

GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares
Giordano Bruno

Ana Tomé

CONHECER E PREVENIR DOENÇAS CARDIOVASCULARES

**fatores de risco e planeamento de cuidados de saúde
e principais desafios**



Cadernos do GREI n.º 11

MARÇO 2014

CONHECER E PREVENIR DOENÇAS CARDIOVASCULARES

fatores de risco e planeamento de cuidados de saúde

ÍNDICE

Introdução.....	3
1. Epidemiologia e fisiopatologia das DCV.....	4
2. As DCV e os fatores de risco modificáveis.....	7
3. Fatores de risco comportamentais.....	9
4. Fatores de risco psicossociais.....	12
5. Estratégias de prevenção e estilos de vida?.....	14
Reflexões finais.....	17
Bibliografia.....	19



GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares
Giordano Bruno

FICHA TÉCNICA

Título: Cadernos do GREI

Edição de: GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares
Giordano Bruno

Urb. Vale da Amoreira, lote 5 – 4.ª Dt.ª
8005-334 FARO
grei.grupo@gmail.com www.grei.pt

Capa: adaptada por João Félix de “Aula de anatomia do Dr.Tulp” de Rembrandt

Conselho Editorial: Carlos Marques Simões (coordenador) , Francisco Gil,
Helena Ralha-Simões, Helena Sousa, Nora Almeida Cavaco, Rosanna Barros

Data: março de 2014

Publicação de difusão restrita

A ortografia adotada nos cadernos é da responsabilidade de cada autor(a).

Sabemos que as doenças de falta de ar e asfixia são as mais perigosas para o corpo. (...) poderemos recorrer à salsaparrilha para descongestionar o fígado, ao ferro para descongestionar o baço, ao enxofre para os pulmões (...). Mas nenhum remédio descongestiona tão bem o coração como um bom amigo.

Francis Bacon *in Essays* (1597)

O papel do coração e das pulsações cardíacas é (...) difícil de compreender de forma intuitiva e, talvez por isso, (...) é célebre a posição de Aristóteles que dava ao coração a primazia do sentido da vida (...), enquanto (...) os egípcios (...) davam ao coração a honra de ser pesado no tribunal de Osíris (...).

Alexandre Castro Caldas

***in Existirá um homem neuronal?* (2004)**

Resumo:

As doenças cardiovasculares, principal índice de morbidade e mortalidade prematura nos países desenvolvidos, têm causas multifatoriais mas resultam normalmente de fatores de risco modificáveis. A sua elevada prevalência justifica que a prevenção mobilize um adequado planeamento dos cuidados de saúde, indissociável da mudança de estilos de vida, no sentido de diminuir a sua incidência e minorar as suas consequências.

Palavras-chave: doenças cardiovasculares; fatores de risco; prevenção; estilos de vida; planeamento dos cuidados de saúde.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem uma entidade clínica que resulta de diversos fatores e da condição geral de saúde do indivíduo nas suas vertentes biológica, psicossocial, ambiental e educacional. O seu conjunto representa uma das principais causas de mortalidade em todo o mundo, principalmente nos países industrializados, tendo sido, por esse motivo, designado como a doença da civilização.

As DCV têm causas multifatoriais mas resultam, em geral, de fatores de risco (FR) modificáveis; dado o seu carácter multidimensional - e as suas graves consequências para o cidadão, para a sociedade e para o sistema de saúde - estas doenças são consideradas um importante problema de saúde pública. No entanto, os esforços desenvolvidos até agora parecem não estar a surtir os efeitos desejados, já que o número de novos casos continua a aumentar.

Ao enquadrar esta problemática, Lalonde (1974, *cit. in* Colombo & Aguillar, 1997), propõe que seja utilizado como referencial teórico no campo de saúde um modelo cuja estrutura tem um carácter abrangente, envolvendo entre as suas componentes dimensões referentes não só à biologia humana, mas também àquelas relacionadas com o meio ambiente e com a forma como é organizada a atenção prestada à saúde, assim como aos dados relativos ao estilo de vida.

Embora a classificação dos FR das DCV varie consoante a perspectiva dos diferentes investigadores, pode-se dizer que os FR clássicos se podem classificar em *não modificáveis* (sexo, idade e herança genética), ou seja aqueles que não se podem alterar, e em *modificáveis*, aqueles sobre os quais se pode atuar no sentido da mudança; estes, por sua vez, podem ser divididos em *causais* ou *independentes* e *predisponentes* ou, noutra perspectiva, em *comportamentais* (tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas) ou *psicossociais* (*stress*, ansiedade e depressão). Sublinhe-se que, embora a maioria dos autores inclua o tabagismo como fator *causal* ou *independente*, se optou aqui por incluí-lo noutra classificação (*fatores comportamentais*).

Concluindo, pode afirmar-se que é fundamental conhecer as DCV a fim de se poderem planejar abordagens visando a sua prevenção; para tal, é útil não esquecer que se trata de doenças relacionadas com hábitos, comportamentos e estilos de vida, inevitavelmente associados ao percurso pessoal de cada sujeito. Consequentemente, a intervenção tem de ocorrer num processo temporal contínuo que permita seguir a evolução das patologias, inserir novas aprendizagens, trabalhar e ultrapassar as dificuldades, de modo a permitir acompanhar as alterações de comportamento essenciais no controle dos FR associados a estas doenças. Com efeito, apenas o conhecimento - e uma política de proximidade relativamente aos indivíduos e às populações permitirá o sucesso deste combate.

1. EPIDEMIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA DAS DCV

O estudo epidemiológico das DCV justifica a sua importância ao possibilitar um conhecimento vasto e diferenciado da condição clínica da população em causa e um olhar atento sobre a sua prevalência, relação com os fatores predisponentes e distribuição geográfica, permitindo ainda perceber o seu impacto social e cultural (Epstein, 1996).

Antigamente estas doenças eram consideradas uma causa importante de óbito somente em países industrializados. Hoje, mesmo nos países em desenvolvimento, com um maior controlo das doenças infetoparasitárias e conseqüente aumento da longevidade das suas populações, é atingido um número cada vez maior de pessoas em faixas etárias cada vez mais baixas. Entre as doenças cardiovasculares, a de maior incidência é a doença arterial coronária, cujas principais manifestações clínicas são a *angina pectoris*, o enfarte agudo do miocárdio e a morte súbita (Batlouni, 1993, *cit. in* Colombo & Aguillar, 1997).

A par com o acidente vascular cerebral (AVC) - uma importante causa de deficiência - as doenças cardíacas são as principais responsáveis pela invalidez e morte prematura em todo o mundo e pela elevada taxa de anos vividos com incapacidade nos países em desenvolvimento, ocasionando 13% das mortes nos países industrializados em idades inferiores a 60 anos. Representam, assim, o maior contributo para as taxas de morbidade e mortalidade, considerando a Organização Mundial de Saúde (OMS) que o conjunto das DCV constitui a principal causa de morte nos países desenvolvidos, onde totaliza 50% das mortes, prevendo-se que esta situação se agrave ainda nos próximos anos (Mendis *et al.*, 2011; WHO, 2007, 2013).

Na Europa são a principal causa de morte em homens com mais de 45 anos e em mulheres com mais de 65 anos. As estimativas da OMS apontam para um agravamento da situação, prevendo-se que 23,3 milhões de indivíduos sofram de doença cardíaca ou AVC em 2030. Em Portugal continental, segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2005-2006, a mortalidade devida a doenças do aparelho circulatório foi a que apresentou maior incidência, o equivalente a 34% do total de óbitos, sendo o AVC e a doença isquémica coronária (DIC) aquelas que podem ser consideradas mais relevantes do ponto de vista da mortalidade e morbidade (INE/INSA, 2009; WHO, 2013).

As DCV são um conjunto de doenças que afetam o aparelho cardiovascular e que podem apresentar diferentes manifestações clíni-

cas, nomeadamente o AVC e a DIC de origem aterosclerótica, correspondendo normalmente a eventos agudos causados pela oclusão arterial que vai bloquear a circulação para o miocárdio ou para o cérebro. A aterosclerose é um processo fisiopatológico subjacente às DCV que se desenvolve de modo progressivo ao longo dos anos, desde a infância e adolescência até à idade adulta, sendo condicionada por inúmeros fatores de risco. Na sua génese estão implicados fatores de natureza diversa: genéticos, ambientais, hemodinâmicos, dietéticos, metabólicos, inflamatórios, entre outros, que, conjugados e/ou associados, amplificam o risco da evolução da doença. Consiste na inflamação dos vasos sanguíneos e na acumulação de gorduras nas suas paredes, associada a um processo contínuo de espessamento por acumulação de lípidos, células inflamatórias e tecido fibroso (Epstein, 1996; Goodman & Boissonnault, 1998, Macedo *et al.*, 2008).

As DCV manifestam-se habitualmente de modo súbito, sem sintomas prévios, embora se possam referir alguns indícios como dor ou desconforto no centro do peito ou nos braços, ombro esquerdo, cotovelos, pescoço ou coluna; pode existir também dificuldade em respirar ou falta de ar, indisposição ou vômitos, tonturas, náuseas, suores ou palidez. O AVC é indiciado pelo entorpecimento ou perda súbita de força na face, braço ou perna; são também sintomas significativos confusão e dificuldade em falar, em ver com um ou com os dois olhos ou em andar, assim como tonturas, perda do equilíbrio ou descoordenação, dor de cabeça forte sem causa aparente, perda de consciência ou desmaio.

Especificamente, a DIC resulta normalmente de uma diminuição súbita no fluxo sanguíneo coronário, com conseqüente diminuição de oxigenação e lesão do miocárdio. Quanto ao AVC, a sua fisiopatologia é mais diversa podendo acontecer como conseqüência de hemorragia cerebral por rutura de vaso ou por lesão devida à aterosclerose ou ainda em conseqüência da elevação súbita da pressão arterial (Goodman & Boissonnault, 1998; Jellinger, 2000; Mendis *et al.*, 2011; WHO, 2007).

2. AS DCV E OS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS

A manifestação das DCV está relacionada com um conjunto de fatores resultantes de circunstâncias com ações parciais, cujo somatório aumenta ou mesmo multiplica a sua probabilidade de ocorrência, podendo tornar os indivíduos mais suscetíveis de desenvolver esta doença, os quais são chamados fatores de risco cardiovascular (Barbosa & Silva, 2013).

Esta terminologia surgiu pela primeira vez quando Kannel e outros (1961, *cit. in* Mancilha-Carvalho,1992) divulgaram os resultados do “*Framingham Heart Study*”. Este estudo pioneiro seguiu uma amostra populacional de cerca de cinco mil indivíduos de ambos os sexos, residentes na cidade de Framingham, no Massachusetts, ao comparar indivíduos que tinham desenvolvido DCV com aqueles que não tinham; a investigação propôs que tudo o que pudesse ser relacionado com uma maior incidência de doença fosse denominado fator de risco (FR).

Segundo Gama, Mussi e Guimarães (2010), este estudo foi pioneiro na identificação dos FR causais das DCV, permitindo classificar os indivíduos em baixo, médio e alto risco. Estes autores classificam os FR como condicionantes - ligados com a hereditariedade e o estilo de vida; causais - relacionados diretamente ao dano cardiovascular - designadamente dislipidemia, hipertensão arterial (HA), *diabetes mellitus* (DM) e tabagismo; e predisponentes - facilitadores do aparecimento dos fatores causais - salientando a obesidade, o sedentarismo e o *stress* psicológico.

A causa das DCV é multifatorial e a maior parte dos casos resulta de um estilo de vida inadequado e de diferentes FR. De acordo com Cunningham (1992, *cit. in* Colombo & Aguillar, 1997) os FR clássicos podem ser classificados em não modificáveis (idade, género, etnia, hereditariedade e história familiar) e em modificáveis, ou seja, aqueles sobre os quais se pode atuar; estes podem ser categorizados em principais FR modificáveis (HA, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo, obesidade/excesso peso e DM e outros FR modificáveis (baixo *status* socioeconómico, *stress*, ansiedade ou depressão, consumo imoderado

de bebidas alcoólicas e ingestão de alguns medicamentos). Podem ainda referir-se outros FR não incluídos nas categorias anteriores (1).

Outros investigadores, como Santos Filho e Martinez (2002), categorizaram os FR causais ou independentes (dislipidémias - i.e., colesterol LDL colesterol elevado associado a níveis de colesterol HDL colesterol diminuídos - HA, DM, tabagismo e idade). Além destes, uma série de outros FR foram descritos e potencializam os fatores independentes, sendo denominados fatores predisponentes; entre eles temos: história familiar precoce de DIC, obesidade - principalmente a do tipo central -, sedentarismo, etnia e fatores psicossociais. Um terceiro grupo de FR, cujo papel na aterogénese é provável, apesar de ainda não totalmente demonstrado, é denominado grupo de fatores condicionais que podem incluir, entre outros, os níveis excessivos de triglicéridos, a presença de algumas lipoproteínas, a homocisteína ou o fibrinogénio ou os fatores inflamatórios.

Na etiologia do AVC, a HA - principalmente a hipertensão sistólica -, é o mais importante fator de risco. Em Portugal, existem cerca de dois milhões de hipertensos. Todavia, destes, apenas metade tem conhecimento desse facto, apenas um quarto está medicado e somente 16 % estão controlados. A obesidade, o consumo exagerado de sal e de álcool, o sedentarismo, a má alimentação, o tabagismo e o *stress* são também condicionantes da HA. A morbidade e mortalidade das DCV têm uma relação forte com o aumento da pressão arterial. Por essa razão considera-se que esta situação clínica é o fator de risco cardiovascular corrigível mais frequente e uma das condições médicas usualmente mais associada a um aumento da incidência das DCV, assumindo, por isso, o seu tratamento e controlo, uma importância central nas estratégias preventivas (Cortez-Dias et al., 2009,; Macedo et al.; MS, 2010; Santos Filho & Martinez, 2002).

(1) Entre outros - necessitando de maiores estudos para a sua elucidação - podem incluir-se a homocisteína em excesso, os marcadores inflamatórios - a proteína C reativa e a coagulação sanguínea anormal - os níveis elevados de fibrinogénio, a menopausa, o uso de contraceptivos orais, a hiperuricémia e a taxa de fibrinogénio aumentada (Colombo & Aguillar, 1997; Rique et al., 2002).

Quanto à dislipidemia, saliente-se que, sendo os lípidos substâncias gordas associadas à doença aterosclerótica que consistem essencialmente de colesterol, triglicéridos e lipoproteínas de baixa (LDL) e elevada (HDL) densidade, embora seja consensual que o colesterol é indispensável ao organismo, valores elevados são considerados prejudiciais à saúde; em particular, o excesso de LDL associado a níveis baixos de HDL aumentam o risco de DCV. Consideram-se valores desejáveis de colesterol total, valores inferiores a 200 mg/dl. Quando o valor de colesterol total está acima de 240 mg/dl é considerado muito elevado (ARS Norte, 2006; Goodman, & Boissonnault, 1998; MS, 2010).

Por sua vez, a diabetes é uma doença metabólica de etiologia múltipla caracterizada por hiperglicemia crônica e alterações de tolerância à glicose em jejum frequentemente associada ao desenvolvimento de lesões vasculares do olho, rim, sistema nervoso e sistema circulatório, a longo prazo, sendo considerado um importante problema de saúde pública que envolve custos sociais e econômicos associados a uma elevada morbidade e mortalidade (ADA, 2007; Buse *et al.*, 2007).

3. FATORES DE RISCO COMPORTAMENTAIS

O grupo de FR comportamentais inclui não só os aqui considerados (obesidade, sedentarismo e tabagismo) mas também, por exemplo, o consumo de álcool ou de outras drogas e as perturbações do sono, os quais, até muito recentemente, não eram categorizados autonomamente, sendo incluídos no grupo dos principais FR modificáveis, juntamente com a dislipidemia, HA e DM, fatores que, entre outros, são hoje designados como biomédicos. Todavia, investigações recentes incluem neste grupo apenas os três FR acima considerados (Muniz *et al.* 2012; Waldstein *et al.* 2010).

O excesso de peso/obesidade é uma desordem multifacetada e complexa que afeta todos os escalões etários e géneros e consiste numa acumulação anormal de gordura que representa risco para a saúde. Está associada a diferentes morbidades e a doenças crónicas e é considerada uma causa importante das DCV.

Resulta de sucessivos desequilíbrios energéticos devido à excessiva quantidade de energia ingerida relativamente à despendida, determinados por fatores complexos de natureza genética, metabólica, ambiental e comportamental. A inatividade física e os padrões alimentares desadequados são as principais explicações para a sua existência. De facto, a prevalência do excesso de peso/obesidade tem tido um crescimento alarmante em todo o mundo e afeta mais de 66% de toda a população adulta mundial, sendo já reconhecida como uma epidemia do século XXI, podendo-se considerar fundamental a intervenção preventiva neste âmbito, a fim de reduzir os FR tais como a pressão arterial elevada, os níveis excessivos de colesterol LDL e de triglicéridos totais, associados a baixos valores de HDL (DGS, 2005; Moffat, 2007; Norman, *et al.*, 2007; WHO, 2010).

Por outro lado, a inatividade física, relacionada com o uso exagerado de transportes e da permanência em frente da televisão durante longos períodos, é reconhecida como um FR independente, sendo o somatório de comportamentos de risco agravado pela falta de atividade física diária; efetivamente, os indivíduos fisicamente ativos têm sido reconhecidos como apresentando menor risco de DCV. Neste contexto, é de referir que se estima ser de mais de 60% a percentagem dos adultos que não cumprem os níveis de atividade física recomendados como benéficos para a saúde, levando a que o sedentarismo seja causador de quase dois milhões de mortes em todo o mundo, sendo mais prevalente nas mulheres, nos idosos, nos indivíduos com incapacidades ou que pertencem a grupos socioeconómicos mais desfavorecidos (DGS, 2007a, 2007b; Thompson *et al.* 2003; WHO, 2004).

Entre outros aspetos, a atividade física tem um papel fundamental na diminuição da pressão arterial e da resistência à insulina, no aumento da capacidade cardiorrespiratória e, conseqüentemente, num melhor rendimento cardíaco e na melhoria do perfil hemostático, uma vez que os seus baixos níveis podem contribuir para a progressão e o início precoce e das DCV (Graham *et al.*, 2007; Lopes, *et al.*, 2005).

Na prevenção das DCV, a atividade física, pelos seus efeitos benéficos, é um dos métodos por excelência na alteração e controlo dos FR. Na verdade, a prática regular de atividade física na escola, no local de trabalho, em atividades de lazer e após a idade de reforma deve constituir um objetivo importante das estratégias de intervenção e uma componente fundamental de mudança de estilo de vida (DGS, 2006, 2007b).

No que concerne aos efeitos nocivos dos hábitos tabágicos, é de referir que estes são cumulativos face ao consumo diário e ao tempo de exposição, sendo o tabagismo um FR para as DCV e para a doença arterial periférica, dado que este risco aumenta quando essa exposição se inicia antes dos 15 anos de idade, em particular no caso das mulheres. Com efeito, a OMS classifica o tabagismo como a principal causa de morte prevenível no mundo e revela que, em consequência dela, morrem cerca de 5,4 milhões de pessoas por ano, estando esta epidemia a piorar, especialmente nos países em desenvolvimento, onde ocorrerão mais de 80% das mortes nas próximas décadas (WHO, 2009).

De facto, o tabagismo está relacionado com cerca de 50% das causas de morte evitáveis, metade das quais devidas à aterosclerose. Estima-se também que perto de um terço da população adulta esteja regularmente exposta ao tabaco de forma passiva e que os não fumadores, mas que vivam ou trabalhem com fumadores, também estejam sujeitos aos malefícios do tabaco. Por este motivo, a cessação tabágica é, isoladamente, a medida preventiva mais importante para assegurar a prevenção das DCV (MS, 2010).

Por outro lado, torna-se indispensável perspetivar o modo como são concebidos e incrementados os programas de prevenção nesta área pois que para terem sucesso, parece ser determinante evitar a extrapolação de certas experiências - realizadas com êxito num determinado âmbito - uma vez que a sua aplicação parece não ser útil se generalizada a distintas populações; por conseguinte, é preciso um adequado conhecimento dos contextos, de modo a permitir intervenções que sejam efetivas ao nível das modificações de comportamento neces-

sárias para a adoção de um estilo de vida mais saudável que possa prevenir as DCV (Colombo & Aguillar, 1997).

4. FATORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS

As primeiras associações entre FR psicossociais e as DCV derivaram dos prejuízos causados pelo *stress* tanto em cardiopatas quanto em indivíduos saudáveis. Além das relações encontradas na população clínica humana, uma grande quantidade de evidências recolhidas em modelos animais (especialmente em estudos com primatas) sugere que o *stress* psicossocial crónico - ocasionando a ativação autonómica do organismo no sentido de se adaptar aos estímulos *stressantes* do ambiente - pode provocar a exacerbação da aterosclerose (Sardinha *et al.*, 2009).

O *stress* tem sido identificado como uma reação a um acontecimento isolado - devido a fatores internos ou externos - que envolve respostas fisiológicas, sentimentos subjetivos, desconforto e comportamentos observáveis, sendo inevitável enquanto consequência do ritmo de vida atual. É, contudo, difícil definir o seu conceito com exatidão, visto que os fatores que o desencadeiam e as suas consequências diferem de pessoa para pessoa. Se tiver um carácter constante, provoca alterações neuro-endócrinas importantes no organismo, como o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, e ainda efeitos psicológicos, como episódios de ansiedade, *deficits* de atenção e de memória. Por esse motivo, a maior parte dos investigadores consideram o *stress* como um FR a ser combatido tanto na prevenção quanto no tratamento das DCV (APA, 2000; Viegas & Gonçalves, 2009; WHO, 2000).

Hoje em dia, o *stress* pode ser considerado um dos maiores problemas das sociedades modernas, apesar da cultura popular há muito o associar, na sua variante aguda e crónica, à ocorrência de numerosas doenças, desde simples infeções virais até úlceras gástricas e neopla-

sias, facto esse corroborado por inúmeros estudos epidemiológicos e experimentais. Por esse motivo, atualmente, admite-se que o sistema cardiovascular possui uma ampla participação na adaptação ao *stress*, aceitando-se que estados intensos e continuados constituam claros FR das DCV. Entretanto, embora a adequada comprovação científica desta relação tenha sido obtida, muitos profissionais do setor da saúde ainda a encaram com certo ceticismo, encontrando dificuldade em valorizá-la na prática clínica, embora seja uma das principais queixas dos pacientes (Loures *et al.*, 2002).

Para além do *stress*, a ansiedade e a depressão são já também considerados FR para o desenvolvimento e agravamento das DCV, sendo considerados por muitos como uma só doença, dado que, na maioria das pessoas, parece existir um quadro misto das duas perturbações, não obstante cada uma delas apresentar sintomas específicos e muitas vezes distintos (Montgomery, 1995).

Quanto à ansiedade, segundo a Associação Psiquiátrica Americana (2000), a sua designação abrange diferentes perturbações, entre as quais ataques de pânico, fobias, distúrbios obsessivos-compulsivos, stress pós-traumático, para além dos tipos particulares de ansiedade generalizada ou específica. Nesta perspetiva, este síndrome, normalmente associado a agitação, nervosismo ou tensão interior, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e perturbações do sono, interfere no desempenho dos indivíduos, nomeadamente ao nível social, ocupacional ou familiar, entre outros.

Recentemente, os transtornos de ansiedade, em especial o transtorno de pânico, têm sido fortemente associados às cardiopatias, representando um desafio em termos do seu diagnóstico e tratamento. No entanto, apesar de se saber que há uma associação entre os transtornos de ansiedade e as DCV, o seu verdadeiro alcance carece ainda de suficientes estudos, embora muitos deles tenham sido desenvolvidos nos últimos anos, a fim de procurar entender os mecanismos intervinientes (Sardinha *et al.*, 2009).

Por conseguinte, pode-se afirmar que, apesar do crescente interesse da comunidade científica pelo impacto da ansiedade sobre o desenvolvimento e o agravamento das DCV, continuam ainda a existir importantes lacunas no seu conhecimento, dado que ainda não existem evidências consistentes sobre estratégias de tratamento efetivas, não obstante certas intervenções terapêuticas possam ser potencialmente eficazes para reduzir o risco cardiovascular (Maes *et al.*, 1987; Sarafino, 1994).

No caso da depressão, torna-se indispensável sublinhar as suas consequências, uma vez que esta é a primeira causa de incapacidade, na carga global de doenças dos países desenvolvidos e, em conjunto com a esquizofrenia, responsável por 60% dos suicídios, prevendo-se que possa vir a atingir cerca de 20% da população, percentagem esta ainda com tendência a aumentar. De facto, os episódios depressivos são bastante comuns nos pacientes cardiopatas, variando a sua prevalência de acordo com o momento da doença. Além dos prejuízos funcionais advindos desta situação, o cardiopata que apresenta sintomas depressivos tem também mais dificuldade em aderir ao tratamento clínico e apresenta pior qualidade de vida, tornando-se tal ocorrência um fator preditivo significativo de novos eventos cardiovasculares. Além disso, a depressão é também considerada, por si só, um FR independente para o desenvolvimento de doença coronária em indivíduos saudáveis. (DGS, 2004; Sardinha *et al.*, 2009).

5. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E ESTILOS DE VIDA

A prevenção da aterosclerose requer intervenção em todos os FR modificáveis, sendo uma preocupação bem expressa na Carta Europeia para a Saúde do Coração, apresentada no Parlamento Europeu pela Sociedade Europeia de Cardiologia e pela Rede Europeia do Coração. A OMS calcula que uma ligeira e simultânea redução da pressão arterial, da obesidade, do colesterol e do consumo de tabaco fariam abater a incidência mundial da DCV em mais de metade (WHO, 2007).

Com efeito, pode afirmar-se que uma intervenção preventiva requer uma ação direta sobre todos os FR e sobre as condições metabólicas associadas, sendo que a alteração destas circunstâncias é essencial para reduzir a mortalidade e a morbidade, atendendo a que, atualmente, estão acessíveis diversas alternativas terapêuticas que podem prevenir a doença coronária (Jellinger, 2000; Macedo *et al.*, 2008).

Por outro lado, dado que a maior parte dos hábitos sociais é adquirida desde muito cedo, em geral durante a adolescência e no início da idade adulta, é preciso desencadear atempadamente estratégias adequadas a fim de minimizar o número de casos ou a sua gravidade, dado que a aterosclerose evolui ao longo dos anos, surgindo os sintomas já numa fase avançada. Nesse sentido, a OMS refere mesmo que “*o amanhã já está aqui*” e que, por isso, é urgente que a prevenção comece preferencialmente na infância, senão pode ser tarde de mais (WHO, 2013).

No seu estudo “*Lifestyle heart trial*”, Ornish e outros (1990, *cit. in* Colombo & Aguillar, 1997) demonstraram que mudanças no estilo de vida (dieta vegetariana, abandono do fumo, atividade física regular e controlo do *stress*) foram associadas à regressão de lesões ateroscleróticas, analisadas angiograficamente após um ano de adoção do estilo de vida proposto. Por esse motivo, parece provável que tais alterações permitam excluir ou controlar a intensidade dos FR, o que, por sua vez, parece diminuir a ocorrência das DCV, prevenir recorrências e melhorar o prognóstico de indivíduos que sofreram enfarte agudo do miocárdio.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (DGS, 2006) enuncia estratégias que incluem um conjunto de medidas destinadas à população em geral ou a grupos específicos (etários, profissionais, etc.). Nesse sentido, afirma a necessidade de instrumentos informativos, normativos e de orientação técnica que permitam enquadrar cada indivíduo num contexto global,

através de ações no âmbito da educação, da informação e da formação que incidam sobre as cidades, os locais de trabalho e os espaços públicos, os quais deverão ser considerados alvos prioritários para efeitos de sensibilização. Estas atividades preventivas devem dirigir-se não só às pessoas mas também ao ambiente que as rodeia, a fim de se adotarem estilos de vida mais saudáveis e se reduzirem os comportamentos de risco (WHO, 2013).

Por conseguinte, é importante salientar que a cultura, os rendimentos, a estrutura familiar, a idade, as capacidades físicas, o ambiente familiar e profissional são aspetos que devem ser considerados determinantes para que se consigam transformar as maneiras de pensar, olhar e sentir dos indivíduos, por forma a que estes alterem os seus comportamentos perante a saúde, adaptando-se a novos modelos de referência. Atingir tal desiderato constitui um desafio para os profissionais de saúde, dado que é indispensável adotar estratégias educacionais e comunicacionais centradas na sociedade/comunidade que permitam lidar com a magnitude deste problema. Saliente-se, todavia, que apenas a informação não é suficiente para alterar, de uma forma efetiva e duradoura, comportamentos prejudiciais, facto que implica a necessidade de uma reflexão sobre o modo de contribuir para a melhoria da qualidade de vida daqueles que manifestam uma ocorrência grave das DCV (Gama *et al.*, 2010).

Do ponto de vista anterior, pode concluir-se que é indispensável uma sensibilização permanente no sentido da adoção de estilos de vida mais saudáveis e de uma alteração das atitudes e dos padrões de comportamento que implicam risco cardiovascular, uma vez que todos estes aspetos são determinados pelas características individuais, pelas condições ambientais e socioeconómicas e pela interação social. Daí que Lalonde (1974, *cit. in* Colombo & Aguillar, 1997) defina “*estilo de vida*” como um conjunto de decisões sobre as quais se pode exercer certo grau de controlo, de modo a evitar hábitos nocivos para a saúde que possam resultar em doença ou morte.

Consequentemente, e para corresponder a um modo de viver baseado nestas premissas podem sugerir-se algumas estratégias preventivas, como, por exemplo, a automonitorização das atividades diárias; o controlo da resposta aos estímulos nocivos, baseado na identificação e registo dos comportamentos indesejáveis; a adoção de comportamentos de compensação, substituindo ver televisão ou ler enquanto se come por atividades alternativas como yoga, tai-chi, meditação, etc.; a reestruturação cognitiva, assente na discussão de expectativas realistas sobre a perda de peso, assim como o encorajamento para substituir pensamentos autodestrutivos por positivos; a educação nutricional, através do estabelecimento de planos de dieta ajustados ao nível de atividade física diária; a abordagem das recaídas, mediante o encorajamento no sentido de estabelecer uma listagem de estratégias de *coping* face a situações de alto risco; e finalmente, em alguns casos, optar por terapia cognitivo-comportamental para alterar a distorção cognitiva presente nos pensamentos automáticos e produzir efeitos positivos nos padrões autonómicos que predispõem à DCV (Sardinha *et al.*, 2009).

REFLEXÕES FINAIS

No conjunto das doenças crónicas, as DCV são as mais fáceis de prevenir através da modificação dos fatores de risco. No entanto, apesar disso, elas continuam a ser a principal causa de morte em Portugal, atingindo proporções epidémicas não obstante serem perturbações decorrentes do estilo de vida. Tal situação constitui um importante problema de saúde pública, cuja resolução é prioritária e justifica um esforço no sentido de uma correta atribuição de recursos.

Dado que atualmente se admite que o ser humano consegue alterar a sua bioquímica através das suas capacidades mentais, presume-se que a correção de certos hábitos - relativos a componentes como a gestão do *stress*, ansiedade e depressão, o controlo do peso e dos ní-

veis de colesterol e de açúcar no sangue, a dieta equilibrada, a prática de exercício físico, a evitação do tabaco e de outras substâncias nocivas, assim como a adesão à realização de exames periódicos de saúde - poderá ter um efeito preventivo na ocorrência das DCV.

Consequentemente, depende não só dos serviços de saúde, mas também, por ser um imperativo de natureza ética, de todos os agentes informativos e educativos, esclarecer os indivíduos sobre a forma como é possível, através da aquisição de um espírito crítico, incentivar competências de comunicação interpessoal e relacionamento social que lhes permitirão aumentar a motivação e a receptividade à informação. Para esse efeito, a fim de aumentar os potenciais cognitivos e sociais das pessoas em risco de virem a desenvolver estas doenças, é preciso responsabilizá-las pelas suas atitudes e comportamentos, uma vez que a prevenção das DCV depende da forma como cada um percebe o seu estado de saúde, facto esse que influencia as suas decisões e justifica, por vezes, a má adesão à terapêutica ou a não alteração dos estilos de vida.

Com efeito, para se obterem os resultados desejados, é indispensável conhecer os indivíduos/populações de modo a identificar a probabilidade da doença mas também, através disso, conseguir sensibilizar para a mudança. Por esse motivo, é essencial que a maneira como se informa seja esclarecedora e que as estratégias assumidas sejam conscienciosas e baseadas em informação relevante, de modo a incentivar alterações comportamentais e sociais, através de intervenções mais efetivas e centradas nas necessidades individuais.

Numa visão abrangente e integrada, multidisciplinar e intersectorial, pode-se afirmar que a prevenção das DCV e a promoção da saúde pública devem ser antecidas por uma mobilização geral da sociedade, expressa nas diversas políticas setoriais, esperando-se que, idealmente, essa intervenção seja baseada numa perspetiva global e holística, na medida em que permita capacitar as pessoas para uma adequada tomada de decisões e controlo das suas conseqüentes ações e que, para

além disso, possa ajudá-las a encontrar as suas próprias opções ao nível da mudança de comportamentos e de estilos de vida.

BIBLIOGRAFIA

- ADA (2007). American Diabetes Association - Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 30 (1), pp. 54-541.
- ARS Norte (2006). *Dislipidémias: Manual de boas práticas*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte / Comissão de Farmácia e Terapêutica da Região Norte.
- Barbosa, R.O. & Silva E.F. da (2013). Prevalência de fatores de risco cardiovascular em policiais militares. *Revista Brasileira de Cardiologia*, 26 (1), pp. 45-53.
- Batlouni, M. (1993). Interação placa, endotélio e isquemia aguda. *RSCESP*, 3 (2), pp.6-13.
- Buse, J.B. et al. (2007). Primary prevention of cardiovascular diseases in people with diabetes mellitus: a scientific statement from the American Heart Association and the American Diabetes Association, *Circulation*, 115 (1), pp. 114-26.
- Colombo, R.C.R. & Aguillar, O.M. (1997). *Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5 (2), pp. 69-82.
- Cortez-Dias, N., Martins, S., Belo, A. & Fiuza, M. (2009). Prevalência e padrões de tratamento da hipertensão arterial nos cuidados de saúde primários em Portugal – Resultados do Estudo VALSIM, *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 28 (5), pp. 499-523.
- Cunningham, S. (1992). *The epidemiologic basis of coronary disease prevention*. *Nursing Clinics of North America*, 27 (1), pp. 153-165
- DGS (2004). *Plano Nacional de Saúde, 2004-2010: mais saúde para todos (vol. 1 – Prioridades)*. Lisboa: Ministério da Saúde - Direcção Geral da Saúde.
- DGS (2005). *Programa nacional de combate à obesidade. Circular normativa n.º 3 da DGCG, de 17 de Março. Direcção Geral de Saúde - Ministério da Saúde.*
- DGS (2006). *Actualização do programa nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares; Circular Normativa n.º 3 / DSPCS de 6 de Fevereiro. Direcção Geral de Saúde - Ministério da Saúde*
- DGS (2007a). *Risco global cardiovascular. Circular Normativa n.º 06/ DSPCS, de 18 de Abril. Direcção Geral de Saúde - Ministério da Saúde.*
- DGS (2007b). *Actividade física e desporto: Actuação ao nível da educação para a saúde. Circular Normativa n.º 30 / DICES de 20 de Agosto. Direcção Geral de Saúde - Ministério da Saúde.*
- Epstein, F.H. (1996). *Cardiovascular disease epidemiology – A journey from the past into the future*. *Circulation*, 93 (9), pp. 1755-1764.
- Gama, G.G.G., Mussi, F.C. & Guimarães, A.C. (2010). Revisando os fatores de risco cardiovascular. *Revista de Enfermagem*, 18 (4), pp. 650-655.
- Goodman, C.C. & Boissonnault, W.G. (1998). *Pathology: implications for the physical therapist*. London: W.B. Saunders Company.

Graham, I. et al. (2007). *European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice*. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 14 (2), pp. 51-113.

INE & INSA (2009) *Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística / Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Jellinger, P. S. (2002). *The American Association of Clinical Endocrinologists: Medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of atherogenesis*. *Endocrine Practice*, 6 (2), pp. 162-213.

Kannel, W.B. et al. (1961). *Factors of risk in the development of coronary heart disease – six-year follow-up experience: the Framingham study*. *Annals of Internal Medicine*, 55 (1), pp. 33-50.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa, April, 1974.

Lopes, C, Santos, A.C., Azevedo, A., Maciel, J. & Barros, H., (2005). *Actividade física e risco de enfarte agudo do miocárdio após a quarta década de vida*, *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 24 (10),1191-1207.

Loures, D.L., Sant'Anna, Baldotto, C. S. da R., Sousa, E.B. de & Nóbrega, A.C.L. (2002). *Estresse mental e sistema cardiovascular*. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 78 (5), pp. 525-530.

Macedo, A., Santos, A., Rocha, E. & Perdigão, C. (2008). *Percepção da doença cardíaca e cerebral dos factores de risco cardiovasculares em Portugal: Estudo AMALIA*. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27 (5), pp. 569-580.

Maes, S., Vingerhoets, A. & Van Heck, G. (1987). *The study of stress and disease: some developments and requirements*. *Social Sciences and Medicine*, 25, pp.561-566.

Mancilha-Carvalho, J.J. (1992). *Antecedentes da doença coronária: os fatores de risco*. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 58 (4), pp. 263-267.

Mendis, S., Pusk, P. & Norrving, B. (2011). *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva: World Health Organization/ World Heart Federation /World Stroke Organization.

Moffat, M. (2007). *Combating obesity - A world-wide epidemic*. *World Confederation for Physical Therapy*.

Montgomery, S.A. (1995). *Ansiedade e depressão*. Lisboa: Climepsi.

MS (2010). *Portal da Saúde - Doenças cardiovasculares [em linha]*. Acedido em 7 de Maio de 2010 em <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/doencascardiovasculares.htm>.

Muniz, L.C., Schneider, B.C., Silva, I.C.M. da, Matijasevich, A. & Santos, I.S. (2012). *Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil*. *Revista de Saúde Pública*, 46 (3), pp. 534-542.

Norman, G.J., Zabinski, M.F., Adams, M.A., Rosenberg, D.E., Yaroch, A.L., & Atienza, A.A., (2007). *A review of health interventions for physical activity dietary behaviour change*. *American Journal of Preventive Medicine*, 33 (4), pp. 336-345.

Okai, H. & Lopes, M. M. C. (2009). *Redução do risco cardiovascular global através da continuidade de cuidados assistenciais prestados a uma população hipertensa pelo médico de família*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, pp.169-176.

- Ornish, D. et al. (1990). Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The lifestyle heart trial. *Lancet*, 336 (21), pp. 129-133.
- Rique, A.B.R., Soares, E. De A. & Meirelles, C. De M. (2002). Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 8 (6) pp. 244-254.
- Santos Filho, R.D. & Martinez, T.L. da R. (2002). Fatores de risco para doença cardiovascular: velhos e novos fatores de risco, velhos problemas! *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica*, 46 (3). Acedido a 11 de janeiro de 2014 em <http://dx-doi.org/10.1590/S0004-27302002000300002>.
- Sarafino, E. (1994). *Health psychology. Biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley & Sons.
- Sardinha, A., Nardi, A. E & Zin, W. A. (2009). Ataques de pânico são realmente inofensivos? O impacto cardiovascular do transtorno de pânico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (1), pp. 57-62.
- Sheridan, S.I., Vieira, A.J., Krantz, M.J., Ice, C.L., Steinman, L.E., Peters, K.E., Kopin, L.A. & Lungelow, D. (2010). The effect of giving global coronary risk information to adults: A systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 170 (3), pp. 230-239. Doi: 10.1001/archinternmed.2009.516.
- Thompson, P.D. et al. (2003). Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: a statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). *Circulation*, 107, pp. 3109-3116.
- Viegas, J. & Gonçalves, M. (2009). A influência do exercício físico na ansiedade, depressão e stress. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e alto Douro. [em linha]. Acedido a 10 de Maio de 2010 em www.psicologia.com.pt.
- Waldstein, S., Kop, W.J. & Katzel, L.I. (eds.). (2010). *Cardiovascular behavioral medicine*. New York: Springer.
- World Health Organization (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Acedido em 22 de setembro de 2013 em http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
- World Health Organization (2007). *Prevention of Cardiovascular disease - Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk*. Acedido em 22 de setembro de 2013 em http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/Prevention_of_Cardiovascular_Disease/en/
- World Health Organization (2009). *WHO Report on the global tobacco epidemic*. Acedido em 1 de junho de 2010 em <http://www.who.int/publications/2009/97892415>.
- World Health Organization (2010). *Obesity*. Acedido a 1 de junho de 2010 em <http://www.who.int/topics/obesity/en/>.
- World Health Organization (2013). *Cardiovascular diseases (CVD)*. Acedido a 22 de setembro de 2013 em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

A AUTORA

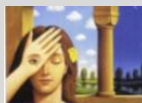
Ana Tomé - Em 1998 terminou o bacharelato em fisioterapia na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, tendo concluído em 2004 o segundo ciclo da licenciatura na mesma escola. De dezembro de 1998 a julho de 2005, trabalhou no hospital de S. Teotónio em Viseu, tendo durante o mesmo período colaborado como educadora clínica de estágios e formadora no curso de fisioterapia da Escola Superior de Saúde de Aveiro. Em 2005 concluiu uma pós-graduação em fisioterapia cardiopulmonar na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. Exerce desde esse ano funções no hospital de Faro onde integra, também, a equipa de reabilitação cardíaca desde 2007. Os seus principais interesses centram-se na reabilitação pulmonar e cardíaca, na intervenção em condições neurológicas e neuromusculares e na educação para a saúde.

Cadernos publicados

n.º 3

Helena Ralha-Simões

DESENVOLVIMENTO PESSOAL NA SOCIEDADE EMERGENTE: novos olhares em busca de um paradigma



n.º 4

Carla Fonseca Tomás

PSICOLOGIA DA ESPIRITUALIDADE: revisão teórica, conceitos emergentes e principais desafios



n.º 5

António Duarte

ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA: o papel da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados



n.º 6

Carlos Marques Simões

SUPERVISÃO OU ACONSELHAMENTO? Contributo para uma perspetiva contextualizada do desenvolvimento do professor



n.º 7

Rosanna Barros

MEDIAR ENTRE REGULAÇÃO E EMANCIPAÇÃO: perspetiva crítica sobre princípios e valores da cidadania social



n.º 8

Helena Ralha-Simões

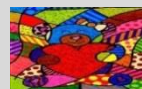
A CONSTRUÇÃO DA PESSOA RESILIENTE: dos contextos de desenvolvimento à psicologia positiva



n.º 9

Helena Sousa

FILOSOFIA PARA CRIANÇAS: contributo para a ativação do desenvolvimento psicológico



n.º 10

Maria Helena Martins

RESILIÊNCIA FAMILIAR: revisão teórica, conceitos emergentes e principais desafios



Cadernos do GREI

n.º 11

Ana Tomé

CONHECER E PREVENIR DOENÇAS CARDIOVASCULARES: fatores de risco e planeamento de cuidados de saúde



A publicar:

Ida Lemos

CRISE OU BONANÇA? Perspetivas clínicas sobre o desenvolvimento na adolescência



Nora Almeida Cavaco

INTEGRAÇÃO OU INCLUSÃO? Contributo para uma prática educativa inclusiva



GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares
Giordano Bruno



GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares
Giordano Bruno

Cadernos do GREI n.º 11 – Março 2014

