

Prevenção da Cardiopatia Isquêmica. O Investimento na Saúde

Iseu Gus

Porto Alegre, RS

Este é um momento propício, para se iniciar uma sólida montagem de medicina preventiva no combate a uma das doenças crônico-degenerativas, esta verdadeira epidemia, que é a cardiopatia isquêmica (CI). É o momento, pois os fatores de risco da CI passaram a ser do conhecimento e aceitação dos clínicos, e a população tem tomado consciência da importância das medidas preventivas nas doenças em geral.

A epidemiologia clínica, através de conceitos básicos para trabalhos científicos, observacionais e randomizados, conseguiu eliminar a grande maioria dos vieses. Com esta nova metodologia foram estabelecidos os pontos básicos de uma investigação médica de maior credibilidade, o que vem proporcionando conhecimentos valiosos para estabelecer as causas e os fatores agravantes das doenças cardíacas. A partir daí, os fatores de risco da CI foram sendo estabelecidos e aceitos.

É com estes conhecimentos atuais que a cardiologia, através de seus especialistas, deverá aplicar, difundindo para a maioria da população, as medidas preventivas a fim de evitar as cardiopatias, combatendo os fatores de risco.

São as chamadas medidas preventivas primárias e secundárias, isto é, medidas aplicadas em uma população sem a doença, mas presentes os fatores de risco (prevenção primária), e medidas aplicadas em uma população já com doença isquêmica mas sem manifestação clínica (prevenção secundária).

O que se tem tido e visto, até hoje, são as medidas de prevenção terciárias, onde todos os esforços são feitos para cura ou estabilização de uma doença isquêmica já estabelecida e com manifestações clínicas. É o momento, diante dos conhecimentos atuais, de investir fortemente na saúde, ou seja, na prevenção primária ou mesmo na prevenção secundária da CI. Isto proporcionará um benefício muito mais abrangente em termos do número de pessoas que irá se beneficiar, um custo muito menor com um enorme resultado na relação custo/benefício, um prolongamento do período de vida sadia e uma melhor qualidade de vida, resultando, no final, na redução do período de doença.

Neste sentido, deve-se combinar esforços de saúde pública para toda população, com os esforços especiais e diferenciados dos médicos para os seus pacientes e familiares de alto risco.

Importantes conhecimentos já foram acumulados nestes anos e deles pode-se retirar alguns dados numéricos e ensinamentos, para uma avaliação mais correta dos fatores de risco. No Brasil, alguns dados já são conhecidos, suficientes para mensurar a magnitude das cardiopatias e de alguns fatores de risco, muito provavelmente, os mais significativos¹⁻¹⁰

No Brasil, foram registrados óbitos por doença cardiovascular (DCV) em 34%, sendo 1/3 por CI: dislipidemias em 42% dos adultos; fumantes em 35,8%; obesos em 32% dos adultos; hipertensos em 15% dos adultos; diabéticos em 7,6% dos adultos; chagásicos: 6 a 8 milhões.

Atualmente pode-se atuar preventivamente diminuindo para menos esses números. O exemplo mais recente deste tipo de atuação é a doença de Chagas. Graças aos esforços da Fundação Nacional da Saúde já se tem resultados admiráveis, segundo comprovou a OMS¹¹. Em 1982, o Brasil tinha 711 municípios infectados pelo *triatoma infestans*; em 1993, somente 83, ou seja, uma redução de 89%. Concomitantemente, nesse mesmo período, houve uma diminuição de 6,5% para 1% de sangue infectado por *T. cruzi* em doadores e, também, uma diminuição dos transmissores infectados de 84.000 para 2.500.

Houve um esforço dirigido para as medidas preventivas primárias. Com isto, num período de um pouco mais de 10 anos, já se pode sentir os resultados. Este mesmo enfoque deve ser dado para a CI, atuando e controlando os fatores de risco, ou seja, fazendo a prevenção primária. Hoje já se tem comprovação de alguns resultados que têm sido e deverão ser as linhas de conduta na prevenção da CI.

As dislipidemias têm evidências epidemiológicas¹²⁻¹⁷, relacionando a elevação do colesterol total (COL-T) e da fração LDL (LDL-C) com uma incidência aumentada de cardiopatia coronária em população estudada, bem como o benefício que ocorre quando os níveis de COL-T e de LDL-C são reduzidos, pois esta redução causará menor aparecimento de eventos coronários. Combater este fator de risco, seja através de dieta e/ou de drogas é o óbvio. Não só na prevenção terciária ou na secundária, mas, especialmente, na primária. Houve uma redução de 22% de óbito geral quando a dislipidemia foi normalizada¹⁶. É um resultado estatísti-

Instituto de Cardiologia do RS/Fundação Universitária de Cardiologia - Porto Alegre

Correspondência: Iseu Gus - Instituto de Cardiologia do RS/FUC - Av. Princesa Isabel, 395 - 90620-001 - Porto Alegre, RS

Recebido para publicação em 6/1/98

Aceito em 5/3/98

camente significativo em que a dislipidemia foi analisada como fator de risco isolado¹⁸⁻²⁰.

Na hipertensão arterial sistêmica (HAS), as intervenções terapêuticas, há muito, já foram estabelecidas²¹: controle de peso, restrição de sódio, suspensão do tabagismo, moderado consumo de álcool, exercícios aeróbicos e drogas anti-hipertensivas, reduzindo 17% a incidência de infarto agudo do miocárdio (IAM). Mas na prevenção primária precisa-se detectar, identificar os hipertensos antes de tudo. Aprender, com regras bem estabelecidas, a verificar as cifras tensionais, determinando com critérios bem definidos quanto aos números limites da pressão arterial sistêmica normal. No Brasil, já existem bons programas pesquisando HAS. A divulgação e a aplicação destes programas para toda a população devem ser promovidas e, ao que tudo indica, logo aplicadas^{22,23}.

Quanto ao fumo, embora não se tenham ensaios clínicos que investiguem exclusivamente este fator de risco e incidência de DCV, existem estudos de coorte^{24,25} demonstrando que o risco de desenvolver DCV diminui progressivamente após a interrupção do hábito de fumar. Enquanto que na prevenção secundária se sabe que o abandono do cigarro diminui em até 50% a incidência de um IAM²⁶. Este é um fator de risco que só esforços conjugados, interinstitucionais, poderão atingir resultados satisfatórios. Muito já se tem conseguido, especialmente quanto aos fumantes passivos, pois já existem leis, tanto no âmbito federal, estadual e municipal, restringindo os locais para fumantes^{27,28}.

A obesidade pode ser avaliada pelo índice de massa corporal e pela relação cintura-quadril, talvez o mais prático, o que facilita a classificação dos obesos²⁹. Kannel e col³⁰ demonstraram a associação da obesidade com maior morbimortalidade por DCV, em ambos os sexos, e em diferentes faixas etárias. Este também é um fator de risco que só esforços interinstitucionais poderão atingir os resultados desejados. Mas já se têm todos os elementos para confeccionar dietas saudáveis, nutritivas e com adequado valor calórico para prevenir a obesidade^{29,30}.

O exercício físico já tem um percentual populacional que incorporou este hábito na sua rotina de vida. As últimas recomendações da *American Heart Association* (AHA)³¹ vieram facilitar o hábito do exercício físico para um maior número de pessoas, pois recomenda fazer exercícios que já estão ou podem ser incorporados na vida rotineira, nos afazeres do dia a dia, nas movimentações físicas que mais trazem prazer e não necessariamente sejam exercícios programados. Basta que sejam esforços de pequena a moderada intensidade, num tempo mínimo de 10min cada vez e que no fim do dia alcance no mínimo 30min. Não deve haver dificuldade para este tipo de recomendação, necessitando, somente, de ampla divulgação com determinação permanente, por parte daqueles que têm obrigação de prover a saúde, para toda a população. Também aqui programas interinstitucionais são os recomendados.

A reposição hormonal na mulher tem sua indicação tanto na prevenção primária como na secundária³², pois a maioria dos trabalhos observacionais demonstraram efei-

tos benéficos, protetores, da reposição hormonal para a DCV. Trabalho conjunto com a Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia seriam altamente vantajosos, contrapondo-se ao risco do câncer de mama.

Embora os antecedentes familiares constituem um fator de risco não modificável, ele deve ser considerado e explorado. Pacientes com parentes em 1º grau com CI precoce têm maiores riscos de desenvolvê-la que a população em geral. Antecedente familiar positivo é fator de risco independente. Estas constatações fornecem um dado importante na prevenção: paciente com <55 anos, com parentes de 1º grau cardiopatas, devem ter maiores cuidados e combater, energeticamente, todos os outros fatores de risco.

Existem trabalhos de epidemiologia e/ou de prevenção em vários locais, cidades e regiões do Brasil^{1-10,18-20,22,23,27-29}. É necessário juntá-los, conhecê-los, divulgá-los de uma maneira uniforme, respeitando as peculiaridades de cada região, acumular conhecimentos próprios e fazer um programa de prevenção da CI.

A CI tem todas as características para se submeter a prevenção primária: a carga de sofrimento causada pela doença é importante; existem a eficácia da prova de escrutínio, e a da detenção precoce.

Já existem dados demonstrando os benefícios da prevenção primária e secundária: a AHA³³ afirma que, nos últimos 20 anos, a mortalidade por CI diminuiu 20%; que entre 1983 e 1993 houve uma diminuição de 29,7% na mortalidade por IAM. Estes dois dados se devem, sobretudo, às modificações no hábito de fumar, na redução da ingestão de gorduras saturadas e no uso de ácido acetilsalicílico e trombolíticos.

No Brasil, em publicação de 1996 da *Fundación InterAmericana del Corazón*³⁴, entre 1970 e 1992 houve uma diminuição de 33,6% entre os homens e 40,6% entre as mulheres na mortalidade por DCV, ajustadas para a idade.

É importante que os profissionais da saúde conscientizem-se da importância da medicina preventiva para as doenças crônico-degenerativas e de que, com os conhecimentos atuais, ela possa ser realizada com eficiência e eficácia, mas, principalmente que os órgãos públicos e as entidades médicas apliquem seus esforços na preservação da saúde, ou seja, invistam na saúde, melhorando a qualidade de vida e encurtando o período de doença.

Basicamente, necessita-se um programa nacional, aplicável para cada região, avalizado e orientado por uma entidade de credibilidade e seriedade, características atuais da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Através deste programa e de campanhas interinstitucionais contra o fumo e a obesidade, campanhas para identificar os hipertensos e os com antecedentes familiares, insistência nos programas de atividades físicas e ampla divulgação de uma dieta adequada: pouca gordura, calorias adequadas, pouco açúcar refinado, mínimo de alimentos com colesterol, moderação no álcool e peixe duas vezes por semana³⁵, seguramente ter-se-á um excelente programa de prevenção.

É com esta idéia que a SBC/FUNCOR criou o Comitê Nacional de Prevenção que deverá lançar um Programa

Nacional de Prevenção das Cardiopatias, para divulgar e combater os fatores de risco, bem como, num trabalho epidemiológico extenso, procurar melhor estabelecer

como estes fatores de risco apresentam-se nas diferentes regiões do Brasil. Este programa terá seu lançamento nacional deste ano.

Referências

1. Lotufo PA - Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: histórico, situação atual e proposta de modelo teórico. *Rev Soc Cardiol Est SP* 1996; 6 : 541-7.
2. Ministério da Saúde - Estatísticas de Mortalidade 1989. Brasília (DF), 1993.
3. Lotufo PA - A mortalidade precoce por doenças crônicas nas capitais de áreas metropolitanas do Brasil. (tese de doutorado) São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1996.
4. Lotufo PA - Why stroke mortality is higher than CHD in Brazil? *Rev Chil Cardiol* 1995; 14:186.
5. Lotufo PA, Lolio CA - Tendência da mortalidade por doença cerebrovascular no Estado de São Paulo, 1970-1989. *Arq Bras Cardiol* 1993; 61: 149-53.
6. Fragata Pº AA - Miocardiopatia Chagásica-ainda? Novos aspectos na prevenção. *Rev Soc Cardiol Est SP* 1996; 6: 580-4.
7. Dias JCP - Epidemiology of Chagas' disease. In: Wendel S, Brener Z, Camargo ME et al - Chagas's Disease (American Trypanosomiasis): Its Impact on Transfusion and Clinical Medicine. ISTB Brazil 1992: 29-40.
8. Dias JCP - História natural da doença de Chagas. *Arq Bras Cardiol* 1995; 65: 359-66.
9. Wanderley DMV - Epidemiologia da doença de Chagas. *Rev Soc Cardiol Est SP* 1994; 4: 77-84.
10. Shimoda M, Sugayama S, Kim C, Ebaid M - Orientação familiar preventiva: aspectos genéticos das doenças cardiovasculares e perspectivas futuras. *Rev Soc Cardiol Est SP* 1996; 6: 623-7.
11. Mancayo A - Chaga's disease - A disease whose days are numbered- WHO.
12. Committee of Principal Investigators - A cooperative trial in the primary prevention of ischaemic heart disease using clofibrate. *Br Heart J Med* 1978; 40: 1069-103.
13. Frick MH, Elo O, Haapa K et al - Helsinki heart study: primary-prevention trial with gemfibrozil in middle-age men with dyslipidemia. *N Engl J Med* 1987; 317: 1237-45.
14. Ravnskov U - Cholesterol lowering trials in coronary heart disease: frequency of citation and outcome. *Br Med J* 1992; 305: 15-9.
15. Smith GD, Song F, Sheldon TA - Cholesterol lowering in the mortality: the importance of considering initial level of risk. *Br Med J* 1993; 306: 1367-73.
16. Shepherd J, Cobbe ST, Ford I et al - Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *N Engl J Med* 1995; 333: 1302-7.
17. Muldoon MF, Manuk SB, Mathews KA - Lowering cholesterol concentration and mortality: a quantitative review of primary prevention trials. *Br Med J* 1990; 301: 309-14.
18. Rabelo L, Novazzi JP, Martinez T - Aspectos preventivos no diabete melito com relação às doenças cardiovasculares. *Rev Soc Cardiol Est São Paulo* 1996; 6: 585-9.
19. Forti N, Diamant J - Dislipidemia e prevenção primária da doença coronária aterosclerótica. *Rev Soc Cardiol Est SP* 1996; 6: 610-6.
20. Diamant J, Forti N - Dislipidemia e prevenção secundária da doença coronária aterosclerótica. *Rev Soc Cardiol Est SP* 1996; 6: 617-22.
21. Manson JE, Testeson H, Ridker PM et al - The primary prevention of myocardial infarction. *N Engl J Med* 1992; 326: 1406-16.
22. Santello JL, Krasilsic S, Mion Jr D - O papel da hipertensão arterial na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares. *Rev Soc Cardiol Est SP* 1996; 6: 575-9.
23. Lotufo PA - A mortalidade elevada associada à hipertensão no Brasil: um fator dietético? *J Bras Nefrol* 1996; 3: 285-8.
24. Hammond EG, Horn D - Smoking and death rates report on forty-four months of follow-up of 183.783 men. *JAMA* 1958; 166: 1159-72.
25. Rogot E - Smoking and mortality among US veterans. *J Chronic Dis* 1974; 27: 189-203.
26. Sparrow D, Dawber TR, Colton T - The influence of cigarette smoking on prognosis after a first myocardial infarction. *J Chronic Dis* 1978; 31: 425-32.
27. Issa JS - Fumo e doenças cardiovasculares: prevenção primária e secundária. *Rev Soc Cardiol Est SP* 1996; 6: 590-5.
28. Issa JS, Aguiar FM, Giannini SE et al - Influência do hábito de fumar na concentração de monóxido de carbono do ar expirado de moradores da cidade de São Paulo. *Rev Soc Cardiol Est SP* 1995; 5(supl B): 47.
29. Issa JS, Francisco YA - Obesidade e doenças cardíacas: aspectos epidemiológicos e preventivos. *Rev Soc Cardiol Est SP* 1996; 6: 558-63.
30. Kannel WB, LeBauer EJ, Dawmber TR et al - Relation of body weight to development of coronary heart disease: Framingham Study. *Circulation* 1967; 35: 734-44.
31. NIH Consensus Conference - Physical activity and cardiovascular health. *JAMA* 1996; 276: 241-6.
32. Stampfer MJ, Golditz GA - Estrogen replacement therapy and coronary heart disease a quantitative assessment of the epidemiologic evidence. *Prev Med* 1991; 20: 47-63.
33. American Heart Association - Compêndio de Cardiologia Preventiva 1. EPUC- Editora, 1994.
34. Fundación InterAmericana del Corazón. Enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en la Américas. Dallas; Boletín 1996: 18.
35. Burr ML, Fehily AM, Gilbert JF et al - Effects of changes in fat, fish, and fibre intakes on death and myocardial reinfarction: diet and reinfarction trial (DART). *Lancet* 1989; 2: 757-61.