

Doenças Cardiovasculares em Português: A Importância da Medicina Preventiva

Cardiovascular Diseases in Portuguese: The Importance of Preventive Medicine

Fausto J. Pinto

Clínica Universitária de Cardiologia, CAML, CCUL, Universidade de Lisboa, Lisboa - Portugal

Minieditorial referente ao artigo: *Epidemiologia das Doenças Cardiovasculares em Países de Língua Portuguesa: Dados do "Global Burden of Disease", 1990 a 2016*

As doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de mortalidade e morbidade em todo o mundo.¹ Muitas dessas patologias cardiovasculares deixam sequelas significativas com repercussão maior na vida das pessoas afetadas, daí a relevância de se conhecer bem a sua importância, bem como os fatores associados, de forma a desenvolver as medidas preventivas que permitam reduzir o seu impacto.²⁻⁴

O trabalho apresentado neste número dos *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*⁵ faz uma avaliação epidemiológica das DCV nos países de língua oficial portuguesa (PLP) no período de 1996 a 2016, sendo, nesse sentido, absolutamente inédito e, como tal, muito relevante. Apesar de algumas limitações, sempre presentes em trabalhos desse gênero, é um documento de grande mérito e que permite tirar conclusões muito interessantes. Desde logo, o fato de fazer uma análise numa perspectiva diferente da habitual, incidindo num conjunto de países dispersos pelo mundo, tendo a língua e uma base cultural comum, mas inseridos em pontos geográficos totalmente distintos. Naturalmente que, num estudo desse gênero, o impacto dos aspectos locais, como estruturas sanitárias, políticas de saúde, condições econômico-políticas, entre outras, nos resultados observados tem de ser devidamente enquadrado, o que é feito com bastante elegância nesse trabalho. Os autores concluem, de forma clara, que existem grandes diferenças na importância relativa da carga de DCV nos diferentes PLP e indicam que essas diferenças estão diretamente relacionadas com as condições socioeconômicas de determinado país. Entre as DCV, a doença isquêmica coronariana é a principal causa de morte em todos os PLP, com exceção de Moçambique e São Tomé e Príncipe. Também se conclui que os fatores de risco atribuíveis mais relevantes para as DCV são comuns entre os PLP, sendo eles a hipertensão arterial e os fatores dietéticos. Os autores também concluem que "Possivelmente os fatores genéticos, implícitos na identidade cultural, os fatores inerentes ao hospedeiro, bem como as enormes

desigualdades sociais tenham contribuído para a explicação das mortalidades observadas". Um outro ponto a se realçar consiste na observação de uma redução generalizada de mortalidade por DCV, que, embora não tendo a mesma intensidade em todos os países, foi um denominador comum.

A introdução de várias estratégias terapêuticas, quer com fármacos, quer com dispositivos médicos, tem permitido reduzir substancialmente a mortalidade das DCV, em geral. De fato, os avanços diagnósticos terapêuticos na área cardiovascular traduzem-se, hoje, numa contribuição de cerca de 80% no aumento de esperança de vida da população mundial. Trata-se, pois, de um feito excepcional. Contudo, sabe-se hoje em dia que, ao mesmo tempo que a mortalidade tem baixado, há vários fatores de risco que são responsáveis pelo aumento da prevalência das DCV. Hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, obesidade, tabagismo são algumas das situações que têm contribuído para um aumento generalizado da prevalência das DCV. É, pois, importante realçar que, apesar dos avanços terapêuticos significativos, medidas preventivas devem ser urgentemente tomadas, nomeadamente no controle dos fatores de risco e na promoção de estilos de vida saudáveis. Existe hoje em dia evidência científica da relação entre a implementação de estratégias de prevenção e a correspondente redução de eventos cardiovasculares e mortalidade.^{6,7} Um exemplo disto é o impacto imediato que a introdução de legislação de ambientes sem tabaco tem na incidência de infarto agudo do miocárdio.⁸⁻¹⁰ A redução nas taxas de hospitalização tem sido acompanhada de reduções significativas nas taxas de mortalidade⁵ quer na fase aguda quer no *follow-up*, refletindo o uso disseminado de tratamentos baseados na evidência, como sejam terapêuticas de reperfusão e fármacos para prevenir progressão da doença coronária. Muitas dessas intervenções também são protetores contra outras manifestações de DCV, tal como o acidente vascular cerebral.

O trabalho mencionado vem, de certa forma, confirmar esses aspectos e reforçar a necessidade de políticas de medicina preventiva, que têm claramente demonstrado serem de grande eficácia quando implementadas de forma adequada. Vem também trazer, pela primeira vez, um conjunto vasto e robusto de dados sobre um grupo de países, que, embora com situações específicas, também partilham várias similaridades. Esse documento deve ser devidamente divulgado junto das respectivas autoridades sanitárias, a fim de poder reforçar a implementação das medidas necessárias para ajudar a reduzir o impacto das DCV nos respectivos países. É, acima de tudo, um excelente exemplo de cooperação que deve ser devidamente realçado e replicado. Parabéns aos seus autores, em particular, e à comunidade cardiológica de língua portuguesa, em geral.

Palavras-chave

Doenças Cardiovasculares / mortalidade; Doenças Cardiovasculares / prevenção & controle; Morbidade; Fatores de Risco; Isquemia Miocárdica; Terapêutica / tendências; Comunidades dos Países de Língua Portuguesa.

Correspondência: Fausto J. Pinto •

Clínica Universitária de Cardiologia, CAML, CCUL, Universidade de Lisboa, Lisboa - Portugal

email: faustopinto@medicina.ulisboa.pt

DOI: 10.5935/abc.20180103

Referências

1. Timmis A, Townsend N, Gale C, Grobbee R, Maniadakis N, Flather M, et al; Atlas Writing Group. European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2017. *Eur Heart J*. 2018;39(7):508-79.
2. Lopez-Sendon J, Gonzalez-Juanatey JR, Pinto FJ, Castillo JC, Badimon L, Dalmau R, et al. Quality markers in cardiology: measures of outcomes and clinical practice--a perspective of the Spanish Society of Cardiology and of Thoracic and Cardiovascular Surgery. *Eur Heart J*. 2016;37(1):12-23.
3. Arena R, Guazzi M, Lianov L, Whitsel L, Berra K, Lavie CJ, et al. Healthy lifestyle interventions to combat noncommunicable disease--a novel nonhierarchical connectivity model for key stakeholders: a policy statement from the American Heart Association, European Society of Cardiology, European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, and American College of Preventive Medicine. *Eur Heart J*. 2015;36(31):2097-109.
4. Andrade JP, Pinto FJ, Arnett DK. (editors). *Prevention of cardiovascular diseases - from current evidence to clinical practice*. New York: Springer; 2015.
5. Nascimento BR, Brant LCC, Oliveira GMM, Malachias MVB, Reis GMA, Teixeira RA, et al. *Epidemiologia das doenças cardiovasculares em países de Língua Portuguesa: dados do "Global Burden of Disease", 1990 a 2016*. *Arq Bras Cardiol*. 2018; 110(6):500-511.
6. Smolina K, Wright FL, Rayner M, Goldacre MJ. Determinants of the decline in mortality from acute myocardial infarction in England between 2002 and 2010: linked national database study. *BMJ*. 2012;344:d8059. Erratum in: *BMJ*. 2013;347:f7379.
7. O'Flaherty M, Buchan I, Capewell S. Contributions of treatment and lifestyle to declining CVD mortality: why have CVD mortality rates declined so much since the 1960s? *Heart*. 2013;99(3):159-62.
8. Abreu D, Sousa P, Matias-Dias C, Pinto FJ. Longitudinal Impact of the Smoking Ban Legislation in Acute Coronary Syndrome Admissions. *Biomed Res Int*. 2017;2017:6956941.
9. Mackay DF, Irfan MO, Haw S, Pell JP. Meta-analysis of the effect of comprehensive smoke-free legislation on acute coronary events. *Heart*. 2010;96(19):1525-30.
10. Cox B, Vangronsveld J, Nawrot TS. Impact of stepwise introduction of smoke free legislation on population rates of acute myocardial infarction deaths in Flanders, Belgium. *Heart*. 2014;100(18):1430-5.

