

Atenção Primária em Cardiologia. Aspectos Epidemiológicos e Preventivos

Francisco Roberto Gonçalves Santos

Nossa participação, como epidemiologista visa, inicialmente, prevenir, com possíveis medidas, as doenças e apresentar, resumidamente, a metodologia que permite distinguir certas exposições ou condições como fatores de risco para a ocorrência de doenças cardíacas. Serão discutidas as características que facilitam ou dificultam a aplicação das principais estratégias de prevenção.

A atenção primária não constitui, especificamente, o conjunto de cuidados médicos voltados à doença cardíaca, que possam ser oferecidos à população em nível primário de atenção, qual seja, aquele fornecido em unidades básicas de saúde (UBS) ou postos de atendimento médico (PAM). Nosso foco de interesse é o conjunto de medidas preventivas que podem ser adotadas na fase de prevenção primária da história natural das doenças (segundo o esquema proposto por Leavell e Clark em 1965), fase que ocorre no período pré-patogênico do processo saúde-doença, ou seja, antes que o homem seja atingido pela doença. Neste período, uma série de condições ambientais e comportamentais, muitas das quais socialmente determinadas e, por isso mesmo, passíveis de mudanças, configuram uma constelação de fatores que, interagindo com o ser humano, podem produzir o necessário estímulo desencadeador do agravo à saúde.

Diferentemente do que se observa nas doenças transmissíveis, nas quais há sempre um agente etiológico como fator pelo menos necessário para sua ocorrência, para as doenças crônicas não-transmissíveis a multicausalidade é a regra. Assim, ganham importância os fatores que a estas últimas se associam e cabe aos estudos epidemiológicos identificar aqueles que possam aumentar sua incidência. Esses fatores, quando providos de força etiológica, são chamados de fatores de risco.

A ação preventiva que se apóia na atuação sobre tais fatores deve, idealmente, ser antecedida pela demonstração de causalidade na associação epidemiológica; isso implica em que mudanças na exposição (fatores de risco) causarão mudanças no efeito (doença). Dentre os critérios de causalidade a serem preenchidos, os mais importantes são: intensidade (que pode ser medida pelo risco relativo ou razão entre a incidência em expostos e em não-expostos), gradiente (efeito dose-resposta, quanto mais exposição, mais efeito), coerência (plausibilidade biológica) e relação temporal (a exposição antecedendo o efeito).

Para que se possa discutir as estratégias de prevenção primária, tendo por base a identificação de fatores de risco, lançamos mão de um exemplo, a doença arterial coronária (DAC), que é, como causa isolada, o

principal componente do perfil de mortalidade de adultos em praticamente todo o país. Para se aquilatar sua importância, no município de São Paulo, em 1990, enquanto ocorreram 24.568 mortes por neoplasmas malignos (12,1% do obituário geral), um extenso conjunto de causas agrupadas no capítulo II da Classificação Internacional de Doenças, paralelamente, aconteceram 22.364 mortes por DAC (mortalidade proporcional de 11,1% por essa única causa!).

Dentre os diferentes tipos de estudos epidemiológicos, são exclusivamente os de delineamento prospectivo (coortes de expostos e de não-expostos, ambos livres do efeito de interesse, a DAC, ao início do acompanhamento) aqueles que podem, com rigor metodológico, calcular o risco relativo e garantir a relação temporal, pois a coerência e até mesmo o gradiente podem ser evidenciados em desenhos retrospectivos (estudos tipo casos-controle). Não faltam exemplos, na literatura médico-epidemiologia desses estudos. A limitação de espaço não nos permite ser abrangente ou esquadilhar os achados de cada um deles; porém, inqueritos como o Estudo dos Sete Países, o *National Cooperative Pooling Project*, o *Multiple Risk Factor Intervention Trial* (MRFIT) e o Estudo Cardiológico de Framingham permitem aceitar que, com relação à DAC, a hipercolesterolemia, o tabagismo e a hipertensão arterial (HA) constituem a tríade de seus principais fatores de risco.

Com vistas à prevenção, é preciso ainda evidenciar que a intervenção sobre as exposições de risco reduz a incidência da DAC e que, no balanço final das consequências, haja mais benefício do que malefício (diminuir a mortalidade por uma causa pode não alterar ou até aumentar a mortalidade total!). São múltiplos os estudos que confirmam ser benéficas as intervenções com drogas e/ou medidas higiênico-dietéticas em termos de reduzir a incidência ou a mortalidade por DAC (*Hypertension Detection and Follow-up Program*, *Medical Research Council Trial*, *MRFIT*, *Norty Karelia Project*). No entanto, as conclusões não atingem um completo consenso; talvez o mais importante achado, neste aspecto, seja a não-obtenção de resultados que seriam esperados, segundo cálculos da fração de risco atribuível populacional (parcela da incidência de DAC potencialmente evitável com a eliminação do fator de risco). As explicações são várias mas enfatizamos duas mais aventadas: o efeito desfavorável sobre o perfil lipídico das drogas anti-hipertensivas, mais comumente utilizadas nesses ensaios (diuréticos tiazídicos e β -bloqueadores), e a própria multicausalidade que envolve a DAC.

No cômputo final e com base nas modernas meta-análises, a partir de estudos controlados e randomizados, sobressai o consenso de que a clássica tríade de fatores de risco para DAC, realmente mantém, com essa doença, uma associação de causalidade que resiste ao controle de uma série de variáveis de confusão (*confoundings*), estando, portanto, justificada a atuação sobre tais fatores como tentativa de romper os elos da cadeia etiológica pré-patogênica, que iniciam a história natural das doenças coronárias.

A 1ª estratégia de prevenção que automática e intuitivamente se delineia é a chamada estratégia de alto risco, que se baseia na identificação dos indivíduos de maior risco para que, sobre eles, sejam dirigidas as medidas preventivas. Essa estratégia é adequada sob vários aspectos e sua adequação traduz as vantagens. Se o médico aceita a responsabilidade de cuidar de um indivíduo que hoje está doente, ele não terá grande dificuldade em se responsabilizar, também, por aqueles que poderão estar doentes num futuro próximo. Ademais, os médicos são treinados a intervir quando seu socorro é explicitamente solicitado ou necessário. Os indivíduos com probabilidade maior do que a da população geral de virem a apresentar DAC, também têm, por isso mesmo, uma razão especial para tentar diminuir seu risco; eles podem ainda ser persuadidos por meio de resultados de dosagens sanguíneas ou registros de instrumentos, que mostrem a anormalidade e indiquem que eles são pessoas especiais com problemas especiais. Além de tudo, tal estratégia concentra tempo e recursos (no mais das vezes escassos) onde há maior necessidade, fazendo com que a relação custo-efetividade tenda a ser favorável.

Há, porém, importantes desvantagens nessa estratégia. Para que se possa dar conta de localizar os indivíduos sob maior risco, são necessários rastreamentos (*screenings*). Todos que estiveram envolvidos em busca de casos sabem de suas dificuldades: deve haver treinamento dos observadores para garantir uniformidade nos resultados obtidos; se dosagens sanguíneas forem o instrumento utilizado, os laboratórios devem, da mesma forma, estar padronizados em suas técnicas e ser periodicamente testados. Além disso, uma série de procedimentos e estruturas facilitadoras devem estar disponíveis para ulteriores acompanhamentos e tratamentos voltados para os que forem considerados positivos no rastreamento. E nem sempre os indivíduos de maior risco são os que mais respondem aos inquéritos de investigação: é freqüente que os respondentes sejam mais saudáveis, comportem menor proporção de fumantes e tenham maior grau de educação em saúde do que os não-respondentes. Importante ainda é considerar que os rastreamentos, quase invariavelmente, se baseiam em um ponto de corte (*cut off*) para classificar dicotomicamente, os examinados. Este procedimento seria válido para exposições que apresentassem claramente um limiar a partir do qual o risco (de incidência de DAC) aumentasse

abruptamente. Com certeza, e tendo por base os estudos citados anteriormente, o risco associado tanto ao tabagismo como à pressão arterial e ao colesterol plasmático eleva-se continuamente já desde os mais baixos valores dessas variáveis.

Há ainda outras dificuldades: um rastreamento tem valor temporário; deverá ser repetido indefinidamente uma vez que novos populacionais continuarão a incrementar a coorte de indivíduos a serem rastreados. Além disso, a estratégia de alto risco não altera a situação que determinou a exposição, ou seja, não ataca as raízes que explicam porque o problema existe; nos dizeres de Geoffrey Rose (1985), é não-radical. Seria, figurativamente falando, algo como apagar a fogueira e não, como preferível, prevenir o incêndio. Não bastassem esses óbices, é preciso acrescentar que o potencial dessa estratégia é fraco, tanto em nível individual como populacional; em relação ao primeiro, os estudos prospectivos mostram que, mesmo sendo maior o risco relativo de doença para os expostos, quando comparados aos não-expostos, o risco absoluto (incidência nesses expostos) é ainda baixo, de forma que o poder de predição de um desfecho desfavorável, sendo pequeno, pode não trazer grandes modificações futuras, mesmo que o indivíduo de alto risco cumpra todas as recomendações sugeridas. Deve-se considerar, ainda, que mesmo alguém classificado como de alto risco em função, por exemplo, de seu colesterol plasmático, pode, na verdade, ter um risco até menor do que outro indivíduo com baixos valores de colesterol, mas que apresente um perfil desfavorável com relação ao tabagismo e à HA. A limitação do potencial populacional da estratégia em foco advém de ela ser baseada justamente no risco relativo; o exemplo do colesterol é clássico: a grande maioria dos casos de DAC atribuíveis ao colesterol incide, não nos indivíduos de maior risco (que são poucos), mas na expressiva parcela dos que têm apenas valores medianos ou moderadamente elevados de colesterol plasmático !

Por fim, como obstáculo ao êxito dessa estratégia, está a dificuldade em modificar o comportamento dos indivíduos de alto risco: se eles são rotulados como diferentes e devem alterar seus hábitos, até então compatíveis com os da sociedade em que vivem, é pouco provável que consigam sucesso. Se seus pares comem gorduras saturadas e sal em excesso, fumam, têm hábitos etílicos e vida sedentária (apenas para exemplificar), então será muito difícil conseguir, por médio ou longo prazo, modificar atitudes comportamentais que são socialmente determinadas e bem aceitas.

Quando se puder identificar exposições para as quais exista um claro limiar de risco e que afetem pequenas parcelas da população, apresenta-se a chamada estratégia populacional para atingir, quando possível, a raiz dos problemas, e não apenas sua manifestação sob a forma de fatores de risco. Assim passam a interessar,

em nosso caso específico, as causas da HA, da hipercolesterolemia e do tabagismo. Nessa estratégia admite-se que haja marcantes diferenças entre, por exemplo, tratar todos os casos de HA e evitar ou diminuir a incidência da própria hipertensão na população. O embasamento teórico dessa estratégia reside na constatação de que muitas variáveis que vão constituir os fatores de risco têm, nas populações, uma distribuição que se aproxima de uma curva normal, e populações com maiores proporções de indivíduos de alto risco não apresentam apenas um maior número de indivíduos com altos (desfavoráveis) valores da variável, mas sim um verdadeiro deslocamento da curva de distribuição em direção àqueles valores desfavoráveis. A meta de tal estratégia é promover um deslocamento de toda a curva de distribuição em direção a um perfil favorável (no caso da pressão arterial e do colesterol plasmático, um deslocamento para a esquerda). Assim, pequenos deslocamentos podem reduzir significativamente o número absoluto de indivíduos sob maior risco de apresentar complicações relacionadas às variáveis em questão. Há estimativas de que uma redução de 10% no colesterol plasmático possa diminuir a DAC em cerca de 20% (e como a DAC é bastante freqüente, o impacto dessa diminuição pode ser muito grande); uma redução de 3g no consumo diário de sal pode reduzir a pressão sistólica em 5mmHg e isto estaria relacionado a uma queda de 15% na incidência de DAC.

Por ter como foco de atenção a população como um todo, a estratégia populacional pode facilitar sobremaneira a necessária mudança de comportamento dos indivíduos de alto risco: é aceitável que seja mais fácil para um fumante deixar de fumar se esse hábito torna-se mais raro e for desaprovado em seu meio social; mesmo que a princípio requeira grandes esforços e seja traumático diminuir o sal da dieta, com o tempo o paladar se habitua e os alimentos voltam a ter o gosto de antigamente. Escovar os dentes antes de dormir pode ser um hábito difícil de adquirir e aceitar, mas, posteriormente, torna-se automático e é facilmente cumprido.

Dentre as dificuldades na implantação de tal estratégia deve-se citar o conhecimento paradoxo preventivo: medidas que podem trazer grande benefício para a população costumam apresentar pequeno benefício individual. Um exemplo indiscutível pode ser dado com relação ao uso de cintos de segurança em automóveis: quantos milhares de pessoas não usam seu cinto diariamente, por longos anos a fio, sem nunca lhes ter sido

verdadeiramente útil num acidente automobilístico, para que algumas poucas dezenas pudessem se beneficiar?

A motivação da população e dos médicos também tende a ser pequena em tal estratégia: aquela age em busca de recompensas substanciais a curto prazo e sabe que é pouco provável que sua saúde ou seu risco se modifique favoravelmente no ano seguinte, caso aceite conselhos que a princípio rejeita; e estes, os médicos têm enorme dificuldade em aceitar que a saúde não é meramente um problema de indivíduos, ainda mais que na medicina preventiva o sucesso é marcado pelo não-evento, ou seja, pela simples não-ocorrência de doença.

Em relação aos custos, estes podem ser bastantes altos e não condizentes com o benefício a ser atingido em fases iniciais. Campanhas continuadas visando a promoção de saúde nos meios de comunicação de massa, modificações nos currículos escolares para incluir, agressivamente, tópicos afins, construção de estruturas adequadas e em número suficiente para recreação e práticas desportivas de indivíduos de todas as idades, e envolvimento da população em programas de atividades comunitárias, são todas ações que requerem grandes investimentos iniciais ou até mesmo duradouros. Talvez a maior dificuldade repouse nos aspectos relativos à legislação; poderosos *lobbies* impedem tanto a maior taxação como a restrição de propaganda e de venda indiscriminada (a adolescentes e até mesmo a crianças) de produtos nocivos como tabaco e etílicos. A rotulagem dos alimentos industrializados, especificando seu conteúdo em gorduras saturadas e sódio, entre outros componentes, pode ajudar uma população informada a fazer sua própria opção de consumo.

Tais medidas não são, absolutamente, irrealizáveis. Diversos países têm experimentado, nos últimos 20 anos, modificações acentuadas na mortalidade por DAC, que vão desde decréscimos de mais de 30% até acréscimos de mesma magnitude. Isso demonstra que a ocorrência das doenças cardíacas não segue obrigatoriamente uma lei ou norma maior que torne sua tendência secular. Investigações mais cuidadosas têm tentado esclarecer se os decréscimos observados por DAC seriam fruto de menor incidência da doença ou de maior sobrevivência proporcionada por melhores condições de tratamento da mesma. As conclusões parecem apontar para ambas as hipóteses; atribuem, porém, às salutares modificações do estilo de vida, maior influência nas tendências favoráveis que vêm sendo observadas.