

Fatores de Risco em Aterosclerose. O Risco dos Indivíduos e das Populações

Miguel Gus

Epidemiologia é o estudo da distribuição e dos determinantes do nível de saúde em populações humanas, com o objetivo de prevenir, monitorizar e controlar as doenças¹. Considerando-se esta definição parece que a posição do clínico encontra-se um pouco distante do campo de atuação do epidemiologista. Mas, na verdade, quando nós clínicos prescrevemos a alta hospitalar a um paciente que permaneceu internado em uma UTI, devido a um infarto agudo do miocárdio (IAM) ou a um acidente vascular cerebral (AVC), além da satisfação de termos resolvido mais um caso, seria oportuno nos perguntar, também, se, na realidade, não houve uma falha no atendimento deste indivíduo e se estes eventos não poderiam ter sido evitados, caso medidas preventivas tivessem sido seguidas de forma mais eficaz.

É atual o conceito de que, para podermos manejar as doenças nos indivíduos, devemos colocá-las como se comportam nas populações e vice-versa. Portanto, as questões para a promoção de saúde nos mais diversos campos de atuação médica devem ser enfrentadas pelos clínicos e epidemiologistas, em conjunto, e não separadamente.

O Risco dos indivíduos e de populações

Risco pode ser definido como a probabilidade de que indivíduos e populações que estão sem uma doença, mas expostas a certos fatores (fatores de risco) adquiram esta doença. Em relação à aterosclerose e aos eventos decorrentes do processo, estes fatores começaram a ser identificados a partir do fim da década de 40, quando estudos observacionais foram desenvolvidos. Um trabalho publicado na década de 70 e que resumiu os resultados dos 5 principais estudos observacionais americanos (incluindo o de Framingham) identificou os 4 principais fatores de risco para aterosclerose, considerando-se a prevalência na população em geral e a sua influência nos eventos cardiovasculares (angina, IAM fatal e não-fatal, AVC fatal e não-fatal e claudicação intermitente)². São eles: a hipertensão, níveis séricos de colesterol, tabagismo e obesidade. Ficou demonstrado nesse trabalho que estes fatores, isolado e independentemente da idade, determinam riscos diferentes para a ocorrência da aterosclerose e seus eventos de interesse.

Podemos dividir os indivíduos em pessoas de alto, médio e baixo risco de desenvolver eventos cardiovasculares, a partir da exposição a um ou mais fatores de risco. Esta abordagem clássica de determinar indivíduos de alto

ou baixo risco transforma variáveis contínuas em categóricas. Desde que não podemos precisar exatamente onde se situa o ponto de normalidade dos diversos fatores de risco, esta abordagem pode ser ilógica ou imprecisa³. Sabemos que o aumento de risco é progressivo, ocorrendo mesmo quando os indivíduos estão expostos a níveis considerados normais.

Qual seria a consequência desta abordagem em que categorizamos os fatores de exposição, com o objetivo de identificar pessoas de alto ou baixo risco? Pesquisadores ingleses mostraram que, na realidade, a maioria dos casos de IAM ou AVC são causados por hipertensos mais leves (que são a imensa maioria dentro de uma população) e que se fossem tratados apenas os indivíduos de maior risco, o número final destes eventos não seria modificado de forma significativa⁴. O mesmo raciocínio pode ser feito para os níveis de colesterol. Pode-se concluir que um número grande de pessoas de pequeno risco pode contribuir para mais casos do que um pequeno número de pessoas de alto risco.

Portanto, existe um risco atribuível à população que é definido como o excesso de risco na população como um todo, e que depende do excesso de risco nos indivíduos expostos a um fator e a prevalência deste fator nesta população. Podemos, assim, pensar na existência de medidas que modifiquem a curva de distribuição de uma variável em toda população. Por exemplo, o mesmo benefício exercido pelo tratamento anti-hipertensivo atual seria conseguido se baixássemos 7 a 8mmHg a curva da média de pressão arterial em toda a população⁵.

Estratégia individual e populacional

Podemos abordar o risco de eventos cardiovasculares, decorrentes da presença da aterosclerose, considerando-se uma estratégia de controle das pessoas de alto risco e de controle das populações inteiras. Ambas possuem vantagens e desvantagens que devem ser destacadas⁴⁵:

1) Abordagem dos fatores de risco considerando-se o risco populacional: a) *vantagens* - é radical: aborda os determinantes de uma doença na população como um todo; o potencial é amplo: como foi citado anteriormente, um pequeno efeito atingindo a toda uma população pode ter grandes consequências; socialmente é mais apropriado: no momento em que um comportamento (dietético ou anti-tabagista) é aceito por toda uma sociedade, não apenas indivíduos considerados de alto risco seriam responsáveis por um comportamento considerado benéfico; b) *desvantagens* - traz pouco

benefício para os indivíduos isoladamente; determina pouca motivação para os médicos e para os indivíduos; a relação benefício/risco pode ser baixa: como o benefício individual é pequeno, mesmo medidas com baixo risco de para-efeitos podem influir de forma negativa nos resultados finais.

2) **Abordagem dos fatores de risco considerando-se o risco individual:** a) *vantagens* - prescrevendo intervenções adequadas para cada indivíduo; há uma maior motivação tanto para os indivíduos como para os médicos; há uso mais adequado de recursos disponíveis pois são utilizados apenas em indivíduos que realmente necessitam; b) *desvantagens* - há dificuldades logísticas e de custo para identificação de indivíduos de alto risco; é paliativo e temporário: se forem abordados apenas os indivíduos mais graves, permitimos que pessoas consideradas de baixo risco tornem-se de alto risco, ficando este número constante; o potencial é limitado tanto para indivíduos como para as populações: mesmo classificando-se indivíduos de baixo ou de alto risco, o nosso poder para prever eventos futuros é fraco. Em relação às populações, esta abordagem mostra-se com um potencial limitado, pois sabemos que um grande número de eventos de interesse são causados por indivíduos classificados como de baixo risco; socialmente inadequado: quando é determinado que apenas alguns indivíduos devem seguir recomendações que vão contra alguns hábitos sociais, com o objetivo de diminuir os riscos para eventos futuros, provocamos situações que diminuam a efetividade destas recomendações.

Possíveis recomendações para diminuir o risco de eventos cardiovasculares

Considerando-se o conhecimento atual a respeito dos fatores de risco para a ocorrência de eventos cardiovasculares decorrentes da aterosclerose e as vantagens e desvantagens da abordagem individual e

populacional que visam diminuir o risco de indivíduos e de populações, podemos pensar em algumas recomendações: devemos conhecer nossos números, principalmente oriundos de estudos do coorte; devemos tentar eliminar hábitos populacionais que são biologicamente anormais e que são fatores de risco independentes para aterosclerose (fumo e pobreza) ⁷; não devemos estimular hábitos populacionais que ainda não comprovaram ser benéficos: uma recente meta-análise sobre o tratamento da hipercolesterolemia demonstrou que tanto medidas farmacológicas como dietéticas só seriam benéficas em populações com altos índices de mortalidade por doenças cardiovasculares (maior que 3%) ⁸. Portanto, o tratamento da hipercolesterolemia deveria ser individualizado.

A mesma consideração deve ser feita em relação aos exercícios físicos ⁵; prescrever para os indivíduos tratamentos que se mostraram efetivos em ensaios clínicos como, por exemplo, os anti-hipertensivos e hipolipemiantes; para podermos exercer o último item de forma eficaz e abranger o tratamento a indivíduos menos graves, a população deve ter acesso fácil ao sistema de saúde.

Referências

1. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH - Epidemiologia Clínica. Bases Científicas da conduta médica., Williams & Wilkins 1988.
2. The Pooling Project Research Group - Relationship of blood pressure, serum cholesterol, smoking habit, relative weigh and ECG abnormalities to incidence of major coronary events: final report of the pooling project. J Chron Dis 1978; 31: 201-306.
3. Kannel WB - Some lessons in cardiovascular epidemiology from Framingham. Am J Cardiol 1976; 37: 269-82.
4. Rose G - Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. Br Med J 1981; 282: 1847-51.
5. Rose G - Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol 1985; 14: 32-8.
6. Costa EA - Prevenção primária: ótica dos cardiologistas das pessoas e a ótica dos cardiologistas das populações. Uma homenagem científica a Geoffrey Rose. Palestra proferida na SOCERJ 1991.
7. Kaplan GA, Keil JE - Socioeconomic factors and cardiovascular disease: A review of the literature. Circulation 1993; 88: 1973-98.
8. Smith DG, Song F, Sheldon TA - Cholesterol lowering and mortality: the importance of considering initial level of risk. Br Med J 1993; 306: 1367-73.