

Fatores de Risco em Aterosclerose

Roberto S. Mayer

A aterosclerose é a principal causa de morte na civilização ocidental ¹. É uma doença progressiva e insidiosa que geralmente começa na infância e tem manifestações clínicas na maturidade, através da doença coronariana, cerebrovascular ou arterial periférica.

O Brasil vem sofrendo profundas alterações de caráter sócio-econômico, cultural e tecnológico nas últimas décadas. Observando o perfil da mortalidade da população brasileira, constata-se um decréscimo na mortalidade por doenças infecciosas e materno-infantil acompanhado por um aumento na mortalidade por doenças crônico-degenerativas, o que constitui a chamada transição epidemiológica (fig. 1). Já em 1980, as doenças crônico-degenerativas eram responsáveis por cerca da metade dos óbitos registrados no país ².

Analisando a figura 2 que mostra a evolução da mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório em capitais brasileiras, observa-se que existe uma tendência de aumento da mortalidade proporcional

por doenças cardiovasculares, registrando-se que em 1930 eram responsáveis por 11,8% do total de óbitos, aumentado para 30% em 1980. Analisando-se a década de 80, observa-se um aumento de 13,3% entre os anos de 1980 e 1988, 30 para 34% ².

Em outros países esse comportamento ascendente não tem sido relatado. Nos EUA, nas últimas duas décadas, houve uma diminuição na incidência de doença coronariana de 45% e um declínio nos acidentes vasculares cerebrais de quase 55% ³.

A razão desse declínio é bastante complexa e polêmica e parece ter ocorrido sem que houvesse alterações significativas na oferta de prestação de serviços assistenciais de saúde. Mais provavelmente é decorrente de medidas populacionais amplas, de caráter educativo, fundamentadas na promoção de saúde e mudança de estilo de vida dos grupos populacionais desses países ⁴. Essas alterações de estilo de vida só foram possíveis a partir da introdução do conceito de fator de risco, ou seja, aquele traço associado com o risco aumentado de desenvolver doença arterosclerótica. Tal conceito é fundamentado em estudos epidemiológicos prospectivos, que avaliaram a incidência de doença aterosclerótica e sua associação com características observadas em indivíduos em um dado momento ^{5,6}.

Entre aqueles fatores de risco associados ao risco aumentado de doença aterosclerótica são citados: idade avançada, sexo masculino, raça branca, história familiar de doença aterosclerótica, hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia (colesterol, LDL-colesterol, triglicéridos e lipoproteína aumentados; HDL-colesterol diminuído), tabagismo, diabetes melito, obesidade, sedentarismo, estresse, hiperinsulinemia, fibrinogênio elevado, hiperuricemia, hematócrito elevado, alteração do eletrocardiograma de repouso, entre outros ⁷.

Dislipidemia, HAS e tabagismo são considerados fatores de risco principais, porque têm uma relação causal muito forte com a doença aterosclerótica e uma prevalência muito alta na população ⁷.

Sendo a doença aterosclerótica uma entidade multifatorial, é natural que a presença de dois ou mais fatores condicione uma maior probabilidade de doença. Isso ficou particularmente ressaltado pelo estudo de Framingham que associa a probabilidade de risco de desenvolvimento de doença coronariana à combinação de três fatores de risco dito principais ⁸.

É importante interpretar a presença dos fatores de risco como uma probabilidade de aumento da incidência da doença aterosclerótica. Essa associação é forte quando feita com base a uma comparação de grupos, embora ocorra um alto grau de variabilidade entre indivíduos, mesmo nos grupos mais homogêneos ⁹.

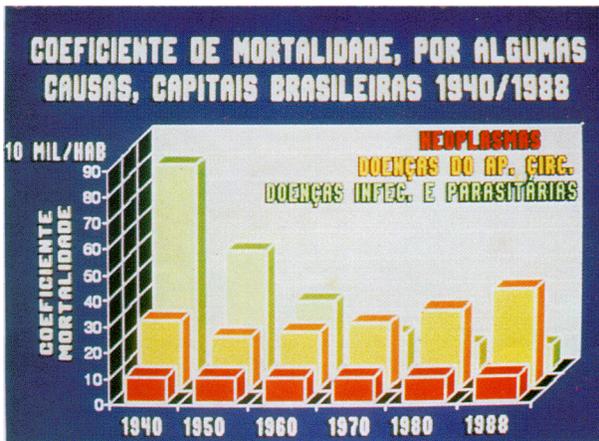


Fig. 1



Fig. 2

Referências

1. Gyarfás I - Doenças cardiovasculares: inimigo número 1 de saúde pública do mundo. Revista da Organização Mundial de Saúde 1992.
 2. Doenças Cardiovasculares no Brasil - Sistema Único de Saúde - SUS. Ministério da Saúde 1993.
 3. Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure - The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med 1993; 153: 154-83.
 4. Goldman L, Cook E F - The decline in ischemic heart disease mortality rates: An analysis of the comparative effects of medical interventions and changes in lifestyle. Ann Intern Med 1984; 101: 825.
 5. Dawber TR, Moore FE, Mann GV - Measuring the risk of coronary heart disease in adult population groups: II. Coronary heart disease in the Framingham study. Am J Public Health 1957; 47: 4.
 6. Ross R - The pathogenesis of atherosclerosis - an update. N Engl J Med 1986; 314: 488.
 7. Rockley CE, Schlant RC - Prevention of coronary artery disease. In Hurst W - The Heart: Arteries and Veins, 8th ed. McGraw-Hill, 1994.
 8. Dawber TR - The Framingham Study. The Epidemiology of Atherosclerotic Disease. Cambridge, Harvard University Press, 1980.
 9. McGill H - Risk factors for atherosclerosis. Adv Exp Med Biol 1977; 104:
-