

Saúde Cardiovascular do Homem Brasileiro – Visão da Sociedade Brasileira de Cardiologia

Cardiovascular Health of the Brazilian Male - the View of the Brazilian Society of Cardiology

Antonio Carlos Palandri Chagas, Emilio César Zilli, João Fernando Monteiro Ferreira, Miguel Antonio Moretti, Rui Fernando Ramos

A compreensão dos mecanismos da doença levou a medicina a desenvolver intensamente novas estratégias terapêuticas nas últimas décadas, estratégias baseadas principalmente em intervenção. Entretanto, estas indiscutíveis conquistas em mortalidade e qualidade de vida não chegam a promover a cura ou remissão completa dos sintomas da doença, e são acompanhados de significativo aumento dos custos da saúde, sendo universal o problema do financiamento da saúde, que atinge inclusive os países mais ricos. Estas questões estão movendo de forma intensa a medicina do século XXI em direção à procura de uma nova estratégia de encarar o adoecimento do homem, e voltar a ter como foco principal a prevenção das doenças, ao invés de aguardá-las e tratá-las após sua instalação. Este caminho está se tornando irreversível, como pode ser exemplificado por palestra proferida pelo professor Eugene Braunwald, no último congresso europeu de cardiologia, na cidade de Barcelona. Dr. Braunwald participou do simpósio “Futuro da cardiologia como especialidade” proferindo a conferência “Cardiologia como profissão em 2020 e além”, na qual focou sua apresentação nos aspectos da prevenção como o melhor caminho para a abordagem da doença cardiovascular, e atitude prioritária dos cardiologistas no próximo século.

O conceito de prevenção não é novo, e sua aplicação já é corrente no nosso país. O Ministério e secretarias estaduais de saúde já desenvolvem inúmeros programas de promoção da saúde que atualmente atingem crianças e adolescentes, mulheres e idosos. Porém, algumas perguntas surgem: em quais doenças devemos priorizar a prevenção e em qual população devemos atuar?

O Brasil está passando rapidamente por uma transição demográfica, na qual a média da idade da população está maior. Em 2000, aproximadamente 15% da população (27 milhões de pessoas) tinham 50 anos ou mais. Este percentual deve passar para 42% (96 milhões de pessoas) em 2050. A

idade média do brasileiro que em 2000 era de 26 anos, em 2050 passará a ser de 44 anos. À medida que a população vai envelhecendo, as doenças não transmissíveis sobrecarregarão o sistema de saúde, sendo que o custo dessas doenças já representa metade do custo de todas as admissões hospitalares no Brasil. Essas doenças já são responsáveis por uma grande e crescente parcela da carga de doenças no Brasil, atingindo cerca de 66%, comparado a 24% de doenças contagiosas e 10% de ferimentos. A mudança deste perfil, com maior carga de doenças não transmissíveis, deve-se à urbanização, melhoria nos cuidados com a saúde, mudança nos estilos de vida, políticas específicas e a própria globalização, expandindo e disseminando o conhecimento técnico-científico. Essa carga de doenças não transmissíveis não é necessariamente resultado inevitável de uma sociedade moderna, mas de um mal que pode ser prevenido. Para a maioria dessas doenças (doenças coronarianas, derrames, diabetes e diversos tipos de câncer), a causa principal não se encontra na genética e sim em fatores de risco ambiental e comportamental, que podem ser modificados.

Entre as doenças não transmissíveis, o maior destaque é a doença cardiovascular, tanto pela sua atual taxa de morbimortalidade, como pelas perspectivas sombrias para os próximos anos. A Organização Mundial de Saúde em estudo que projeta o crescimento da morbimortalidade por doença cardiovascular em todo o mundo, tomando como base dessa análise, o ano de 2040, nos eleva a trágica condição de campeão, estimando que o Brasil atinja a marca de incremento de 250% quando comparado à China (200%) e à Índia (180%)¹. Sobre este aspecto, merece atenção a observação de Lotufo, de que uma epidemia de doenças cardiovasculares esteja prestes a se instalar em nosso país, principalmente pela maior incidência da obesidade e do diabetes².

A experiência dos Estados Unidos da América do Norte (EUA) poderá servir de ponto de partida para as mudanças necessárias da saúde pública em nosso país. Os EUA reduziram no período entre 1980-2000 a incidência das DCV em 51% entre as mulheres e 49% entre os homens. E somente com o combate ao tabagismo e ao sedentarismo, as taxas recuaram em 12% e 5% respectivamente³.

Outro aspecto relevante é a existência de características de saúde que se diferenciam nos sexos, conforme dados indicadores da saúde populacional. No Brasil, no ano de 2001, as mulheres apresentavam uma expectativa de sobrevida 8 anos maior em relação aos homens (73 x 65 anos respectivamente), sendo que no sudeste, esta diferença era

Palavras-chave

Saúde do Homem, População, Brasil, Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Correspondência: Antonio Carlos Palandri Chagas •

Avenida Marechal Câmara, 160/330, Centro - 20020-907, Rio de Janeiro, RJ - Brasil

E-mail: acchagas@cardiol.br

Artigo recebido em 08/12/09; revisado recebido em 08/12/09; aceito em 08/12/09.

de 12 anos⁴⁻⁵. No Brasil, a mortalidade masculina é maior em praticamente todas as faixas etárias, embora a presença de queixas sobre a saúde e a presença em ambulatórios seja prevalente entre as mulheres⁶. Este dado ao invés de demonstrar uma maior morbidade entre mulheres, talvez seja devida a maior preocupação do sexo feminino com a atenção à saúde e seja resultado da existência de políticas específicas que atendam exclusivamente a saúde da mulher.

Outro dado interessante é relativo à idade, sabendo-se que essa é diretamente relacionada à morbimortalidade cardiovascular. No Brasil, entretanto, estima-se que 40% de todas as mortes por DCV situem-se na faixa etária inferior a 65 anos, e ainda que a doença está acometendo indivíduos em idades menores, sendo que 26,8% das mortes de causa cardiovascular estão ocorrendo entre 25 e 59 anos de idade.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Todas estas informações sobre a doença cardiovascular, demonstrando que acomete mais homens que mulheres, a atual prevalência e projeções de aumento em um futuro próximo, inclusive com aspectos de epidemia, somadas às características incapacitantes em idade produtiva, além da característica do sexo masculino não priorizar os cuidados com a própria saúde, justificaram a criação de um programa de saúde específico para o sexo masculino, a exemplo dos programas de saúde da criança e adolescente, mulheres e idosos.

Referências

1. The challenge of cardiovascular diseases in developing economies. [Accessed in 2008 Feb 10]. Available from: <http://www.earth.columbia.edu/news/2004>.
2. Lotufo PA. Increasing obesity in Brazil: predicting a new peak of cardiovascular mortality. *São Paulo Medical J.* 2000; 118 (6): 161-2.
3. Ford ES, Ajani UA, Croft J, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, et al. Explaining the decrease in U.S.: deaths from coronary disease, 1980-2000. *N Engl J Med.* 2007; 356: 2388-98.
4. OPS. Situación de la saúde em las Américas Indicadores e dados básicos. (OPS/AIS/03.01).
5. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciênc. saúde coletiva.* 2005; 10 (1): 35-46.
6. César CLG, Figueiredo GM, Westphal MF, Cardoso MR, Costa MZA, Gattás VL. Morbidade referida a utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. *Rev Saúde Pública.* 1996; 30 (2): 153-60.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde do homem. Brasília; 2008.

Documento da SBC para o Programa Nacional de Saúde do Homem

Por tratar-se de estratégia de baixo custo, e extremamente prática, a SBC, entende como prioritárias as proposições que se seguem.

- Critérios de Inclusão de pacientes no Programa de Saúde do Homem

- a) Sexo Masculino
- b) Idade entre 25 – 59 anos (*)

Para esta finalidade, a SBC já desenvolvia entre suas atividades, programas de educação continuada em medidas preventivas, terapêuticas e de reabilitação, que podem ser compartilhadas e multiplicadas em âmbito nacional conjuntamente com outras especialidades médicas na busca de impactação sobre as variáveis que atuam sobre saúde do Homem.

Convidada pelo Ministério da Saúde, a SBC participou de reuniões de trabalho sobre a implementação de uma política de saúde do homem, propondo de forma concreta e objetiva as bases para a implementação desta política no tocante ao seu aspecto cardiovascular, propondo como foco de ação quatro capítulos da etiopatogenia cardiovascular que deveriam ser abordados em uma primeira estratégia: fatores de risco; coronariopatias; hipertensão arterial; febre reumática e miocardiopatias.

Como resultado desse trabalho, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, com apoio de diferentes sociedades médicas, incluindo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, implementou em agosto de 2008 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Esta política tem o objetivo de promover saúde e reduzir a morte prematura do homem por doenças cardiovasculares, urológicas, oncológicas e psiquiátricas⁷.

A SBC tem a certeza de que o desenvolvimento desse programa, por meio dos esforços conjuntos de diferentes sociedades médicas com o poder público e a sociedade, atingirá uma maior inserção social em saúde e influenciando positivamente a qualidade de vida do homem brasileiro.

- c) Presença de fatores de risco familiares (< 30 anos)
 - d) Presença de quaisquer fatores de risco (#) detectados
 - e) Pacientes em tratamento cardiovascular
 - f) Pacientes encaminhados pela rede de atenção primária
- (*) Faixa etária entendida como alvo para a política de saúde do homem: 37414900 indivíduos
- (#) Utilizar os seguintes critérios como fatores de risco: Framingham; InterHeart

- Proposições da SBC para o desenvolvimento da Política de Saúde do Homem

a) Entendemos como prioritária, uma política específica para a Saúde do Homem.

b) Entendemos como fundamental, a preparação de equipes técnicas, especificadamente voltadas para esta área (generalistas, agentes de saúde, enfermagem e psicólogos)

c) Participação permanente das sociedades de especialidade (SBC; SBH; SBHCl; SBCCV;) nas políticas específicas.

d) Definição em termos atuariais dos valores financeiros repassados pelo SUS para diagnóstico e terapêutica.

a) A inclusão de metas e índices, a serem buscados, no curto, médio e longo prazos, alicerçados nas evidências das organizações reconhecidas de saúde.

b) Entender o papel do homem, como (ainda) provedor da estrutura financeira familiar, e programar neste item, estratégias funcionais, corporativas e assistenciais, (horários, disponibilidades, incentivos e transportes) que minimizem este item na prevenção primária e/ou secundária.

c) Promover campanhas educacionais à nível de prevenção primária, em escolas, clubes e organizações (civis, militares, religiosas), no sentido de estimular a adoção de um modo de vida saudável, que iniba a perpetuação dos chamados fatores de risco. Estimular as iniciativas em prol de uma alimentação saudável, disseminar estes conceitos estrategicamente na sociedade.

d) Promover junto ao Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, a criação de uma comissão interministerial, que desenvolva as bases curriculares de uma cadeia didática: Educação em Saúde, que promova no nível básico de ensino, os fundamentos e alicerces de uma qualidade de vida saudável.

e) Prover um melhor atendimento a saúde básica em todos os rincões da população brasileira. Entendemos que a dificuldade de acesso à assistência primária, permanece como um fator limitante da excelência do atendimento cardiovascular.

f) A presença de agentes de saúde e generalistas treinados diminuiriam em 40% a incidência de DCV. Promover na atenção primária, o programa de detecção e controle da Hipertensão Arterial. Estimular entre estes agentes a observação e análise dos reconhecidos fatores de risco.

g) Difundir entre as empresas, uma política de prevenção. Mostrar claramente, através de dados concretos, a lucratividade do investimento em prevenção. E neste aspecto específico, a Sociedade Brasileira de Cardiologia, coloca todo seu potencial técnico, como determinante dos objetivos desta estratégia.

h) A criação de centros multidisciplinares de atendimento a Saúde do Homem. (e neste item, entendemos como fundamental, a participação de entidades acadêmicas, como coletoras, avaliadoras e determinantes das estatísticas originadas)

i) A participação da "mídia", como difusora e crítica, das determinantes deste processo.

j) A admissão de escores prognósticos de risco cardiovascular, embasados em diretrizes da SBC, com avaliação periódica pela SBC.

k) O incentivo às equipes de saúde (estaduais e municipais) que atinjam as "metas", previamente estabelecidas. Incentivos (fiscais ou funcionais) as empresas (públicas e privadas) que atinjam estas metas.

l) A obrigatoriedade em todas as empresas, de exames periódicos (ANUAIS) de todos os trabalhadores .

m) A criação de um "banco-de-dados" que avalie anualmente, a participação da sociedade nesta área específica da saúde.

n) A criação de um programa de Reabilitação Cardiovascular que possibilite a reintegração de pacientes sequelados por DCV a sociedade.

o) A capacitação do Serviço de Atendimento Médico (SAMU) ao atendimento a Síndrome Coronariana Aguda. Neste aspecto, ressaltamos a necessidade de uma avaliação da utilização de trombolíticos padronizados pelo SUS, na estratégia do atendimento a SCA.

p) Capacitação de drogas cardiovasculares, sob a supervisão das sociedades de especialidades, que atendam a melhor saúde cardiovascular do homem brasileiro.

q) A disponibilização de uma rede de "tele-medicina", que promova o acesso de qualquer parte do país aos recursos técnicos derivados pelo SUS.

r) A criação de uma equipe técnica, permanente, que avalie, à luz das evidências, o mais adequado tratamento, sob o ponto de vista epidemiológico, à nível de prevenção primária e/ou secundária. (Pex. AAS em pacientes hipertensos com fatores de risco.)

s) Aumentar a incidência de impostos sobre produtos de fumo, álcool, gorduras "trans" e sal. Avaliar o impacto econômico : Arrecadação/gastos em saúde .

t) Promover e desenvolver programas de atividade física nas empresas. (5% à menos de incidência DCV), e na comunidade em geral.

u) Intensificar o Programa de Controle ao Tabagismo. Criar equipes específicas que avaliem a relação arrecadação de impostos/ gastos com saúde nesta área.

v) Avaliar a estratégia da "poli-pílula" na prevenção primária e secundária da DCV.

w) Viabilização de um "selo" SBC em todas as iniciativas estatais em relação a saúde cardiovascular da população brasileira.

x) Buscar junto às equipes especializadas em consumo, as causas de "não aderência" aos medicamentos disponibilizados pela rede pública, pela população "alvo",

y) Promover junto ao MS uma política efetiva de remuneração aos agentes de saúde, compatível à gravidade do problema em nosso país.

z) Desenvolver, em parceria com a ANVISA e a SBC, um programa de "farmacovigilância" sobre drogas cardiovasculares em todo território nacional.

aa) Estimular a criação de núcleos especializados em saúde do homem em todos os municípios brasileiros.

ab) Disseminar junto à mídia, campanhas de esclarecimento popular, sob a responsabilidade da SBC sobre alimentos e hábitos de vida saudável. Estas campanhas deverão fazer parte de uma política de saúde permanente e não apenas voltadas para os "Dias Temáticos".

- Indicadores de Doença Cardiovascular

Estes indicadores deverão ser complementados, acompanhados e atualizados pelo serviço de dados do MS (DATASUS) e pela SBC:

- 1) Mortalidade de Doença Cardiovascular
- 2) Morbidade da Doença Cardiovascular
- 3) Dados epidemiológicos por Doença de Chagas

4) Dados epidemiológicos por Febre Reumática

5) Dados Epidemiológicos do Tabagismo

6) Taxa de internação por Doença Cardiovascular

7) Taxa de Procedimentos por Doença Cardiovascular

8) Estatísticas sobre fatores de risco (variáveis ou não)

9) Atendimentos de Emergência por DCV

10) Custos de saúde com DCV

11) Nível de absenteísmo por DCV

12) Custos em aposentadoria por "invalidez" cardiovascular

13) Custos da política de reabilitação funcional

14) Expressão no PIB da perda de função por DCV

15) Benefícios previdenciários gerados pela incapacidade por DCV