



Vasos doentes

Leonor Prata*

A doença cardiovascular constitui uma causa fundamental de morbilidade e mortalidade, sendo responsável, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), por um terço da mortalidade a nível mundial.¹

Ainda de acordo com a OMS, a maioria dos 32.000.000 de enfartos do miocárdio (EAM) e acidentes vasculares cerebrais (AVC) que ocorrem, anualmente, em todo o mundo e dos quais 12.500.000 são fatais, são causados por um ou mais factores de risco cardiovascular: hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), tabagismo, dislipidémia e inactividade física, que têm em comum serem factores modificáveis.¹

Muitos dos eventos cardiovasculares são preveníveis, se forem tomadas medidas que actuem sobre os factores de risco. No entanto, a prevenção centra-se, frequentemente, em factores de risco isolados e não sobre o risco cardiovascular global.¹

Da leitura dos artigos incluídos neste dossier, o aspecto global mais importante a reter vai ao encontro desta ideia: os factores de risco potenciam-se e concorrem para a doença vascular, que se manifesta, em vários momentos temporais, nos vários territórios e órgãos, tendo como base o processo aterosclerótico. O risco cardiovascular e a sua prevenção, nos vários níveis, devem, assim, ser encarados de um modo integrado e global.

O desenvolvimento das técnicas imagiológicas que avaliam a parede arterial permite, hoje em dia, dar um substrato «visível» a estes conceitos, ao documentar a aterosclerose em fase pré-clínica, a progressão da placa aterosclerótica e a avaliação dos efeitos das intervenções terapêuticas sobre as lesões vasculares.³

No *Cardiovascular Health Study* concluiu-se que a aterosclerose sub-clínica ocorria em 39% dos homens e 36% das mulheres com 65 ou mais anos. Verificou-se, também, que, nos indivíduos com doença cardiovascular sub-clínica, a taxa de doença clínica duplicava,

após oito anos, tanto em indivíduos saudáveis, como nos diabéticos ou com síndrome metabólica.³

O Médico de Família, pode, assim, desenvolver, um leque alargado de acções, quer em indivíduos aparentemente saudáveis, quer naqueles com doença cardiovascular declarada, com o objectivo de identificar o grau de risco e iniciar as medidas adequadas o mais precocemente possível.

Com este objectivo, poderemos sistematizar alguns procedimentos:

- Abordar o risco cardiovascular de forma sistemática, o que pode ser feito pela anamnese e exame objectivo e pela utilização de instrumentos de cálculo ou previsão do risco cardiovascular, como o SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*) ou o Score de Risco de Framingham. Cada médico (ou enfermeiro) poderá escolher o que seja mais exequível na sua prática clínica, de modo a poder ser usado com facilidade e consistência, tendo, naturalmente, conhecimento das limitações de cada método.
- Abordar o risco cardiovascular de forma global, ou seja, intervir nos vários factores de risco, presentes em cada indivíduo, em simultâneo e não em cada um isoladamente, pois a doença aterosclerótica é multifactorial e multissistémica, afectando vários órgãos. Este aspecto está documentado nas recomendações do *Third Joint Task Force* das Sociedades Europeias de Cardiologia, Aterosclerose e Hipertensão.⁴
- Conhecer os valores alvo recomendados no tratamento das várias patologias vasculares e tentar atingi-los na prática clínica. Parece haver, por exemplo, uma sub-utilização das estatinas. Um estudo documentou as consequências de não se atingirem os objectivos previstos para os níveis de colesterol LDL, em doentes pós EAM, em que eventos coronários secundários ocorriam em proporção mais elevada nos doentes sub-medicados com estatinas, por comparação com os doentes medicados com a dose preconizada.³
- Investir na educação do doente quanto aos factores de risco cardiovascular.

*Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar, USF Condes da Lousã, ACES VII – Amadora. Editora da RPCG



- Investir no cumprimento da terapêutica, farmacológica e não farmacológica. Este é um aspecto muito importante, pois sabemos, na nossa prática clínica, como é difícil que os doentes mantenham a adesão à medicação crónica, que, nestas situações, é, muitas vezes, múltipla. Uma estimativa para a adesão à medicação em países desenvolvidos é de 50%.⁵ As razões podem ser variadas, mas, para melhorar a adesão do doente, poderá ser útil perceber as suas crenças quanto à saúde e investir na educação, quanto à doença e objectivos do tratamento; a simplificação dos esquemas terapêuticos, usando, por exemplo, fármacos em associação e tentando reduzir o número de tomadas; optar, quando possível, por esquemas terapêuticos menos onerosos do ponto de vista financeiro, monitorizando, em cada consulta, todo o processo.

O progresso, em termos de resultados, no que respeita às doenças cardiovasculares, depende, assim, de muitos factores. Entre eles estão, naturalmente, os relacionados com os sistemas de saúde e os seus profissionais, mas, também, claramente, os que dependem dos próprios indivíduos e da sociedade. A propósito do novo Plano Nacional de Saúde 2011-2016, a Alta Comissária para a Saúde, Maria do Céu Machado, referiu que a capacitação do cidadão, de modo a aumentar a sua literacia em saúde é essencial,⁶ sugerindo que os cuidados de saúde devam ser descentrados dos profissionais, investindo no assumir, por cada indivíduo e

pela sociedade, da sua responsabilidade em todo o processo.

Boa leitura!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Integrated Management of Cardiovascular Risk: Report of a WHO Meeting. Geneva, 9-12 July 2002. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241562242.pdf> [acedido em 19/10/2010].
2. Inter-Society Consensus for the Management of PAD. Disponível em: <http://www.tasc-2-pad.org> [acedido em 19/10/2010].
3. Tóth PP. Aterosclerose. PGM 2010 Maio; 33 (5): 14-24.
4. Perdigão C. O que há de novo nas recomendações para a prevenção das doenças cardiovasculares – 2007? Factores de Risco, 2007 Out-Dez: 7: 74-9.
5. Maia C. Adesão à terapêutica. Factores de Risco 2008 Out-Dez; 11: 42-5.
6. <http://www.publico.pt/Sociedade/novo-plano-nacional-de-saude-quer-doentes-mais-activos-na-adopcao-de-comportamentos-saudaveis> [acedido em 24/10/2010].

CONFLITOS DE INTERESSE

A autora declarou não possuir conflitos de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Leonor Prata
USF Condes da Lousã
Praceta Condes da Lousã
Damaia
2720 - Amadora
leonor.prata@rpcg.apmcg.pt

Recebido em 25/10/2010

Aceite para publicação em 16/12/2010