



PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR: O QUE NOSSAS INSTITUIÇÕES ESTÃO FAZENDO?

Salvador Sebastião Ramos¹

¹Especialista em Cardiologia pela SBC, Especialista em Medicina do Esporte pela SBME,
Médico do Serviço de Cardiologia do Hospital Mãe de Deus e da PREVENCOR

Endereço para contato:

E-mail: salvadorsramos@gmail.com

INTRODUÇÃO

Em 2008, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) determinaram 63% da mortalidade global, sendo suas principais representantes as doenças cardiovasculares (DCV), responsáveis por cerca de 7,3 milhões/ano, número que deverá superar 23,6 milhões/ano em 2030¹.

No Brasil, as DCNT correspondem a 72% das mortes, tendo também como principal componente as DCV (31,3%), seguidas pelo câncer (16,3%), doenças respiratórias crônicas (5,8%) e diabetes (5,2%). Todos os níveis socioeconômicos são acometidos, mas, de forma mais significativa, grupos mais vulneráveis, como pessoas com baixo nível educacional e econômico e idosos².

A prevalência dos fatores de risco cardiovascular também se associa ao nível educacional. Dados da pesquisa VIGITEL demonstraram que no Brasil, em 2010, em adultos maiores de 18 anos, os fumantes são 1,8 vezes mais prevalentes entre os indivíduos com menor tempo de estudo, enquanto aqueles com maior tempo de estudo consomem 1,7 vezes mais frutas e legumes e praticam mais exercícios físicos que o primeiro grupo³.

Apesar do declínio na mortalidade por DCV observado nas últimas quatro décadas, nos Estados Unidos, atribuído em grande parte aos avanços no tratamento, elas continuam sendo a principal causa de mortalidade. A carga da doença arterial coronária (DAC) e do acidente vascular cerebral (AVC), em termos de vida útil perdida, diminuição da qualidade de vida e custos médicos diretos e indiretos, permanece enorme⁴.

Doenças cerebrovasculares e isquêmicas do coração representaram, em 2009, conforme dados do DATASUS, 32% e 30%, respectivamente, dos óbitos por DCV.

Todo este cenário justifica a necessidade e o envolvimento cada vez maior de instituições em programas que objetivam, além da promoção da saúde, a prevenção das DCNT e, de modo especial, as DCV.

O que está sendo feito fora do Brasil

Uma das instituições que merece ser citada é a *American Heart Association* (AHA). Por meio da criação de comitês envolvidos diretamente com programas de prevenção cardiovascular, metas têm sido estabelecidas para cada década seguinte.

Criado pelo AHA *Board of Directors*, em 1999, e aprovado em fevereiro de 2004, o programa *AHA 2010 Impact Goal* estabeleceu a seguinte meta básica: “para 2010, reduzir a DAC, o AVC e os fatores de risco em 25%”. Para tanto, os seguintes indicadores foram propostos: reduzir a taxa de mortalidade por DAC e AVC em 25%; reduzir a prevalência de tabagismo, hipertensão arterial não controlada e sedentarismo em 25%; eliminar o crescimento da obesidade e do diabetes. Taxas de mortalidade e de prevalência de fatores de risco cardiovascular de 1999 foram utilizadas como dados basais. Análise parcial em 2008 mostrou reduções de 30,7% da taxa de mortalidade por DAC, de 29,2% na mortalidade por AVC, de 29,4% de hipertensão arterial não controlada, de 24,5% nas prevalências de hipercolesterolemia e de 15,8% de tabagismo. Pequena redução de 2,5% no sedentarismo e aumento da prevalência de obesidade e diabetes também foram observados³.

Mais recente, foi publicado o *AHA 2020 Impact Goals*, incorporando, para esta década, importantes novos conceitos e objetivos⁵. Além da redução da mortalidade por DCV, o objetivo de melhorar a saúde cardiovascular da população americana foi incluído. A definição do conceito de *saúde cardiovascular* e medidas para monitorá-la durante a década foram novas metas incorporadas. Níveis adequados para as crianças também foram apresentados. A meta básica para o programa foi: “para 2020, melhorar a saúde cardiovascular dos americanos em 20% e reduzir a mortalidade para as DCV e o AVC em 20%”.

Em análise mais detalhada desta publicação, observa-se que por *saúde cardiovascular* entende-se a adoção de comportamentos saudáveis e o adequado controle dos principais fatores de risco cardiovascular. São exemplos a ausência de tabagismo (pelo menos no último ano), índice de massa corporal <25 kg/m², exercícios físicos realizados com regularidade, alimentação de acordo com o recomendado por diretrizes, colesterol <200 mg/dL, níveis de pressão arterial inferiores a 120/80 mm Hg e glicemia em jejum <100 mg/dL. Também são apresentados critérios para classificar a *saúde cardiovascular* como pobre, intermediária ou ideal, para adultos com mais de 20 anos de idade e para crianças⁵.

O que está sendo feito no Brasil

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) vem desenvolvendo programas de prevenção que visam modificar os indicadores de morbimortalidade cardiovascular em nosso país.

Em parceria com o Ministério da Saúde, a SBC está promovendo o *Programa Nacional de Qualificação de Médicos na Prevenção e Atenção Integral às Doenças Cardiovasculares*, tendo como objetivo qualificar médicos e profissionais da saúde no

atendimento das DCV mais prevalentes, bem como enfatizar a importância da prevenção de doenças e promoção da saúde cardiovascular⁶.

O cuidado preventivo iniciando na infância é o objetivo do *Programa SBC vai à Escola*. Após assinatura de acordo de cooperação com o governo do Estado de São Paulo, a SBC já iniciou, no mês de abril passado, a fase de implantação do programa, com treinamento de professores, educadores, instrutores de ensino e diretores de 128 escolas públicas de São Paulo, quanto à importância dos fatores de risco cardiovascular.

No âmbito de eventos científicos voltados à prevenção cardiovascular, a SBC tem realizado o *Brasil Prevent*, atividade que reúne, além de cardiologistas brasileiros, representantes de importantes instituições cardiológicas internacionais.

No III *Brasil Prevent*, realizado no final de 2012, importante documento, chamado de *A Carta do Rio*, foi elaborado por representantes da SBC e de instituições que apoiaram e recomendaram o seu conteúdo. Além da SBC, integraram a elaboração do documento a Sociedade Interamericana de Cardiologia (SIAC), a *American Heart Association* (AHA), a Sociedade Europeia de Cardiologia (*European Society of Cardiology, ESC*) e a Federação Mundial do Coração (*World Heart Federation, WHF*). Várias deliberações constituem a Carta do Rio, as quais podem ser lidas em editorial dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia⁷. Uma das 13 principais é o compromisso de estabelecer campanhas de prevenção cardiovascular, promovendo esforços consistentes para obter a meta de redução de 25% da taxa de mortalidade até 2025. Estas campanhas devem envolver os fatores de risco cardiovascular: tabagismo, alimentação inadequada, ingestão excessiva de sódio, inatividade física, obesidade, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e diabetes, conforme especificado nas diretrizes e também pela Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization, WHO*).

O que deve ser feito

A prevenção cardiovascular primária tem prioritariamente focado nos indivíduos considerados de alto risco. Porém, a maioria dos eventos cardiovasculares, como IAM e AVC, em termos numéricos populacionais, ocorrem em indivíduos que não preenchem os critérios de alto risco⁸. Com base nesses dados, autores, como Rose⁹, têm enfatizado que estratégias populacionais são mais efetivas do que o foco apenas no alto risco individual.

A importância da redução da ingestão de sal/sódio na abordagem da hipertensão arterial representa medida não farmacológica eficaz. Como quase 80% do sódio ingerido vêm de alimentos industrializados, a redução do seu consumo na população em geral, com certeza exigindo decisões políticas e

negociações com a indústria de alimentos, poderia ser mais efetiva do que esforços focados apenas nos indivíduos¹⁰.

Vários exemplos de estratégias populacionais com sucesso estão disponíveis. Talvez o melhor exemplo deles seja o *North Karelia Project*, abrangente programa populacional realizado na Finlândia. Em 1972, os finlandeses apresentavam os piores índices de DCV no mundo. Liderado pelo professor finlandês Pekka Puska, o projeto reduziu em 80% os índices de mortalidade cardiovascular em 30 anos, tornando-se referência de saúde e qualidade de vida¹¹. Nele participaram, de forma ativa, governo, serviços de saúde, organizações não governamentais, meios de comunicação, indústria e escolas. Segundo o professor Puska, “não adianta o governo apenas inaugurar unidades coronarianas, hospitais gerais e centros de oncologia; é fundamental que sejam disponibilizadas condições para as pessoas terem uma vida mais saudável”.

Outro aspecto do foco preventivo diz respeito à infância. Segundo Eugene Braunwald, da *Harvard Medical School*, uma das maiores expressões da cardiologia mundial e autor de um conceituado livro-texto da especialidade, em entrevista no último congresso do *American College of Cardiology (ACC)* afirmou que a “cardiologia se prepara para uma drástica mudança de rumo no futuro”. Segundo Braunwald, “a prioridade das prevenções primária e secundária será substituída pela prevenção primordial, que vai privilegiar o controle dos fatores de risco na infância, sendo dada grande importância ao controle da obesidade, da hipertensão arterial e do nível de colesterol, independentemente dos antecedentes familiares”.

Atuação multidisciplinar: fundamental para o sucesso

Medidas ditas não farmacológicas devem estar presentes em todos os níveis da prevenção cardiovascular. Estão ligadas à adoção de um estilo de vida saudável, sendo aqui fundamental a participação de equipes multidisciplinares constituídas de profissionais da área da saúde.

Um dos estudos mais importantes analisando os fatores de risco cardiovascular (FRCV) associados à ocorrência de um primeiro IAM foi publicado em 2004, no conceituado periódico *Lancet*. O estudo INTERHEART¹², do tipo caso-controle, avaliou os FRCV presentes em 15.152 pacientes com IAM, comparando-os com 14.820 indivíduos sem IAM, com características como idade e sexo semelhantes, em 52 países dos cinco continentes.

Os resultados mostraram que nove fatores de risco facilmente identificáveis e com influência significativa do estilo de vida foram os responsáveis por 90% do risco de um IAM. seis deles, quando presentes, aumentando o risco (as dislipidemias, o

tabagismo, a hipertensão arterial, o diabetes, a obesidade abdominal e fatores psicossociais) e três deles, quando ausentes, aumentando o risco (consumo diário de frutas e vegetais em geral, atividade física regular e consumo moderado de álcool). Com pequenas variações, estas condições foram observadas em todas as regiões geográficas e grupos étnicos, assim como em homens e mulheres, jovens e idosos.

Outro dado destacado no estudo foi que a inclusão do histórico familiar de IAM aumentou de 90% para 91% o risco, sugerindo que grande parte do efeito atribuído ao histórico familiar pode ser influenciada por fatores ligados ao estilo de vida, reforçando a mensagem de que o principal componente da prevenção depende de opções individuais.

Mais recentemente, em 2010, também no periódico *Lancet*, foi publicado estudo com características metodológicas semelhantes, mas com o objetivo de avaliar os fatores associados à ocorrência de um primeiro AVC. O estudo INTERSTROKE¹³ avaliou os FRCV presentes em 3.000 pacientes com AVC (78% do tipo isquêmico e 22% do tipo hemorrágico) comparando-os com 3.000 indivíduos, sem AVC, com características como idade e sexo semelhantes, em 22 países.

Os resultados mostraram que 10 FRCV, também aqui identificáveis com facilidade e ligados de modo profundo ao estilo de vida, foram responsáveis por 88% do risco de um AVC. nove deles, quando presentes, aumentando o risco (hipertensão arterial, tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas superior a 30 drinks por mês, causas cardíacas como arritmias e valvulopatias, obesidade abdominal, alimentação inadequada, diabetes, dislipidemias e fatores psicossociais) e um deles aumentando o risco quando ausente (atividade física regular). Todos esses fatores foram significativos para o AVC isquêmico, enquanto hipertensão arterial, tabagismo, obesidade abdominal, alimentação inadequada e ingestão de bebidas alcoólicas foram expressivos para AVC hemorrágico.

Pelo exposto, fica bem evidente a necessidade da atuação integrada de profissionais da área da saúde, citando-se como exemplos nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, professores das escolas e outros.

Conclusões

Estando bem claro que os fatores de risco cardiovascular desenvolvem-se precocemente na vida, a abordagem na infância (prevenção primordial) deve ser estimulada e vista como fundamental na mudança futura do perfil da DCV.

Nos indivíduos já portadores de fatores de risco, sobretudo nos considerados de alto risco (prevenção primária),

assim como naqueles que apresentaram DCV manifesta (prevenção secundária), as evidências científicas reforçam a necessidade de continuarem sendo cada vez mais enfatizadas.

Estratégias populacionais são de grande abrangência e, portanto, devem ser promovidas, aperfeiçoadas e, em especial, acontecerem de forma integrada entre as instituições da área da saúde e governamentais.

Por fim, destaca-se a importância da participação das equipes multidisciplinares para o sucesso da prevenção cardiovascular no seu sentido mais amplo.

Declaro não haver conflito de interesses.

Referências Bibliográficas:

1. World Health Organization, World Heart Federation, World Stroke Organization. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control: policies, strategies, and interventions. Published 2011.
2. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância à Saúde.
3. Soares GP, Brum JD, Oliveira GM, Klein CH, Souza e Silva NA. Evolução dos principais indicadores socioeconômicos e queda da mortalidade por doenças do aparelho circulatório em três estados do Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2013;100(2):147-156
4. Lloyd-Jones D, Adams R, Carnethon M, De Simone G, Ferguson TB, Flegal K, *et al.* Heart disease and stroke statistics – 2009 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation.* 2009;119:e21-e181.
5. Lloyd-Jones D, Hong Y, Labarthe D, Mozaffarian D, Appel LJ, Van Horn L, *et al.* Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction. The American Heart Association's Strategic Impact Goal Through 2020 and Beyond. *Circulation.* 2010;121:586-613.
6. Andrade JP, Piva e Mattos LA, Carvalho AC, Machado CA, Oliveira GM. Programa nacional de qualificação de médicos na prevenção e atenção integral às doenças cardiovasculares. *Arq Bras Cardiol.* 2013;100(3):203-211.
7. Andrade JP, Arnett DK, Pinto F, Piñeiro D, Smith Jr SC, Mattos LA, *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia – Carta do Rio de Janeiro – III Brasil Prevent/I América Latina Prevent. *Arq Bras Cardiol.* 2013;100(1):3-5.
8. Healthy People 2010. 2nd Ed. Washington, DC:US Depto of Health and Human services;2000.
Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1981;282:1847-1851.
9. Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM. Dietary approaches to prevent and treat hypertension: a scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension.* 2006;47:296-308.
10. Puska P, Nissinen A, Tuomilehto JT, Koskela K, McAlister A, Kotke TE, *et al.* The community-based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from the ten years of the North Karelia Project. *Annu Rev Public Health.* 1985;6:147-193.
11. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, *et al.* Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004;364:937-952.
12. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, *et al.* Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet.* 2010;376:112-123.