

## CARDIOLOGIA PREVENTIVA NO BRASIL PERSPECTIVAS NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE CARDIOVASCULAR

NELSON MARINS, GENIBERTO PAIVA CAMPOS

Nas últimas décadas, o Brasil experimentou um acentuado processo de industrialização, o que determinou profundas repercussões em diversas áreas, inclusive na da saúde. Assim, tecnologia cada vez mais complexa incorporou-se à medicina, traduzida por métodos diagnósticos progressivamente mais sensíveis e por poderosos recursos terapêuticos, clínicos e cirúrgicos.

Todavia, observe-se elevação progressiva da mortalidade por doenças crônico degenerativas (que já ultrapassou os índices de óbitos por enfermidades infecciosas e parasitárias), além de que as doenças cardiovasculares, a partir da década de 80, representam a primeira cause de morte no país como um todo (fig. 1).

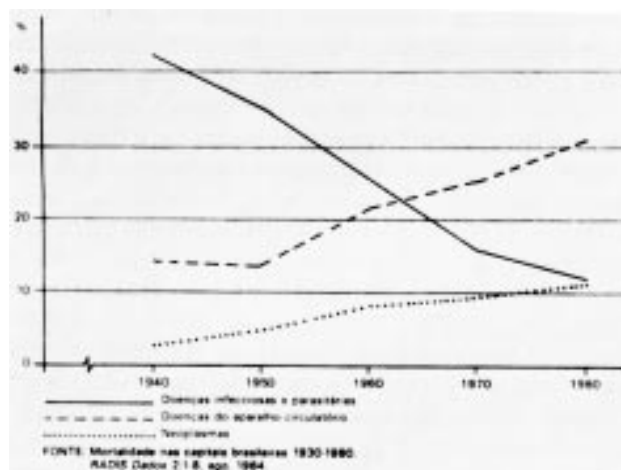


Fig. 1 — Mortalidade proporcional, por algumas das causas, em capitais brasileiras 1940/1980.

Neste artigo, procuraremos apontar os determinantes deste paradoxo aparente, enfatizando a necessidade da adoção de novas estratégias para a reversão deste quadro.

A opção por um modelo industrial em nosso país resultou em inegável desenvolvimento da economia. Entretanto, este progresso não se estendeu de modo uniforme a todas as regiões e, o que é mais grave, não gerou benefícios sociais correspondentes. Em consequência, o setor saúde defronta-se hoje, ao mesmo tempo, com três situações que, em outros países, caracterizaram momen-

tos distintos da evolução do setor. Em outras palavras, observamos a coexistência de doenças ligadas à pobreza, com o predomínio das doenças crônico-degenerativas, e a ocorrência de enfermidades relacionadas ao processo de industrialização, com as conseqüentes agressões ao meio ambiente e ao próprio homem.

As condições de saúde caracterizam-se, atualmente, por grandes diferenças entre as diversas regiões e os distintos grupos sociais, coexistindo formas próprias de adoecer e morrer, tanto das nações subdesenvolvidas, quanto das mais desenvolvidas e industrializadas. Assim, enquanto as enfermidades transmissíveis ainda apresentam elevada prevalência e incidência, doenças típicas das sociedades afluentes, como as cardiovasculares, passaram a constituir, nos últimos anos, a primeira causa de morte no Brasil.

Não obstante os subregistros, subnotificações e a precariedade das informações, os dados disponíveis demonstram importante mudança no perfil da morbimortalidade de nossa população.

As doenças infecciosas e parasitárias, dominantes na década de 30, tiveram esta proporção reduzida em cinco vezes. Esta queda não resultou da prestação direta de serviços às pessoas, e sim de ações preventivas levadas à população, com a progressiva participação da comunidade e traduzidas pela melhor qualidade da água e dos alimentos, pela construção das redes de esgotos, pelas campanhas de vacinação, pelo maior acesso aos medicamentos e pelo aumento do conhecimento científico.

Ao mesmo tempo, houve gradual incremento das doenças crônico-degenerativas: enfermidades do aparelho cardiocirculatório, que nos anos 30 foram responsáveis por 12% da mortalidade proporcional nas capitais do país, representaram, em 1980, não menos do que 30% dos óbitos registrados, excluídas as causas mal definidas.

Quais as causas da inversão do perfil de morbimortalidade da população brasileira? Em primeiro lugar, o processo de industrialização do país, que se fez de modo absolutamente desordenado e que, associado a uma estrutura agrário-fundiária extremamente concentradora da propriedade da terra, muito contribuiu para o grande êxodo rural, de sorte que hoje 70% da nossa população está concentrada nas grandes cidades<sup>1</sup>. Estas

populações, compulsoriamente transferidas para grandes centros urbanos, tiveram sua qualidade de vida diminuída, e aumentada a exposição ao risco de contrair doenças crônicas degenerativas. Em segundo lugar, nota-se o envelhecimento da população, com o aumento dos idosos quando comparados a outras faixas etárias, correspondendo a 6,5% da população, em 1980. A expectativa de vida, no Brasil, aumentou em média, no período de 1970 a 1980, para 56,3 anos (sexo masculino) e para 62,8 anos (sexo feminino). A análise destes dados, no entanto, deve ser feita com as necessárias cautelas, já que os indicadores nacionais mascaram diferenças regionais. Assim, a esperança de vida da população nordestina é cerca de 12 anos menos do que a dos habitantes da região Sul. Quando se compara a expectativa de vida entre os diferentes grupos econômicos, mais evidentes se tornam estas distorções: os que percebem um salário mínimo vivem, em média, 15 anos menos que os que recebem cinco salários.

A propósito, este é o momento de desmitificar o conceito profundamente enraizado entre os leigos e, até mesmo, em grande parte da classe médica, de que as doenças do aparelho circulatório ocorreriam com mais frequência nos grupos economicamente mais favorecidos. Dados recenses, tanto da literatura<sup>2-5</sup> quanto do Ministério da Saúde, demonstram exatamente o contrário: a prevalência, a incidência e a mortalidade destas doenças são mais elevadas entre os grupos mais carentes. Assim, os acidentes vasculares cerebrais, o infarto do miocárdio e a hipertensão arterial têm nos pobres o seu maior grupo de risco, já que estes têm menor acesso às informações e enfrentam maiores dificuldades para modificar seus hábitos de vida, muitos diretamente relacionados com a gênese daquelas enfermidades.

Não obstante as diferenças regionais, as enfermidades cardiocirculatórias representam a principal causa de morte no Brasil. Apenas na região Norte ainda se note ligeiro predomínio dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, muito elevadas na faixa de 0 a 4 anos de idade. Em 1984, enfermidades do aparelho cardiovascular foram responsáveis por mais de 50% dos óbitos em indivíduos a partir dos 50 anos de idade e de 25% entre os adultos jovens (20-49 anos), atingindo pessoas na plenitude de sua produtividade e mulheres em idade fértil. Dos 810.000 óbitos registrados em 1984, estas doenças causaram 210.000.

Dentre as afecções cardiovasculares, as que mais ocasionam complicações e óbitos são os acidentes cerebrovasculares, a doença aterosclerótica coronária e a doença hipertensiva (fig. 2). hipertensão arterial, todavia, é o principal fator de risco independente, pois está associada a 85% das mortes por acidentes vasculares cerebrais, a 50-60% dos óbitos por infarto agudo do miocárdio e a 75% dos casos de insuficiência cardíaca. Um dos aspectos que mais contribuem para aumentar o risco da hipertensão arterial é que suas fases iniciais, ou

quando leve, não costumam gerar sintomas; estas, quando ocorrem, já indicam comprometimento dos órgãos alvo e/ou severidade da própria hipertensão arterial.

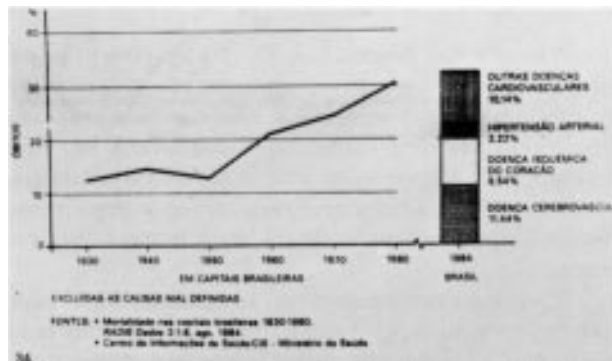


Fig. 2 — Evolução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório em capitais brasileiras de 1930 a 1980 e sua distribuição por causas específicas — Brasil — 1984.

Ainda hoje não temos dados fidedignos da real prevalência da hipertensão arterial no Brasil, inclusive pela grande disparidade dos resultados publicados. Estas controvérsias devem-se, fundamentalmente, à falta de uniformidade dos métodos empregados para o levantamento das populações em estudo e nos diferentes critérios utilizados na concentração da própria hipertensão. Embora o risco de complicações aumente a partir de cifras de 120/80 mmHg<sup>6</sup>, costume-se considerar os valores de 140/90 mmHg como cifra de corte, já que daí em diante os referidos riscos se elevam significativamente<sup>7</sup>. Um estudo da OMS<sup>8</sup>, confirmado mais tarde por autores brasileiros<sup>9</sup>, mostrou que 50% dos hipertensos desconheciam sua condição. Dos que sabiam ser hipertensos, apenas metade se encontrava em tratamento regular e, destes, somente 50% sob terapêutica adequada. Tais fatos justificam a denominação de “assassino silencioso” dada à hipertensão pelos autores americanos. Apesar das disparidades dos dados quanto à prevalência da hipertensão em nosso meio, estima-se que cerca de 11% dos maiores de 20 anos e 35% dos indivíduos com mais de 50 anos sejam hipertensos. Logo, aproximadamente 7.200.000 brasileiros têm pressão arterial elevada.

A morbidade das doenças cardiocirculatórias pode ser estimada indiretamente pelos custos com as internações na rede hospitalar contratada do INAMPS e pelas aposentadorias concedidas pelo INPS. No primeiro semestre de 1985, sem considerar o reajuste de 95% em julho, estes custos atingiram cerca de Cz\$ 630 milhões, correspondendo a mais de 1/3 dos custos de todas as internações; ou quase a metade, quando excluídas as obstétricas<sup>10</sup>. Em 1986, o INAMPS concedeu 18.000 aposentadorias por invalidez, devidas à hipertensão arterial e à doença hipertensiva, que foram as duas primeiras causas de afastamento definitivo do trabalho naquela instituição.

A aplicação de tecnologia de ponta à cardiologia refletiu-se, no Brasil, por um aprimoramento diagnóstico e terapêutico, que beneficiou certas parcelas dos nossos enfermos. Desta forma, a eletrocardiografia dinâmica, a cintigrafia miocárdica, a ecocardiografia bidimensional e o “doppler”, a ressonância magnética nuclear e o cateterismo cardíaco, entre outros meios propedêuticos, têm permitido diagnósticos cada vez mais acurados e precoces. O arsenal terapêutico incorporado nas últimas décadas, representado pelos antiarrítmicos e anti-hipertensivos de 3ª geração, os agentes antiplaquetários, a estreptoquinase, a angioplastia coronária e os transplantes cardíacos vêm contribuindo para melhorar a qualidade de vida e prolongar a sobrevivência de muitos doentes. Todavia, estes benefícios incontestáveis são apenas individuais. A incorporação desta tecnologia complexa e de altos custos operacionais não conseguiu ainda reduzir, em níveis populacionais, a mortalidade por doenças cardiovasculares em nosso país (fig. 3).

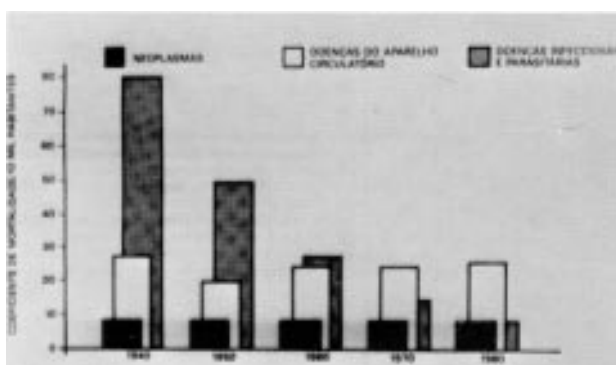


Fig. 3 — Coeficiente de mortalidade, por algumas causas, em capitais brasileiras 1940/1980.

O declínio da mortalidade por doenças cardiocirculatórias há algumas décadas, vem sendo observado nos Estados Unidos da América; Canadá, Japão, Austrália e outros países, ao contrário do que ocorre em nosso meio. Este declínio, por sua vez, resultou de ações preventivas levadas à população pelos respectivos Ministérios da Saúde e pelas Sociedades de Cardiologia correspondentes, compreendendo o diagnóstico precoce e o controle da hipertensão arterial leve e moderada, o combate ao tabagismo, a redução do colesterol sanguíneo, o rastreamento e o controle do diabetes mellitus, o tratamento da obesidade, o incentivo à prática de exercícios físicos e o consumo de óleos vegetais e de certos peixes. A eficácia das ações preventivas tem sido demonstrada em diversas nações: no Japão, a mortalidade por doenças cardiocirculatórias caiu em 36% nos homens e em 42% nas mulheres. Nos Estados Unidos, a intervenção sobre determinados estilos de vida, como tabagismo e hábitos alimentares, resultou em apreciável decréscimo dos óbitos por acidentes vasculares cerebrais e por doença coronária. Portugal, nos últimos cinco anos, foi o país da Europa que mais conseguiu reduzir a mortalidade por

doenças cardiovasculares, graças a estas medidas preventivas.

De outro lado, em nosso país, durante vários anos estas ações estiveram restritas a campanhas orientadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, e promovidas pelo FUNCOR, e por Secretarias de Saúde de alguns Estados, o que, apesar de louvável, não se tem mostrado suficiente. Assim, é fato notório que a hipertensão arterial, o tabagismo e a hipercolesterolemia são os principais fatores de risco. O hábito de fumar duplica o risco de contrair doenças cardiocirculatórias. A associação do tabagismo à hipertensão ou à elevação do colesterol quadruplica este risco; finalmente, a reunião dos 3 fatores aumenta o risco em cerca de 8 vezes. Apesar destas evidências, entre 1970 e 1986, enquanto a população brasileira teve um crescimento de 49%, o consumo de cigarros aumentou 32%.

Torna-se evidente a necessidade de modificação das estratégias de combate às doenças cardiovasculares e o primeiro passo é a compreensão de que cardiologia preventiva e cardiologia “curativa” pertencem ao mesmo contexto. É imprescindível, igualmente, o conhecimento dos determinantes sócio-econômicos e da importância de vários deles como possíveis fatores causais e, ao mesmo tempo, como condicionantes das próprias estratégias de controle (tab. I).

TABELA I—Determinantes sócio-econômicos

Analfabetos	27%
População economicamente inativa	44%
População economicamente ativa com renda até 2 salários mínimos	52,1%
População economicamente ativa sem qualquer atendimento	12%
Alcoólatras	10%
Tabagistas	45%
Crescimento populacional (1970-1986)	49%
Consumo de cigarros (aumento no período 1970/1986)	132%
População ocupada, sem instrução ou com menos de 1 ano de estudo e com renda de até 2 salários mínimos	75,5%

Considerando que as doenças cardiovasculares representam grave problema de Saúde Pública, pela primeira vez no Brasil, o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Cardiologia implantaram, em 1985, o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial, que já se encontra em fase de adiantada execução. Outros programas conjuntos das duas instituições já foram implantados, como o Programa de Combate ao Fumo e o Curso de Hipertensão Arterial à Distância. Ainda para este ano, está prevista a implementação do levantamento da prevalência da hipertensão arterial; a determinação do perfil lipídico da população brasileira; o estudo multicêntrico do ativador do plasminogênio e o treinamento, com efeito multiplicador, de profissionais de saúde nas manobras de reanimação cardiocirculatória.

Um dos compromissos fundamentais da Sociedade Brasileira de Cardiologia é gerar condições que per-

mitam o aprendizado e o aperfeiçoamento do conhecimento científico. Todavia, estes não se justificam e nem se esgotam no exercício bizantino da auto-satisfação intelectual e cultural. Este aprimoramento e este aprendizado têm que ter um alvo, têm que ter uma razão, para que possam cumprir o seu determinismo em toda a sua plenitude, em toda a sua ética. E este alvo, esta razão, este destinatário, são a comunidade, a população brasileira, os doentes, razão maior da nossa existência profissional.

### REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Evolução da composição populacional: Brasil — 1940/1980. In: Ministério da Saúde. Doenças crônico-degenerativas: evolução e tendências atuais. I. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1988. P. 12.
2. Rose G, Marmot MG — Social class and coronary heart disease. *Br Heart J*. 45: 13, 1981.
3. Shaper AG, Pocock SJ, Walker M, Cohen N M, Wale CJ, Thomson AG — British Regional Heart Study: cardiovascular risk factors in middle aged men in 24 towns. *Br Med J*, 283: 179, 1981.
4. Wadsworth MEJ, Cripps HA, Midwinter RE, Colley JRT — Blood pressure in a national birth cohort at the age of 36 related to social and familial factors, smoking and body mass. *Br Med J*, 291: 1534, 1985.
5. Hart JT — Hypertension — Community Control of High Blood Pressure. 2. Ed. Edinburgh. Churchill Livingstone, 1987.
6. Piekerling G — Hypertension: definitions, natural histories and consequences. *Am J Med*. 52: 570.1972.
7. The 1984 Report of the Joint National Committee on detection evaluation and treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med*. 144:1045, 1984.
8. Organización Mundial de la Salud. Prevención y lucha contra las enfermedades cardiovasculares — 2. Crónica de la OMS. 28: 126, 1974.
9. Mancilha Carvalho JJ — Estudo epidemiológico da pressão arterial em diferentes grupos sociais e profissionais. Rio de Janeiro. 1978. (Tese de mestrado em cardiologia, UFRJ).
10. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Gastos com doenças não transmissíveis — Brasil: 1985- In: Ministério da Saúde. Doenças Crônico degenerativas: Evolução e Tendências Atuais. I. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 22.