna, então o risco da doença cardiovascular sobe em flecha⁹.

O reconhecimento das causas sócio-econômicas que têm levado ao crescimento da doença cardiovascular em geral e da cardiopatia isquêmica em particular foi estabelecido através de estudos epidemiológicos que correlacionam a mortalidade observada nos diversos países do mundo com as características étnicas, ocupacionais e alimentares das respectivas populações e foi corroborado por múltiplos ensaios prospectivos de dimensões variáveis, alguns internacionais e pluricontinentais.

Resta agora saber se a modificação de tais condicionalismos e fatores de risco será possível e, sendo possível, se é eficaz.

Apesar de alguma controvérsia, considero prova—do que a prevenção dos fatores de risco coronário— com especial ênfase para o colesterol, hipertensão, tabaco, sedentarismo e excesso de peso—se acompanha de um decréscimo inequívoco da incidência da cardiopatia isquêmica.

Pelo que respeita ao tabaco, sabe-se que a sua suspensão é altamente gratificante quanto à diminuição do risco coronário, verificando-se que a mortalidade cai para cerca de metade ao fim de um ano e continua a diminuir progressivamente durante 20 anos, tornando-se então idêntica à dos não fumantes^{9,10}.

*Professor Catedrático de Medicina Interna na Faculdade de Medicina de Coimbra e Diretor do Serviço de Cardiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Presidente do Conselho Científico da Fundação Portuguesa de Cardiologia.

No que concerne aos níveis plasmáticos do colesterol, verifica-se que eles são estreitamente dependentes do tipo de dieta e altamente correlacionados com a incidência da cardiopatia isquêmica, que declina nitidamente quando se corrige a hipercolesterolemia¹¹. O que prova o elevado valor profilático da correção do regime alimentar^{12, 13}.

Identicamente, os resultados sanitários da correção da hipertensão arterial são altamente gratificantes pelo que respeita às lesões cerebrovasculares, arteriais e renais, embora menos fáceis de evidenciar no tocante à doença coronária¹⁴.

O que foi dito em relação ao tabaco, colesterol e hipertensão, é igualmente verdadeiro para a obesidade, sedentarismo e outros fatores de risco susceptíveis de correção. Mas é evidente que melhor do que corrigir os diversos fatores de risco é ainda estabelecer um programa de prevenção primária que impeça o seu aparecimento.

Quer dizer, à pergunta inicialmente feita sobre a tendência ascensional da doença cardiovascular seria uma fatalidade de nossa civilização industrial, podemos responder que não, afirmando que a doença cardiovascular em geral e a doença coronária em particular podem ser prevenidas. Mas, para uma prevenção em larga escala na comunidade, importa que a sociedade tenha consciência da gravidade do problema e sinta necessidade de fazer alguma coisa; importa que exista um conhecimento científico que possibilite ações profiláticas capazes e que a sociedade possa dispor dos recursos humanos, da tecnologia e do potencial de ação necessários à prevenção cardiovascular¹⁵.

O que se tem passado nos Estados Unidos da América¹⁶⁻¹⁸, Canadá, Noruega, Austrália, Nova Zelândia e muitos outros países onde a mortalidade por doença coronária e por doença cardiovascular em geral diminuiu de modo significativo, demonstra claramente o êxito da prevenção, pois a magnitude do declínio observado não pode ser somente devida à melhoria dos cuidados médicos até porque mais de 2/3 dos doentes coronarianos morrem fora do hospital¹⁹. Nos Estados Unidos, as duas últimas décadas foram marcadas por uma política de esclarecimento e de propaganda maciça das medidas de prevenção cardiovascular. Em consequência, registraram-se alterações adequadas do comportamento individual, com mais altos níveis de atividade física, menor consumo de tabaco, mais correto controle de pressão arterial e uma notável melhoria dos padrões alimentares⁶.

Assim, embora a quantidade de gordura alimentar total não tenha decrescido, observou-se, ao longo das três últimas décadas, uma queda progressiva do consumo de gorduras de animais, com substituição crescente por gorduras vegetais, ricas em ácidos mono ou poli-insaturados²⁰. Como consequência, o colesterol médio da população americana tem declinado progressivamente²¹. Da conjugação favorável destas alte-

rações resultou um decréscimo notável da cardiopatia isquêmica, bem patenteado em amostras do estudo de Framingham e em estatística a nível nacional nos Estados Unidos¹⁶⁻¹⁸.

Reconhecidas as circunstâncias determinantes da doença cardiovascular e demonstrado que a modificação de tais circunstâncias é possível e eficaz, importa definir a amplitude da intervenção na comunidade. Por outras palavras: Quem deve ser objeto da prevenção? E que tipo de prevenção? Prevenção secundária sobre doentes para evitar a progressão da doença cardiovascular? Prevenção primária sobre indivíduos em risco, procurando reduzir ou eliminar os fatores de risco corrigíveis? Ou prevenção primária primordial sobre toda a população, criando condições que evitem o aparecimento de fatores de risco da doença cardiovascular?

Se a prevenção secundária é bem aceita por médicos e doentes, a decisão de intervir sobre a generalidade dos indivíduos (em baixo risco) poderá ser polémica²². Entretanto, o peso epidemiológico desta população (risco x número de indivíduos) é muito grande e justifica medidas de prevenção primária em larga escala. De resto, como explicar a esta população sua exclusão das medidas profiláticas postas em prática para o reduzido grupo de indivíduos em alto risco?

A boa adesão dos grupos de intervenção às medidas profiláticas que lhes têm sido propostas²³ e a verificação de que vários grupos testemunhas (caso de Kuópio) se deixaram influenciar pela propaganda e conselhos lançados sobre o grupo de intervenção¹² são fatos altamente encorajadores de uma política de prevenção primária, na medida em que denunciam uma inesperada aceitação da boa doutrina por grandes grupos populacionais, quando devidamente sensibilizados para ela. Isto, apesar de não se traduzir em benefícios pessoais imediatos, como ocorre quando tratamos indivíduos em alto risco.

Entretanto, não há dúvida de que uma redução ligeira—2 a 3 mmHg—da média da pressão arterial, numa população, pode salvar mais indivíduos da morte por acidente vascular cerebral, ou evitar mais complicações, do que a medicação anti-hipertensiva aplicada ao relativamente escasso número de indivíduos com hipertensão moderada ou grave^{24, 25}. Identicamente, uma pequena redução no nível da colesterolemia numa comunidade implica em queda de significativa incidência da doença coronária, traduzindo-se assim em benefícios populacionais muito superiores aos obtidos pelo tratamento antilipêmico dos indivíduos em alto risco²⁵.

Em suma, a intervenção em larga escala na comunidade, testada a vários níveis e diversos lugares, tem proporcionado resultados que mereceram da “Comissão de Peritos e Investigadores da OMS” a declaração unânime de que “o balanço dos fatos indica uma suficiente certeza de segurança e uma correspondente contrapartida de benefícios, que permite autorizar a ação desde já”²⁶.

Por “ação” querem eles dizer uma redução dos níveis de colesterolemia, através de racional e paulatina mudança na composição da dieta habitual das populações flageladas pela doença coronária. E subentendem certamente todas as medidas, alimentares e outras, capazes de prevenir a incidência precoce e deletéria da doença cardiovascular por uma progressiva alteração do comportamento individual e social, que corrija os desvios culturais aos quais a humanidade se deixou arrastar ao longo dos tempos.

Não se trata, de modo algum, de fugir aos prazeres da vida, aos prazeres da mesa e à alegria de viver: trata-se de os adequar a uma boa saúde cardiovascular.

Uma boa política de prevenção cardiovascular deve, pois, ser entendida não numa perspectiva de renúncia às conquistas da técnica e da civilização, mas sim no sentido de as pôr ao serviço do homem e da promoção de sua saúde. Porque a prevenção cardiovascular não é um mito, mas sim uma magnífica realidade! Vale dizer, as epidemias provadas pelo homem por inadvertência²⁷ devem ser agora corrigidas em plena consciência.

REFERÊNCIAS

- Ramos-Lopes, M.; Cardoso, S.M.—Realidade e tendência da cardiopatia isquêmica. *J.do Médico*, 112: 419, 281, 1983
- W. H. O. Jenkins C. D.—News. *Bull Int. Soc. Cardiol.*, 9:1,1969.
- Dubos R.: *Dubos J.—The Plague—Tuberculosis, Man and Society*, Boston, Little, Brown, 1952
- Stamler J.—Population studies. In: *Nutrition, Lipids and Coronary Heart Disease A Global View*. Nova York, Raven Press, 19.
- Stamler J.—Improved life styles: their potential for the primary prevention of atherosclerosis and hypertension in childhood. In: *Lauer R. M., Shekelle R B. Eds. Childhood Prevention of Atherosclerosis and Hypertension*. Nova York, Raven Press, 1980.
- Stamler J.—Primary prevention of epidemic premature atherosclerotic coronary heart disease. *Prog. Cardiol.*, 10: 63, 1981.
- Ramos - Lopes, M.—O enfarte do miocárdio dos adultos jovens. *J. do Médico*, 39: 445, 1966.
- White P. D. et al—A statement on arteriosclerosis, main cause of “heart attacks” and “strokes”, New York, National Health Education Committee, 1959.
- Relatorio de um grupo de trabalho conjunto do Royal College of physicians of London e da British Cardiol.Society—Prevenção da doença coronária. Edição do Centro de Estudos de Cardiologia Preventiva e Instituto de Saúde. Lisboa. 1980.
- Hammond E.C., Garfunkel L.—Coronary heart disease, stroke and aortic aneurysm. Factors in the etiology. *Arch Environ Health*. 19: 167, 1969.
- Turpeinem O., Karvonem M.J. et al Dietary prevention of coronary heart disease: the finnish mental hospital study. *Int J. Epidemiol*, 8: 99, 1977.
- Bang H. O.—Targetting coronary risk factos control. *Letters to Editor. Lancet*. 2: 214, 1981.
- Grundy S. M.—Can dietary change prevent coronary heart disease? *Prog. Cardiol.* 10: 13, 1981.
- Berglund G., Sannerstedt R. et al—Coronary heart-disease after, treatment of hypertension. *Lancet*. 1: 1, 1978.
- Stamler J.—Lectures on Prevention Cardiology. Nova York, Grune and Stratton. 1967.
- Report of the National Heart. Lung and Blood Institute Working Group on Arteriosclerosis. Vol 1. Bethesda. M. D U. S. Dept of Health and Herman Services. Public Health Service National Institutes of Health. 1981
- Report of the National Heart. Lung and Blood Institute Working Group on Arteriosclerosis. Vol. 2. Bethesda, M. D. U. S. Dept. of Health and Herman Services, Public Health Service National Institutes of Health, 1981.
- Stamler J.—Primary prevention of coronary heart disease. the last 10 years (Keynote adress. Eleventh Bethesda Conference) *Am J. Cardiol.*, 47: 722, 1981.
- Goldman L., Cook F. et al—Evidence that hospital care for acute myocardial infarction has not contributed to the decline in coronary mortality between 1973 74 and 1978-79. *Circulation*, 65: 936, 1982.
- Feileib M., Thom T., Havlik R. J.—Decline in coronary heart disease mortality in the United States—Atherosclerosis Reviews, 9: 29,1982.
- Beaglehole R. et al—Secular changes in blood cholesterol and their contribution to the decline in coronary mortality. In: *Havlik, R. J; Feinleib, M., NIH Publication n°. 9 79-1610 U. S. Dept .of Health, Education and Welfare, PHS Washington D. C. 1979. p. 282.*
- Oliver M. F.—Should we not forget about mass control of coronary risk factors? *Lancet*, 2: 57, 1983.
- W. H. O.—Junod B.—Progress report on the comprehensive communit cardiovascular control programme in Switzerland. *Set*. 1982,
- Rose G.—Impact of primary prevention programmes on ischaemic heart disease. *Recent Adv. Cardiol.*, 8: 181,1981.
- Rose G.—Prevenindo a doença cardiovascular: deve modificar-se toda a população? *Com. Pessoal Confer. Instituto Nacional de Saúde, Lisboa, Jan. 1984.*
- W. H. O. Expert Committee—Prevention of coronary heart disea se. *WHO Tech Rep. Ser. n°. 678,1982.*
- Ackernecht EH—*Rudolf Virchow-Statesman, Anthropologist*. Madison, University of Wisconsin Press, 1953.