

Os Mitos a Respeito das Doenças Cardiovasculares

Ruy Laurenti, Cassia Maria Buchalla

São Paulo, SP

Este trabalho tem como objetivo apresentar argumentos que explorem os mitos sobre as doenças cardiovasculares, particularmente, a doença isquêmica do coração.

Muitas noções falsas são amplamente disseminadas, como, por exemplo, que a doença isquêmica do coração é mais prevalentes entre ricos, atinge quase que somente os homens e que não constitui problema de saúde pública nos países em desenvolvimento. Essas noções são discutidas em artigo de Martin¹, responsável pela área das doenças cardiovasculares na Organização Mundial de Saúde, que serviu de fonte a este trabalho.

Procurou-se apresentar dados que destaquem a real situação desse grupo de doenças em nosso meio, tentando, assim, destruir falsos mitos como os citados.

Muitos conhecimentos científicos chegam à população pela imprensa leiga que consegue, rapidamente, tornar popular certos termos médicos e/ou práticas e comportamentos.

A influência da imprensa leiga é grande e, especialmente, bem explorada em relação a conceitos e novidades da área da saúde. Tanto a imprensa escrita como os demais meios de comunicação deveriam ser melhor explorados pelos programas de saúde pública, uma vez que têm público interessado e aberto às informações veiculadas sobre saúde.

Ainda que numerosos estudos epidemiológicos, clínicos e anatomopatológicos tenham sido publicados nas últimas décadas, apontando os mais variados aspectos das doenças cardiovasculares, persistem ainda alguns conceitos ou noções falsas sobre o conjunto de doenças englobados no grupo das doenças cardiovasculares, sobretudo as mais frequentes dentre elas: a doença isquêmica do coração e as doenças cerebrovasculares, também conhecidas genericamente, como acidente vascular cerebral.

Essas noções falsas foram abordadas de maneira sintética, mas interessante e didática, por Martin¹, responsável pela área das doenças cardiovasculares na Organização Mundial de Saúde em um artigo intitulado “Acabar com os mitos sobre as cardiopatias”. A autora chama a atenção para o fato que, para prevenir as cardiopatias é preciso fomentar a saúde da população, o que só pode ser corrigido com noções verdadeiras, direcionando atitudes preventivas. Inicia seu artigo comentando: “Há anos persistem muitos conceitos errôneos sobre as doenças cardiovasculares – os ataques cardíacos, os acidentes cerebrovasculares e a hipertensão arterial – e que chegaram a se converter em mitos. A maioria deles partiu de observações concretas ocorridas na fase inicial da atual epidemia mundial e está profundamente arraigada na mentalidade dos responsáveis pelas políticas dos profissionais de saúde e do público. Como esses conceitos errôneos repercutem negativamente na oferta de recursos bem como nas medidas de prevenção e controle das doenças cardiovasculares, é necessário acabar definitivamente com eles”.

As colocações acima são interessantes e pertinentes, uma vez que, em atividades profissionais, quer sejam de ensino ou clínica, é frequente a menção de conceitos errôneos sobre doenças cardiovasculares por profissionais de saúde, inclusive médicos. A autora do citado trabalho apresenta seis mitos sobre as doenças cardiovasculares, comentando cada um e afirmando ser necessário acabar com eles. Pela importância e atualidade do tema, julgou-se interessante adequar o trabalho à nossa realidade. A autora concordou com a utilização de sua idéia como base para esta apresentação, com dados de nosso país. Desta forma, este trabalho pretende discutir os mitos em relação às doenças cardiovasculares em nosso meio.

Mito I: as doenças cardiovasculares são problemas de países desenvolvidos

Martin¹ chama a atenção para o fato que as doenças cardiovasculares causarem aproximadamente 15 milhões de mortes, por ano, no mundo. Esse número corresponde a 30% do total de óbitos e, entre aqueles causados por doenças cardiovasculares, dois terços ocorrem em países em de-

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Correspondência: Ruy Laurenti – Rua Edmundo Scanapicco, 102 – 05516-070 – São Paulo, SP
Recebido para publicação em 13/1/00
Aceito em 3/5/00

envolvimento. Esses países apresentam um número de mortes por doenças cardiovasculares duas vezes maior do que os países desenvolvidos. Analisando as duas causas mais freqüentes de mortes dentre esse grupo, das doenças cardiovasculares, percebe-se que, enquanto as causadas pelo acidente vascular cerebral ocorrem com o dobro da freqüência nos países em desenvolvimento em relação aos desenvolvidos, as mortes por “ataques cardíacos” ocorrem em igual número.

Há aproximadamente 35 anos foi realizada uma investigação de mortalidade de adultos de 15 a 74 anos de idade em doze cidades, sendo uma nos Estados Unidos (São Francisco) e outra na Inglaterra (Bristol), conjuntamente com 10 latino-americanas. Essa investigação analisou, de maneira padronizada, todos os casos de morte naquele grupo etário por meio de entrevistas a médicos, hospitais, clínicas e outros que haviam cuidado do caso, bem como entrevistas com familiares. Essa metodologia possibilitou corrigir os dados, obtendo-se desta maneira informações as mais fidedignas possíveis².

Foi possível comparar as duas cidades de países desenvolvidos (Bristol e São Francisco) com as 10 latino-americanas entre as quais se incluíam São Paulo e Ribeirão Preto. Há 35 anos, a mortalidade por doença isquêmica do coração era maior nas duas cidades anglo-saxãs, principalmente nos homens. No entanto, algumas cidades latino-americanas já apresentavam taxas altas de mortalidade por esse grupo de doenças. Naquela ocasião, entre as mulheres, as taxas eram bastante próximas em quase todas as cidades.

Quanto ao acidente vascular cerebral, a mortalidade em várias cidades latino-americanas superou aquela das duas cidades de países desenvolvidos, quer no sexo masculino, como no feminino, sendo que São Paulo e Ribeirão Preto apresentaram as maiores taxas. Quanto às doenças cardíacas hipertensivas, foi nítida a maior mortalidade na maioria das cidades latino-americanas, em ambos os sexos (tab. I).

Portanto, já há 35 anos, estudos indicam que as doenças cardiovasculares não são prerrogativas de áreas consideradas mais desenvolvidas ou ricas.

| Cidades | AVC | | DIC | | D. Card. Hipert. | |
|----------------|------|------|-------|------|------------------|------|
| | M | F | M | F | M | F |
| Bogotá | 50,8 | 57,4 | 78,0 | 46,4 | 23,2 | 33,2 |
| Bristol | 56,1 | 43,1 | 162,8 | 46,4 | 12,5 | 10,1 |
| Cali | 41,9 | 45,0 | 54,7 | 20,5 | 32,6 | 30,8 |
| Caracas | 44,9 | 33,1 | 98,5 | 38,2 | 12,8 | 15,8 |
| Guatemala | 28,3 | 32,9 | 26,1 | 10,4 | 6,7 | 9,3 |
| La Plata | 65,8 | 36,8 | 93,8 | 27,1 | 23,3 | 18,3 |
| Lima | 66,4 | 39,4 | 60,6 | 22,4 | 26,4 | 21,1 |
| México | 35,5 | 43,3 | 69,3 | 26,0 | 11,1 | 11,6 |
| Ribeirão Preto | 91,8 | 69,1 | 53,0 | 31,9 | 44,1 | 24,8 |
| São Francisco | 38,5 | 37,1 | 191,2 | 56,0 | 11,8 | 6,4 |
| Santiago | 73,5 | 60,4 | 77,4 | 36,7 | 12,1 | 13,5 |
| São Paulo | 78,8 | 61,8 | 95,0 | 40,6 | 28,0 | 35,0 |

Fonte: referência bibliográfica nº 2. Taxas ajustadas por idade.

No Brasil, as doenças cardiovasculares situam-se como o mais importante grupo de causas de morte: 27,5% em 1994; seguem-se as causas externas (12,1%) e as neoplasias (10,8%). As doenças infecciosas e parasitárias, historicamente relacionadas à pobreza, surgem na sexta posição com apenas 4,7% do total de óbitos. E o Brasil, no contexto socioeconômico global é considerado um país em desenvolvimento! Por outro lado, nosso país apresenta duas regiões que são consideradas “mais desenvolvidas” ou “mais ricas” (Sudeste e Sul) e, em contraposição a essas tem-se duas outras “menos desenvolvidas” ou “menos ricas” (Norte e Nordeste). Pela tabela II verifica-se que, mesmo nessas últimas, as doenças cardiovasculares constituem o principal grupo de causas de morte.

Husten³ projeta um cenário mundial para as próximas décadas no qual prevê uma epidemia de doenças cardiovasculares nos países menos desenvolvidos. Para ele a atual tendência resulta de um aumento dos fatores de risco de doenças cardiovasculares em decorrência de melhores condições econômicas e do aumento da expectativa de vida; invoca também o estilo de vida, não saudável, das populações, como um dos responsáveis pelo aumento da incidência desse grupo de doenças.

Numerosos outros dados poderiam ser apresentados para o Brasil e, também, para outros países ou regiões do mundo, mostrando que as doenças cardiovasculares não constituem problema somente para os países desenvolvidos!

Mito II: as doenças cardiovasculares são problemas de pessoas ricas

“Em todas as sociedades há aqueles que adotam logo e aqueles que adotam tardiamente mudanças no modo de vida. No início da epidemia de cardiopatias, somente as pessoas melhor situadas dos países em desenvolvimento adotaram os novos modos de vida que consistiam, entre outras coisas, em consumir alimentos ricos em gorduras e em calorias, comprar um automóvel e fumar. Agora que esses bens chegaram a ser de consumo de massa, este comportamento “não sadio” se infiltrou em todas as classes sociais. Atualmente, os ricos, principalmente os de áreas urbanas, têm melhor acesso à informações de saúde difundidas pelos

| Regiões | DCV | | DIP | | CE | |
|--------------|------|---------|-----|---------|------|---------|
| | % | Posição | % | Posição | % | Posição |
| Norte | 17,8 | 1ª | 7,0 | 4ª | 13,9 | 2ª |
| Nordeste | 19,5 | 1ª | 6,3 | 3ª | 9,6 | 2ª |
| Sudeste | 30,6 | 1ª | 4,1 | 7ª | 12,5 | 2ª |
| Sul | 32,6 | 1ª | 3,2 | 7ª | 11,8 | 3ª |
| Centro-Oeste | 27,1 | 1ª | 6,4 | 5ª | 17,6 | 2ª |
| Brasil | 27,5 | 1ª | 4,7 | 6ª | 12,1 | 2ª |

Fonte: mortalidade Brasil, 1994. Brasília: CENEPI/Fundação Nacional de Saúde.

meios de comunicação sobre os fatores de risco e podem modificar seu comportamento para modos de vida saudáveis (alimentação saudável, atividade física, abstenção do cigarro). Este é o grupo que primeiro adota as mudanças no modo de vida, enquanto os pobres das cidades e das comunidades rurais ficam de fora pelo menor acesso à informação e por falta de tempo e dinheiro para adquirir “alimentos saudáveis” e realizar um exercício físico que os mantenha em boa forma. O resultado é um estilo de vida perigoso e aumento dos fatores de riscos”¹.

Os comentários de Martin¹ expostos acima mostram de maneira bastante simples e direta a questão do rico e do pobre em relação as doenças cardiovasculares. E a autora ainda comenta quanto a esse mito das cardiopatias serem um problema de ricos: “Também nos países industrializados, onde a epidemia começou alguns decênios antes que no mundo em desenvolvimento, as doenças cardiovasculares são atualmente mais comuns nos setores relativamente pobres. Quando a epidemia mundial de cardiopatia chegar aos níveis máximos, os mais atingidos serão os países mais pobres e os setores mais pobres da sociedade”.

Os clínicos em geral e os cardiologistas em particular, conhecem muito bem a “tipologia socioeconômica” dos portadores de doenças cardiovasculares, principalmente nos hospitais públicos em nosso país. Essa vivência, leva, ou deveria levar, a derrubar o mito que este grupo de doenças é problema de ricos.

Entre os vários estudos epidemiológicos que mostram a prevalência das doenças cardiovasculares ou de fatores de riscos na população, julgou-se interessante mostrar o estudo feito por Achutti⁴ na população adulta de quatro áreas de Porto Alegre. Os resultados mostram que quanto menor a escolaridade, maior a exposição a fatores de riscos. Esses resultados levaram ao seguinte comentário de Costa e Silva⁵: “De acordo com esse estudo, quanto menor a escolaridade, maior a exposição a fatores de risco, o que mostra a tendência perversa do maior risco de adoecimento e mortalidade por doenças potencialmente preveníveis na população de baixa escolaridade e, possivelmente, de baixa renda e, portanto, com menor acesso aos benefícios da prevenção e tratamento dessas doenças”.

A tabela III mostra claramente o comportamento da prevalência de cinco fatores de risco (hipertensão arterial, uso de álcool, obesidade, fumo e sedentarismo) segundo o nível de escolaridade⁴. Assim, há uma relação inversa entre

o nível de escolaridade, que na realidade traduz a condição socioeconômica, e a prevalência dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. O trabalho de Achutti⁴ indica claramente a associação entre a pobreza e o risco de doenças cardiovasculares.

Ainda nessa questão de doenças cardiovasculares e “rico versus pobre”, Lopes⁶ analisou o fator racial e a hipertensão arterial, mostrando claramente que vários estudos internacionais e brasileiros indicam de forma consistente, que a prevalência de hipertensão arterial é maior entre negros do que em brancos. O autor discute as interações entre possíveis fatores genéticos e ambientais que contribuem para o maior risco de hipertensão arterial entre pessoas negras, destacando os fatores psicossociais. No Brasil, assim como em outros países das Américas, como é o caso dos Estados Unidos, há um forte contingente populacional de negros, que, em sua grande maioria, pode ser considerado como de “classe pobre”. Assim, a hipertensão arterial como forte fator de risco para doença isquêmica do coração e acidente vascular cerebral explica, em parte, a contribuição dos negros para a importante prevalência das doenças cardiovasculares entre os pobres.

Chor⁷ analisou o perfil de risco cardiovascular entre funcionários de um banco estatal, mostrando alguns aspectos interessantes da maior frequência de alguns fatores de risco entre aqueles de menor categoria funcional e menor escolaridade.

Fica muito claro que as doenças cardiovasculares não são prerrogativas dos ricos, muito pelo contrário! Portanto, esse mito é totalmente falso!

Mito III : as doenças cardiovasculares são, fundamentalmente, doenças de homens

Martin¹ chama a atenção para o fato que, embora a doença isquêmica do coração seja menos comum na mulher pré-menopáusia do que nos homens, em muitas partes do mundo é a causa mais freqüente de morte de mulheres, inclusive com menos de 65 anos de idade. Em relação ao tema comenta: “A cardiopatia, assim como seus fatores de risco, varia entre as populações em grau surpreendente. Por exemplo, segundo estudo recente da Organização Mundial da Saúde sobre as tendências das doenças cardiovasculares (o projeto MONICA), as taxas de ataque cardíaco em mulheres de 35 a 64 anos de idade de Glasgow (Escócia) e de Belfast (Irlanda do Norte) são mais altas que a dos homens de algumas partes do sul da Europa”.

A tabela I, mostra claramente que as doenças cardiovasculares, particularmente os acidentes vasculares cerebrais e a cardiopatia hipertensiva, não são exclusividade masculina, sendo que em várias cidades estudadas esses dois tipos de doenças cardiovasculares apresentavam maiores taxas de mortalidade nas mulheres. Os resultados do estudo de Puffer e Giffith², realizado há pouco mais de três décadas, assim como os de numerosos outros realizados até há mais tempo, justificam plenamente a derrubada deste mito e são também corroborados por estudos recentes.

Laurenti e cols.⁸, ao analisarem o perfil epidemiológico

| Tabela III – Prevalência (%) de fatores de risco para doenças cardiovasculares por nível de escolaridade em Porto Alegre, Brasil, 1997 | | | | | |
|--|-------------|---------------|-----------|------|--------------|
| Escolaridade | Hipertensão | Uso de álcool | Obesidade | Fumo | Sedentarismo |
| Universitária | 6,6 | 9,8 | 10,0 | 46,0 | 74,7 |
| Secundária | 8,0 | 18,2 | 18,0 | 47,0 | 79,1 |
| Primária | 19,9 | 18,1 | 31,0 | 55,0 | 85,3 |
| Analfabeto | 27,8 | 33,3 | 47,0 | 72,0 | 87,3 |

Fonte: referência bibliográfica n° 4.

da saúde masculina nas Américas mostraram que, embora a mortalidade por doenças cardiovasculares seja maior nos homens, existe também, de maneira significativa nas mulheres, confirmado por Lotufo⁹ na figura 1, onde apresenta a alta mortalidade das mulheres entre 45 e 64 anos, em alguns países e cidades brasileiras.

Esses dados podem ser utilizados para “combater” tanto este III mito como o I mito, já apresentado. De fato chama a atenção a alta mortalidade feminina por doença isquêmica do coração em quatro capitais de estados do Brasil (São Paulo, Porto Alegre, Curitiba e Rio de Janeiro), com taxas superiores a praticamente todos os países desenvolvidos escolhidos para comparação (fig. 1).

Estudos clínicos e epidemiológicos mostram claramente a falsidade desse mito. De fato, as doenças cardiovasculares não são, fundamentalmente, doenças do homem!

Mito IV: as doenças cardiovasculares são problemas dos idosos

Essa é uma crença bastante arraigada tanto no público em geral como entre profissionais de saúde. Não resta dúvida que a frequência das doenças cardiovasculares aumenta com o progredir da idade. Martin¹ cita os países industrializados onde cerca de um terço dos “ataques cardíacos” e uma quarta parte dos acidentes vasculares cerebrais ocorrem em pessoas com menos de 65 anos, enquanto nos países em desenvolvimento essa situação é mais marcante. Reddy e Yusuf¹⁰ comentam que nos países menos desenvolvidos a alta porcentagem de doença cardiovascular, que ocorre antes de 65 anos, pode ser considerada como consequência da má qualidade da assistência médica. Pode-se acrescentar a esse comentário o fato que uma parte considerável da população tem dificuldade de acesso a qualquer tipo de assistência.

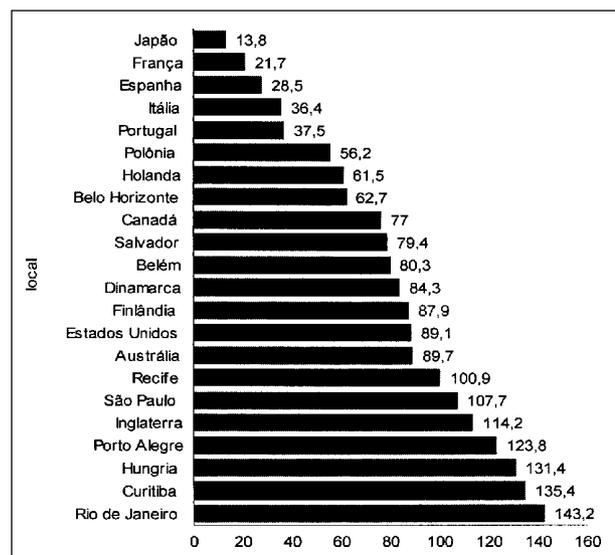


Fig. 1 – Mortalidade por doença isquêmica do coração, em mulheres de 45 a 64 anos de idade em sete capitais de estados do Brasil e dezesseis países selecionados, 1984 e 1987 (taxa por 100.000). Fonte referência bibliográfica 9.

Chor¹¹ descreveu muito bem a existência de uma mortalidade precoce, no Brasil, enquanto Lotufo¹² mostrou que a mortalidade proporcional por doença isquêmica do coração e acidente vascular cerebral, na faixa etária de 35 a 64 anos de idade, em vários locais do Brasil assim como em países desenvolvidos, é bastante representativa. Assim, a mortalidade por doença isquêmica do coração chega a 39% na Inglaterra, 38% na Finlândia e nas capitais brasileiras variou de 21% (Porto Alegre, Rio de Janeiro e Curitiba) a 11% (Salvador), no sexo masculino. Considerando o sexo feminino, esta porcentagem é mais baixa chegando, às vezes, a valores superiores a 15%. A tabela IV mostra a mortalidade proporcional por doença isquêmica do coração e acidente vascular cerebral em homens de 35 a 64 anos. A tabela V apresenta a mortalidade proporcional (%) por doença isquêmica do coração segundo grupos etários e regiões do país. Assim, 11,6% das mortes por doença cardiovascular ocorrem dos 30 aos 49 anos e 35,7%

Tabela IV – Mortalidade proporcional (%) por doença isquêmica do coração (DIC) e acidente vascular cerebral (AVC) em 14 países desenvolvidos e capitais de áreas metropolitanas do Brasil, sexo masculino, 35 a 64 anos, 1984/1987

| Países e capitais brasileiras | DIC (%) | AVC (%) |
|-------------------------------|---------|---------|
| Inglaterra | 39,0 | 6,0 |
| Holanda | 29,0 | 4,0 |
| Austrália | 32,0 | 5,0 |
| Canadá | 30,0 | 3,0 |
| Finlândia | 38,0 | 6,0 |
| EUA | 27,0 | 4,0 |
| Itália | 17,0 | 7,0 |
| Dinamarca | 29,0 | 4,0 |
| Japão | 6,0 | 12,0 |
| Espanha | 15,0 | 7,0 |
| Hungria | 22,0 | 11,0 |
| Porto Alegre | 21,0 | 10,0 |
| Rio de Janeiro | 21,0 | 29,0 |
| Polônia | 19,0 | 5,0 |
| França | 11,0 | 5,0 |
| Curitiba | 21,0 | 15,0 |
| Belém | 14,0 | 14,0 |
| Portugal | 12,0 | 12,0 |
| Belo Horizonte | 11,0 | 15,0 |
| São Paulo | 18,0 | 12,0 |
| Salvador | 11,0 | 12,0 |
| Recife | 15,0 | 11,0 |

Fonte: referência bibliográfica nº 12.

Tabela V – Mortalidade proporcional (%) por doença isquêmica do coração segundo alguns grupos etários e regiões do Brasil, 1994

| Idades | 30 a 49 | 50 a 69 | 70 e mais | 30 e mais |
|--------------|---------|---------|-----------|-----------|
| Regiões | % | % | % | % |
| Norte | 12,9 | 35,1 | 46,7 | 94,7 |
| Nordeste | 11,4 | 33,4 | 50,7 | 95,5 |
| Sudeste | 11,8 | 36,2 | 49,4 | 97,4 |
| Sul | 9,9 | 35,7 | 52,4 | 98,0 |
| Centro-Oeste | 14,1 | 37,6 | 43,3 | 95,0 |
| Brasil | 11,6 | 35,7 | 49,7 | 97,0 |

Fonte: mortalidade Brasil, 1994. Brasília: CENEPI/Fundação Nacional de Saúde.

dos 50 aos 69 anos. Em todas as regiões brasileiras, as mortes por doença isquêmica do coração na faixa de 30 e 49 anos representam valores superiores a 11% do total de óbitos, exceto na região Sul (9,9%).

Os dados apresentados confirmam que as doenças cardiovasculares não são uma prerrogativa de idosos ou de indivíduos com mais de 65 ou 70 anos de idade. Por outro lado, o que é mostrado na tabela IV, também contribui para derrubar o I mito.

Mito V: as doenças cardiovasculares não se prestam a uma ação preventiva na comunidade

Nos Estados Unidos, a partir da metade da década de 60, começou a existir um declínio na mortalidade por doença isquêmica do coração que persiste até hoje.

Pouco mais de uma década após o início deste declínio foi realizada uma conferência em Bethesda, MD, *Conference on the Decline in Coronary Heart Diseases*¹³, cujo objetivo foi discutir com especialistas de várias áreas a questão do declínio e, principalmente, tentar identificar os possíveis fatores responsáveis pelo fato. Naquela ocasião, além de fatores tidos como possíveis, como o avanço na terapêutica médico-cirúrgica, ficou claro que havia uma diminuição na prevalência dos maiores e mais importantes fatores de risco, contribuindo assim para uma diminuição de incidência da doença isquêmica do coração e que se refletia na mortalidade.

Vários estudos apontavam para a hipótese que a redução da mortalidade era resultado das mudanças do *status* dos fatores de risco na população.

É um fato aceito pelos estudiosos de cardiologia – clínicos, patologistas e epidemiologistas – que os resultados dos “Estudos de Framingham”¹⁴ foram os responsáveis pelos conhecimentos atuais sobre os fatores de risco para a doença isquêmica do coração. A divulgação desse conhecimento fez com que a população adotasse medidas individuais e/ou coletivas de prevenção das doenças isquêmicas do coração. Tais medidas, certamente, colaboraram, e muito, para o declínio da mortalidade por doença isquêmica do coração.

Esse declínio vem sendo observado em muitos países e tem sido descrito em nosso meio, seja para as doenças isquêmicas do coração, como para os acidente vascular cerebral¹⁵⁻¹⁸.

Não há dúvida de que a mudança comportamental de estratos populacionais, com a redução de fatores de risco, favorece a diminuição de incidência da doença isquêmica do coração e do acidente vascular cerebral. Esta diminuição reflete indiretamente na redução de morbidade podendo, através da prevenção secundária, reduzir diretamente a mortalidade. Desta maneira o V mito não é válido, isto é, as doenças cardiovasculares se prestam a ações preventivas na comunidade.

Chor⁷ é bastante correta quando afirma em seu trabalho que “É possível reduzir as doenças cardiovasculares”. Coloca textualmente: “Os esforços de prevenção desenvolvidos atualmente apresentam maior probabilidade de adiar o aparecimento da doença isquêmica do coração e doenças

cerebrovasculares, do que propriamente evitá-las. A redução das taxas de incidência teria melhores chances de ser alcançada se uma nova geração se desenvolvesse com hábitos e ambiente mais saudáveis, desde o início da vida até a idade adulta. Mesmo assim, o controle das causas de aterosclerose e de elevação da pressão arterial trazem benefícios em termos de longevidade e melhoria da qualidade de vida, sendo portanto justificável, particularmente no caso de países como o Brasil, onde como vimos, a mortalidade por enfermidades cardiovasculares atinge um grande contingente de adultos jovens”.

Mito VI: as doenças cardiovasculares deixaram de ser um problema de saúde pública

Ao comentar esse mito, Martin¹ refere que, ainda que as doenças cardiovasculares venham declinando nos países industrializados, continuarão sendo problema de saúde pública predominante. Além disso, os países da Europa oriental passaram a apresentar elevação das taxas de mortalidade por esse grupo de causas e existem estimativas que apontam que ele irá causar, nos países desenvolvidos, o dobro de mortes em 2020 em relação a 1990.

Ainda que este sexto mito faça parte do trabalho de Martin¹, não parece ter a mesma força que os demais. Adaptá-lo à nossa realidade pode ser inadequado, pois não é crença difundida em nosso meio, pelo contrário. Esse grupo de doenças é cada vez mais apresentado e discutido como um dos maiores problemas de saúde do país.

Comentários

A possibilidade de prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares, seja em nível pessoal como no coletivo é um fato indiscutível. No entanto, os mitos apresentados, crenças relacionadas a esse grupo de doenças, agem de forma negativa e podem reduzir os efeitos de programas de prevenção. Assim, por exemplo, o fato de ser “doença de velho” contribui para que os mais jovens mantenham um estilo de vida não condizente ou próprio à prevenção, principalmente em relação aos hábitos alimentares. Os estudos têm mostrado que uma alimentação sadia deve ser iniciada desde a infância.

A idéia, arraigada na população, que esse grupo de doenças incide mais em homens pode também contribuir para que as mulheres subestimem alguns sintomas específicos, impedindo que se faça diagnóstico precoce.

Em relação ao mito de ser “doença de rico”, veiculado sem comprovação científica, pode se explicado pelo menor acesso do pobre a diagnósticos mais refinados e, principalmente, ao acesso à informação e à adoção de comportamento preventivo. Hábitos como tabagismo, uso excessivo de álcool são bastante prevalentes nas camadas sociais menos favorecidas, grupo populacional que mais resistência apresenta à adoção de comportamentos preventivos.

Ainda que o papel do álcool, em quantidade moderada, esteja associado a um grau de proteção das doenças car-

diovasculares, os estudos têm mostrado que a ingestão de grandes quantidades e constante, aumentam o risco de morte não apenas por doenças cardiovasculares, mas também por câncer ou causas externas. No entanto, as informações veiculadas no caso das doenças cardiovasculares se restringem aos benefícios da bebida.

Ao mesmo tempo que alguns mitos vão sendo destruídos pela mídia, novas crenças passam a ocupar seus lugares. Isto tem sido verificado pelo grande interesse da imprensa por assuntos de saúde. É rotina, nas grandes revistas semanais, uma seção sobre saúde onde são publicados os resultados dos trabalhos científicos atuais. Em geral, re-produzem trabalhos recém publicados nas melhores revistas científicas internacionais. Assim, traduzidos para uma linguagem acessível, o público toma conhecimento de alguns resultados, antes que a maioria dos médicos tenha lido diretamente na fonte. Esses artigos são bem recebidos e são reproduzidos em numerosas revistas de todo mundo, inclusive no Brasil. No entanto, ainda que, algumas vezes, sejam reproduzidos em meios de comunicação de massa, apenas uma parte da população, de melhor nível de informação, “recebe” ou compreende efetivamente a informação.

Essa torrente de informações faz com que o público, com acesso a esse tipo de informação, passe a ver certos hábitos alimentares como os “politicamente corretos”. Ou, por outro lado, o que também é freqüente, passe a descrever de tudo, mesmo quando orientado individualmente por mé-

dicos, visto que, aquilo que “era bom antes”, não foi confirmado nas pesquisas mais recentes.

Um exemplo desta variação são artigos publicados recentemente, em revistas leigas, que apresentam as últimas pesquisas sobre determinados alimentos, como ovo, margarina e sal e suas relações com o aumento dos níveis de colesterol. Esses alimentos, até então banidos de uma dieta saudável, parecem estar sendo reabilitados, sendo até indicados para pessoas que não tenham problemas de altas taxas de colesterol.

Não resta dúvida que a imprensa leiga muito contribuiu para a mudança comportamental em relação aos fatores reconhecidamente de risco, nessas últimas décadas. Pode se citar o crescente número de pessoas que faz exercício físico, o *boom* das academias e as mudanças de comportamento alimentar. Em relação à uma determinada classe social, julgamos que as informações da mídia se mostraram mais úteis do que os programas oficiais dirigidos às comunidades ou mesmo as orientações individuais dadas por médicos. Entretanto às vezes contribuem, e muito, para criar novos mitos!

Seria útil à população se as informações sobre saúde fossem melhor divulgadas pela imprensa leiga. Que esta pudesse usar os recursos conhecidos para tornar a informação assimilável à população de baixa renda. Certamente essas medidas serão importantes para destruir mitos arraigadas, que não são verdadeiros, e que certamente, têm contribuído para dificultar a prevenção das doenças cardiovasculares em nível individual e coletivo.

Referências

1. Martín, I. Acabar con los mitos sobre las cardiopatías. *Salud Mundial* 1998; 51: 6-7.
2. Puffer RR, Griffith GW. Características de la mortalidad urbana. Organización Panamericana de la Salud. *Publicación Científica* 151. Washington, DC, 1968.
3. Husten, L. Global epidemic of cardio-vascular diseases predicted. *Lancet* 1998; 352: 1530-42.
4. Achutti, A. Cardiovascular diseases epidemiology in Brazil. Apresentação feita no “13th World Congress of Cardiology”. Rio de Janeiro, 1998.
5. Costa e Silva VL. Impacto do tabagismo em óbitos por infarto agudo do miocárdio, em mulheres de 30 a 59 anos no município do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1999.
6. Lopes AA. Raça e hipertensão arterial. *Hiperativo* 1996; 3: 153-72.
7. Chor D. Perfil de risco cardiovascular de funcionários de banco estatal. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública – USP, São Paulo, 1996.
8. Laurenti R, et al. O perfil epidemiológico da saúde masculina na Região das Américas: uma contribuição ao enfoque de gênero. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Classificação de Doenças em Português. Faculdade de Saúde Pública - USP, 1998.
9. Lotufo PA. Premature mortality from heart disease in Brazil. A comparison with other countries. *Arq Bras Cardiol* 1998; 70: 321-5.
10. Reddy KS, Yusuf S. Emerging epidemic of cardiovascular disease in developing countries. *Circulation* 1998; 97: 596-601.
11. Chor D. Doenças cardiovasculares. Comentários sobre a mortalidade precoce No Brasil. *Arq Bras Cardiol* 1995; 64: 15-19.
12. Lotufo PA. A mortalidade precoce por doenças crônicas nas capitais de Regiões metropolitanas do Brasil. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública - USP, São Paulo, 1996.
13. Havlik RJ, Feinleib M. Proceedings on the conference on the decline in coronary heart disease mortality. *Nat. Heart, Lung and Blood Institute. U.S. Dept. of Health, Education and Welfare. Editors, 1979 Nat. Institute of Health, NIH Publications n° 79-1610, May 1979.*
14. Dawber TR. The Framingham study. The epidemiology of atherosclerotic disease. Cambridge: Harvard University Press, 1980.
15. Lolio CA, Laurenti R (a). Evolução da mortalidade por doença isquêmica do coração no município de São Paulo, 1980 a 1981. *Arq Bras Cardiol* 1986; 46: 153-6.
16. Lolio CA, Laurenti R (b). Tendências de mortalidade por doença cerebrovascular em adultos maiores de 20 anos de idade no município de São Paulo, 1950 a 1981. *Rev Saúde Pública* 1986; 20: 343-6.
17. Lotufo PA, Lolio CA (a). Tendência da mortalidade por doença isquêmica do coração no estado de São Paulo: 1970 à 1989. *Arq Bras Cardiol* 1993; 61: 149-53.
18. Lotufo PA, Lolio CA (b). Tendência da mortalidade por doença cerebrovascular no Estado de São Paulo: 1970 à 1979. *Arq Neuropsiquiatria* 1993; 51: 441-6.