



# Como transformar uma declaração num plano de acção



carta  
europeia do  
coração

**“Toda a criança nascida no novo milénio tem o direito de viver pelo menos até aos 65 anos de idade sem sofrer de uma doença cardiovascular evitável”.** É o que postula a Carta Europeia para a Saúde do Coração, um documento que visa evitar o sofrimento associado à doença cardiovascular e fomentar um futuro mais saudável

A intervenção sobre os estilos de vida também se revelou eficaz a reduzir o risco relativo de diabetes em quase 60%, sendo altamente vantajosa do ponto de vista económico, a fazer fé numa medida internacional que avalia o peso de uma determinada doença, incluindo a qualidade e a

Representantes da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) e da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC) juntaram-se em Abril, no Algarve, durante a mais recente edição do Congresso Português de Cardiologia, para debater a Carta Europeia para a Saúde do Coração. O objectivo era transformar esta declaração num plano de acção.

A Rede Europeia do Coração (European Heart Network) e a Sociedade Europeia de Cardiologia, com o apoio da Comissão Europeia e da Organização Mundial de Saúde (OMS), estão a convidar as organizações europeias e internacionais a assinarem esta Carta e a empenharem-se em combater o sofrimento e a morte precoce associadas à doença cardiovascular através da prevenção.

Com a missão de reduzir substancialmente o peso da doença cardiovascular na União Europeia e na Região Europeia da OMS, assim como as desigualdades existentes dentro de cada país e entre os vários países, a Carta recomenda aos seus signatários que promovam e apoiem medidas que dêem prioridade a intervenções ligadas ao estilo de vida.

As recomendações passam por não consumir tabaco, fazer actividade física adequada (pelo menos 30 minutos, cinco vezes por semana), ter hábitos alimentares saudáveis, combater o excesso de peso, manter a pressão arterial inferior a 140/90 mmHg, o colesterol inferior a 190mg/dl, o metabolismo da glicose normal e evitar o *stress* excessivo.

As doenças cardiovasculares são, actualmente, a primeira causa de morte na União Europeia, provocando, todos os anos, 1,9 milhões de mortes. Além disso, estão no top das principais causas de incapacidade e de perda de qualidade de vida.

Em termos económicos, calcula-se que a doença cardiovascular custe à economia europeia 169 mil milhões de euros por ano. Isto

representa um custo total anual de 372 euros per capita. A variação dos custos envolvidos pode atingir diferenças de valor até dez vezes mais entre os Estados-Membros.

A perda de produtividade devida à mortalidade e morbilidade da doença cardiovascular custa à União Europeia mais de 35 mil milhões de euros. Tal representa 21% do custo total relacionado com esta doença, sendo que cerca de dois terços deste valor (24,4 mil milhões de euros) são devidos a morte e um terço (10,8 mil milhões de euros) à doença entre a população trabalhadora activa.

**“Não há nenhuma intervenção que tenha um efeito tão positivo como o exercício físico”**

De acordo com o Prof. Hugo Saner, da Sociedade Europeia de Cardiologia, a mortalidade cardiovascular está a diminuir na maioria dos países do norte, sul e oeste da Europa, mas está a aumentar, ou não está a diminuir com a mesma rapidez, nos países da Europa Central e de Leste.

Por outro lado, há cada vez mais pessoas a viver com doenças cardiovasculares devido aos benefícios da prevenção secundária e da reabilitação cardíaca.

Uma meta-análise mostra claramente que a educação para um estilo de vida saudável e o exercício físico têm efeitos na diminuição da mortalidade e da recorrência de enfarte. **“Não há nenhuma intervenção que tenha um efeito tão positivo como o exercício físico”**, sublinhou o responsável, a propósito. No entanto, nos doentes cardíacos, o treino tem de ser adaptado às necessidades e desenhado à medida de cada um. Para tanto, realçou, é necessária uma vasta equipa de profissionais que inclua, por exemplo, aconselhamento nutricional, informação, reabilitação e tratamento adequado.

quantidade de vida, designada quality-adjusted life years (QALY).

O Prof. Hugo Saner salientou, também, os efeitos do exercício físico na capacidade funcional e na qualidade de vida dos indivíduos com doença arterial periférica. Este é, porém, um campo onde o tratamento médico pode melhorar substancialmente. Pelas suas contas, na Suíça, o seu país, apenas um terço dos doentes está a receber estatinas.

O treino físico é igualmente fundamental nos doentes cerebrovasculares. Na Suíça, os doentes que sofrem um acidente vascular cerebral (AVC) são enviados para um dos centros de reabilitação existentes consoante os défices neurológicos que apresentam.

Em conclusão, disse, as guidelines de prevenção cardiovascular devem passar pelo exercício físico e por programas de reabilitação cardíaca, devendo a equipa contar com médicos cardiologistas, diabetologistas, angiologistas, neurologistas, internistas, mas também nutricionistas, psicólogos e enfermeiros capazes de fazer uma abordagem global de cada doente e de colocar em prática uma série de medidas que são comprovadamente eficazes na redução do risco.

**Estilos de vida continuam a ser uma fonte de preocupação**

**“Diminuir os doentes de alto risco cardiovascular deve ser a grande estratégia para melhorar os resultados”**, afirmou, por sua vez, o Prof. David Wood, também ele da Sociedade Europeia de Cardiologia.

Neste contexto, disse, as sociedades científicas deverão desempenhar um papel fulcral. **“Nós somos responsáveis por transmitir a melhor evidência científica”**, frisou.

Em 2007, foram publicadas as últimas recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia, baseadas na abordagem do risco cardiovascular. Conforme explicou, as prioridades passam pelos indivíduos com doença cardiovascular estabelecida, mas também pelos doentes que, mesmo sendo assintomáticos, tenham um risco aumentado devido à presença de múltiplos factores de risco.

Como se pode ler na Carta Europeia para a Saúde do Coração, os factores de risco mais conhecidos para a doença cardiovascular são o consumo de tabaco e a elevação da pressão arterial e do colesterol sanguíneo, factores directamente ligados ao estilo de vida, aos hábitos alimentares e aos níveis de actividade física de cada um. Outros factores associados à doença cardiovascular são o excesso de peso e a obesidade, a diabetes mellitus, o consumo excessivo de álcool e o *stress* psicossocial.

Contudo, os estudos realizados mostram que os factores de risco continuam por controlar e que os indivíduos, mesmo quando apresentam um elevado risco cardiovascular, insistem em hábitos de vida muito pouco recomendáveis. É o caso do projecto EUROASPIRE.

O primeiro estudou a prática da cardiologia preventiva em nove países entre 1995/96. O segundo estudo, realizado entre 1999/2000, abrangeu 15 países. Ambos mostravam já uma elevada prevalência de hábitos pouco saudáveis e o uso inadequado da terapêutica, o que não permitia atingir os valores preconizados, designadamente a nível da pressão arterial, glicose e lípidos. Entretanto, o EUROASPIRE III, divulgado no ano passado, analisou a evolução registada desde os primeiros dados recolhidos, em meados da década de 90.

Segundo o Prof. David Wood, não há grandes diferenças nos hábitos tabágicos (18,2% versus 20,3%, no primeiro estudo). Já a prevalência de excesso de peso tem vindo claramente a aumentar (de 76,8% no EUROASPIRE I para 82,7% no EUROASPIRE III). No que respeita à obesidade, a tendência é idêntica, tendo-se passado dos 25% para os 38%. O mesmo se diga sobre a obesidade central, que subiu dos 42,2% para os 54,9%.

Quanto à hipertensão arterial, pouco aumentou, situando-se nos 55%. Curiosamente, o controlo da pressão arterial deteriorou-se, com a maior parte dos doentes a não atingir os objectivos propostos. De facto, e apesar do aumento do consumo de drogas anti-hipertensoras, cerca de 60% dos doentes não alcançam os valores recomendados (pressão arterial abaixo de 140/90 mmHg).

Os resultados da prevalência de colesterol total aumentado são, felizmente, bem mais animadores (dos 94,5% passou-se para os 46,2%), tendo obviamente a ver com o uso crescente de estatinas. O controlo da dislipidemia atingiu 57,3% dos doentes quando, no primeiro estudo, se ficava pelos 8,4%.

Relativamente à diabetes, os números não mentem: a prevalência da doença, que era de 17,4% no EUROASPIRE I, é, hoje, de 28%.

Paralelamente, registou-se um aumento do uso de fármacos, sobretudo antiplaquetares (de 80,8% para 93,2%), beta-bloqueantes (de 56% para 85,5%), IECA e ARA II (de 31% para 74,6%), bem como estatinas (de 18,1% para 87%).

Em conclusão, este estudo deixa claro que o estilo de vida dos doentes coronários continua a ser motivo de preocupação, pelo que **“uma mão de cheia de fármacos não é suficiente”**.

Faça a isto, o Prof. David Wood sugeriu a intervenção dos profissionais de saúde na modificação dos estilos de vida em todos os doentes, incluindo assintomáticos e diabéticos.

Além de produzirem evidência científica, entende o especialista, as sociedades profissionais têm, igualmente, o dever de defender junto dos políticos a adopção de medidas legislativas que concorram para a prevenção cardiovascular, convencendo-os de que algo deve ser feito.

Foi por isso que surgiu a Carta Europeia do Coração. Traduzida em 21 países europeus, incluindo Portugal, a Carta quer promover uma **“aliança”** para o desenvolvimento de estratégias a nível nacional, com programas educacionais na comunidade e treino dos profissionais, designadamente nos cuidados de saúde primários, que deverão ser capazes de abordar e tratar o risco cardiovascular.

Com estas recomendações, continuou o Prof. David Wood, espera-se obter um compromisso por parte dos vários Estados-Membros. Para o responsável, esta é uma boa altura, uma vez que os políticos parecem sensibilizados e há suficiente evidência científica compilada das consequências dramáticas sobre a saúde das alterações verificadas nos estilos de vida, quer em adultos, quer em crianças, com custos sociais e económicos de monta.

**“Temos duas responsabilidades: enquanto médicos, devemos preocupar-nos com os nossos doentes e exigir os recursos para a prevenção em doentes de alto risco; enquanto cidadãos, devemos exigir que as**

**crianças sejam ensinadas nas escolas sobre a importância de hábitos de vida saudáveis, de uma boa alimentação e de exercício físico, para que possam servir de exemplo nas suas próprias casas”**, concluiu.

### **“Doenças cardiovasculares têm de ser uma prioridade”**

Finalmente, o Prof. Ricardo Seabra-Gomes, ex-Coordenador Nacional para as Doenças Cardiovasculares, alinha pelo mesmo diapasão: **“As doenças cardiovasculares têm de ser uma prioridade em Portugal”**, exortou. (ver, a propósito, *NOTÍCIAS MÉDICAS* n.º.2989 de 7.5.08)

De acordo com o especialista o Plano Nacional de Saúde (PNS) inclui, como metas prioritárias, a diminuição da mortalidade por doença isquémica do coração e AVC através de melhores cuidados e do aumento da referência para unidades de reabilitação após episódios agudos.

Do mesmo modo, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (PNPCDCV) tem como objectivo reduzir a incidência de enfarte do miocárdio e de acidente vascular cerebral, particularmente abaixo dos 65 anos, através do diagnóstico e controlo de alguns dos principais factores de risco, como a hipertensão arterial, a dislipidemia e a diabetes, da redução da prevalência de fumadores e de obesos e do incremento do exercício físico.

Nos últimos três anos, a Coordenação deu prioridade à criação de guidelines, ao lançamento de uma campanha nacional sobre sinais e sintomas do EAM e do AVC, aos registos nacionais e à educação médica.

No futuro, disse, **“a Carta do Coração pode tornar-se uma oportunidade estratégica”**. Para a sua implementação, sugeriu a constituição de uma **“framework”** multisectorial que ponha todos a conversar, a celebração de alianças com instituições académicas e associações profissionais, o aprofundamento da educação médica (com maior enfoque nos médicos de família) e dos profissionais de saúde em geral e, sobretudo, muita perseverança.

**“Há muito por fazer. Apenas podemos melhorar”**, finalizou.■

Cláudia Azevedo