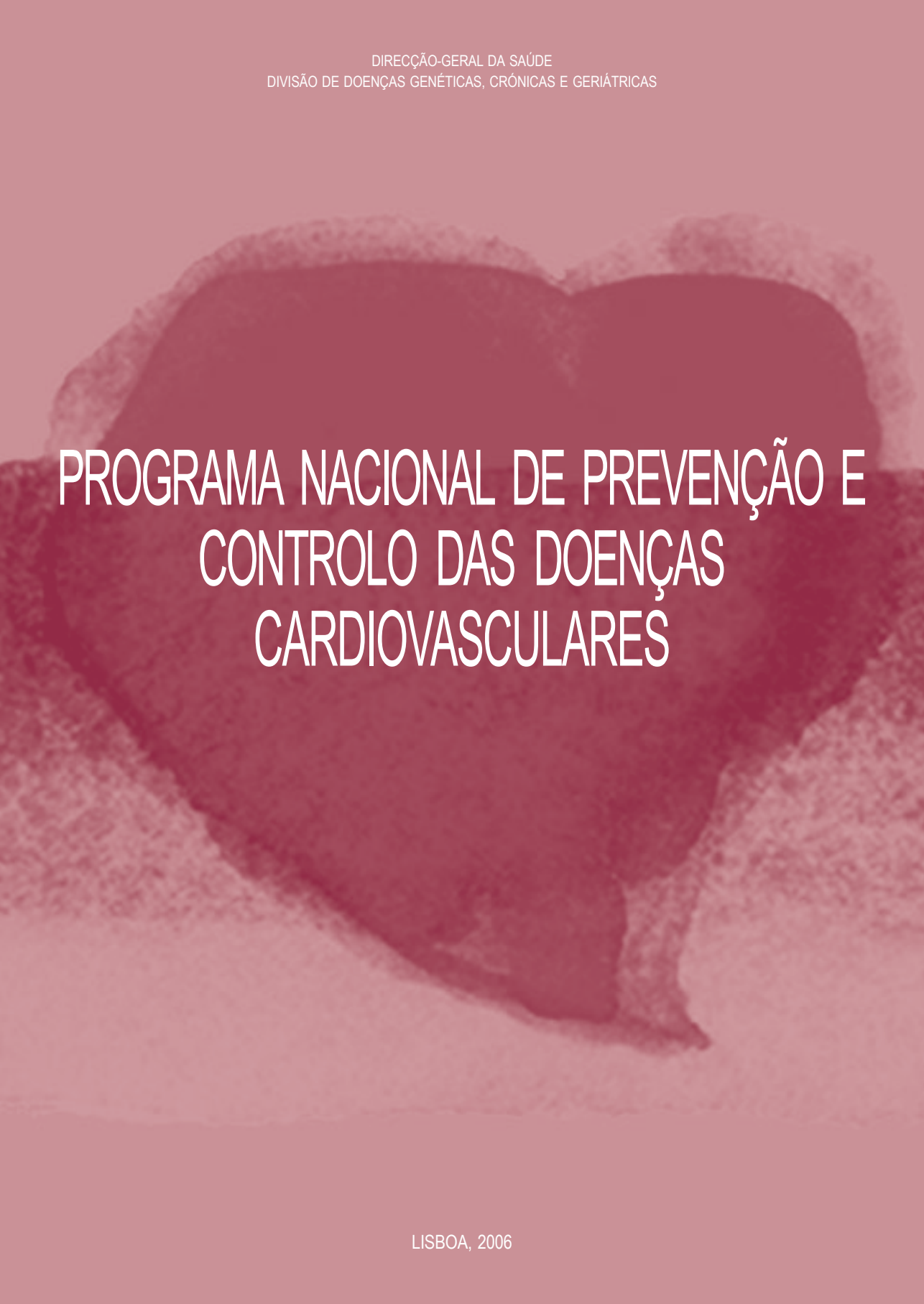


PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES



DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE
DIVISÃO DE DOENÇAS GENÉTICAS, CRÓNICAS E GERIÁTRICAS



PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

LISBOA, 2006

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde
Programa nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares = National programme of prevention and control of the cardiovascular diseases. – Lisboa: DGS, 2006. – 28 p.

ISBN 972-675-151-9

Doenças cardiovasculares-terapia / Doenças cardiovasculares-prevenção e controlo / Hiperlipidémia / Tabagismo / Obesidade / Distúrbios cerebrovasculares / Hipertensão / Diagnóstico cardiovascular / Grupos de risco / Exercício / Stress / Portugal

Programa aprovado por despacho ministerial n.º 16415/2003 (II série) de 22 de Agosto, com alterações conforme despacho n.º 766/2006 (II série) de 12 de Janeiro

Revisão do Programa efectuada pela Coordenação Nacional para as doenças cardiovasculares do Alto-Comissariado da Saúde

Editor

Direcção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 LISBOA
<http://www.dgs.pt>
dgsaude@dgsaude.min-saude.pt

Capa e Ilustração
Vitor Alves

Suporte Informático
Luciano Chastre

Paginação e Impressão
Europress, Lda.

Tiragem
25 000

Depósito Legal
249341/06

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
I – APRESENTAÇÃO	10
II – HORIZONTE TEMPORAL	13
III – FINALIDADE	13
IV – FACTORES DE RISCO	14
V – POPULAÇÃO-ALVO	15
VI – ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	15
1. Intensificar campanhas de informação dirigidas à população geral	15
2. Melhorar o diagnóstico e tratamento da Hipertensão Arterial	15
3. Melhorar o diagnóstico e tratamento da Dislipidémia	16
4. Prevenir e controlar o Tabagismo	17
5. Reduzir o número de pessoas com Excesso de Peso / Obesidade	18
6. Aumentar a prática de Actividade Física	19
7. Identificar portadores de factores de risco cardiovasculares, através da realização do Exame Periódico de Saúde – EPS	20
8. Melhorar o acesso ao diagnóstico e terapêutica da Doença Coronária	21
9. Melhorar o acesso ao diagnóstico e terapêutica do Acidente Vascular Cerebral	22
VII – FORMAÇÃO	23
1. Melhorar a informação sobre a epidemiologia da Hipertensão Arterial	23
2. Melhorar a informação sobre a epidemiologia do Acidente Vascular Cerebral	24

3. Melhorar a informação sobre a epidemiologia da Doença Coronária	24
4. Melhorar a informação sobre a epidemiologia da Doença Arterial Periférica	25
5. Melhorar a informação sobre a epidemiologia da Fibrilhação Articular	25
6. Melhorar a informação sobre a epidemiologia da Insuficiência Cardíaca ..	26
7. Acompanhar e avaliar o Programa	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

INTRODUÇÃO

O sofrimento e os custos causados pelas doenças cardiovasculares, deram-lhes uma marcada preponderância, de tal forma que estas doenças se podem considerar, hoje, como verdadeiras doenças sociais: doenças com génese e com repercussão social¹.

As doenças cardiovasculares, nomeadamente o acidente vascular cerebral (AVC) e a doença coronária (DC), com o seu carácter multidimensional e as suas graves consequências, negativas e directas, para o cidadão, para a sociedade e para o sistema de saúde, determinam que sejam encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública, se não o mais importante, que urge minorar. Por este facto, a abordagem destas doenças justifica uma actuação planeada e organizada ao longo de todo o sistema de saúde, através de um Programa Nacional que tente não apenas evitar estas doenças e reduzir as incapacidades por elas causadas como prolongar a vida.

No entanto, e decorrendo do facto dos aspectos científicos e técnicos terem progredido, um Programa, como o que agora se apresenta, visa objectivos mais ambiciosos, ultrapassando a preocupação em prolongar a vida, ou seja, promovendo a saúde, prolongando a vida activa, comprimindo a morbilidade para o fim da vida e, ainda, melhorando a qualidade de vida em todas as fases da história natural de evolução destas doenças².

As doenças cardiovasculares, nomeadamente os AVC e a DC ou doença isquémica do coração (DIC), são a principal causa de mortalidade em Portugal, tal como se verifica em muitos países ocidentais, sendo considerada, no entanto, das mais elevadas da Europa e do mundo³. Estas doenças são responsáveis por perto de 50% das mortes ocorridas em 1999 (42 998 num total de 100 252 mortes)⁴, contando-se, também, entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa⁵.

Estas doenças são, assim, a principal causa de morte em Portugal em ambos os sexos (39% de todos os óbitos observados em 1999). Observa-se, no entanto, uma tendência decrescente a nível nacional e em todos os grupos etários, sendo que 52% destes óbitos correspondem a doenças cerebrovasculares e 22% a doença isquémica do coração⁶.

Quadro I – Mortalidade por grupo etário por Doenças do Aparelho Circulatório
(Causa de morte por 100 000)

	1996		1999	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
Grupo etário entre os 20 – 44 anos de idade	9,2	22,8	9,5	22,8
Grupo etário entre os 45 – 64 anos de idade	109,2	262,0	98,5	223,9
Grupo etário acima dos 64 anos de idade	2 629,5	2 851,3	2 390,7	2 585,2

Fonte: DEP, DSIA, DGS

As taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares têm, também, vindo a diminuir em Portugal, mas, apesar do notável decréscimo observado, somos ainda o País da União Europeia que apresenta a taxa de mortalidade mais elevada para esta causa de morte. Observou-se, também, um decréscimo das taxas de mortalidade por doença isquémica cardíaca, mas menos pronunciado do que o verificado nas doenças cerebrovasculares⁷.

Quadro II – Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório
(Causa de morte por 100 000)

	1996		1999	
	União Europeia	Portugal	União Europeia	Portugal
Mortalidade antes dos 65 anos de idade por Doença Isquémica Cardíaca	26,9	20,5*	24,8*	18,7
Mortalidade antes dos 65 anos de idade por Doenças Cerebrovasculares	9,5	22,9*	9,2*	19,7

Fonte: DEP, DSIA, DGS * 1988

Se tivermos em consideração que cerca de 17% da população portuguesa refere ser hipertensa⁸ (±30% em rastreios realizados), que cerca de 19% da população com idade igual ou superior a 10 anos refere ser fumadora de mais de 20 cigarros por dia⁹ e que 50% da população portuguesa apresenta excesso de peso¹⁰, sendo Portugal o país da União Europeia que mais consome calorias por dia e em que menos se anda a pé¹¹, torna-se prioritária a revisão dos normativos técnicos, emitidos pela Direcção-Geral da Saúde em 1989, sobre a abordagem do controlo da hipertensão arterial (HTA).

O reconhecimento das doenças cardiovasculares como a principal causa de morte no País e o seu lugar cimeiro entre os internamentos hospitalares, confirma a hipótese de que a prevalência da HTA é elevada e o seu controlo é insuficiente¹².

Para além do objectivo principal de melhor controlo da pressão arterial, importa agora considerar, também, a abordagem integrada de outros factores de risco de morbilidade e mortalidade cardiovascular igualmente importantes, como o tabagismo, a dislipidémia, a diabetes, o abuso de álcool, o sedentarismo, a obesidade ou o stresse excessivo.

A elevada prevalência nacional dos factores de risco das doenças cardiovasculares obriga a que se tenha uma especial atenção à sua efectiva prevenção, detecção e correcção, tendo em atenção que o conceito subjacente a este termo aglutina não apenas as acções que evitam a perda da saúde mas também todos os cuidados que promovem a sua recuperação. Obriga, ainda, à adopção de medidas integradas e complementares que potenciem, na população portuguesa, a redução dos riscos de contrair estas doenças, a concretização do seu rápido e adequado tratamento e a tomada de medidas de prevenção secundária que reduzam a sua recorrência.

O desenvolvimento das ciências da saúde veio demonstrar que a morte ocorrida em idades precoces, no mundo ocidental, não se deve a uma fatalidade do destino mas a doenças causadas, ou agravadas, pela imprevidência, ou pela ignorância, das causas reais que a elas conduzem.

Portugal é, ainda, o País da União Europeia com mais elevada taxa de mortalidade por AVC¹³, favorecida pela alta prevalência da HTA, insuficientemente diagnosticada e tratada, pelo desvirtuamento da nossa tradicional dieta mediterrânica e pelo tabagismo não controlado em homens e mulheres de meia idade e em aumento nas jovens.

Acresce a tendência de aumento do abuso de álcool e da ingestão de calorias alimentares, que agravam o excesso de peso, favorecendo, cada vez mais, a obesidade e a diabetes tipo 2, os quais, por sua vez, contribuem para o aumento da morbilidade cardiovascular e mortalidade precoce.

O somatório de comportamentos de risco é agravado pela falta de actividade física diária, ligada ao uso exagerado de transportes e de longos períodos em frente da televisão, que tornam o sedentarismo mais um factor de risco cardiovascular.

Por outro lado, a DIC e os enfartes do miocárdio, apesar da baixa taxa de mortalidade observada no nosso País comparativamente a outros países europeus,

devem continuar a ser uma preocupação para o nosso sistema de saúde, dada a perspectiva de crescimento da sua incidência, apontada internacionalmente, até ao ano 2025.

Apesar de, hoje em dia, grande parte da população ter memorizado a necessidade de introduzir alterações nos seus comportamentos de risco, continua a recusar fazer correcções alimentares, como reduzir o sal, as gorduras e as calorias. Continua, de facto, a recusar deixar de fumar ou reduzir o álcool, a não controlar os níveis de colesterol e de açúcar no sangue e continua a não se submeter a exames periódicos de saúde, os quais são mandatórios, principalmente quando existe risco genético ou confirmação de história familiar de doença cardiovascular ou de morte precoce.

Cabe, assim, não apenas aos serviços de saúde, sejam centros de saúde ou hospitais, mas, por ser um imperativo de natureza ética, a todos os agentes informativos e educativos da população, esclarecê-la da forma como pode cada pessoa escolher, adaptar e assumir, as opções mais saudáveis e desejáveis dentro do seu próprio estilo de vida.

Todos gostaríamos, em boa verdade, de saber evitar a doença. Todavia, temos que aprender a lutar para vivermos com mais saúde, mais bem-estar e melhor qualidade de vida, até ao fim. Daí decorre uma das necessidades que justifica o presente Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, cuja acção será potenciada se for cruzada e articulada com outros programas ou planos já existentes.

Deve, contudo, referir-se que, numa expressão mais pura de prevenção primordial ou primária, abrangente e integrada, multidisciplinar e intersectorial, a prevenção cardiovascular deve ser antecedida por uma mobilização geral da sociedade, expressa nas diversas políticas sectoriais, para uma luta pela promoção e preservação da saúde.

Esta luta deve tentar evitar, em simultâneo, a maioria dos factores de risco comuns às mais prevalentes doenças não transmissíveis e de evolução prolongada e incapacitante, como é, aliás, defendido pela Organização Mundial de Saúde, nomeadamente através do Programa CINDI*, o qual, sem dúvida, consubstancia, ao centrar-se na promoção da saúde, a estratégia mais rentável em termos de ganhos de saúde.

* CINDI – *Countrywide Integrated Non Communicable Diseases Intervention Program*.

Programa criado pela OMS, na Europa, a partir da experiência inicial com as doenças cardiovasculares.

Através de uma sensibilização permanente para a adopção de estilos de vida mais saudáveis e para a prevenção primordial dos factores, atitudes e comportamentos de risco cardiovascular, como, por exemplo, os erros alimentares, o uso de tabaco, abuso de álcool e o stresse, como recomenda a filosofia CINDI, consegue-se, através da aplicação de uma “estratégia populacional”, preservar a saúde, reduzindo a incidência não apenas das doenças cardiovasculares, como de muitas outras doenças crónicas.

A estratégia populacional compreende um conjunto de medidas destinadas à população em geral, ou a grupos sociais específicos, tendo como objectivo não apenas diminuir a prevalência de determinados factores de risco, como aumentar a prevalência de factores de protecção. De facto, deverá ter-se presente que grande parte dos hábitos lesivos para a saúde são adquiridos durante a adolescência e início da idade adulta, pelo que deverá ser dada uma particular atenção a este grupo etário. Por outro lado, quer as cidades, quer os locais de trabalho, deverão ser considerados como espaços privilegiados de sensibilização para a adopção de estilos de vida mais saudáveis e para a redução de comportamentos de risco.

Esta sensibilização impõe estratégias de mobilização geral da sociedade para a promoção e preservação da saúde, através da educação, informação e formação dirigida, em termos gerais, a todos os grupos etários e profissionais, fazendo recurso:

1. dos meios de comunicação social nacionais, regionais e locais;
2. dos líderes de opinião;
3. dos educadores;
4. dos artistas e animadores;
5. das sociedades científicas e associações profissionais;
6. das associações de doentes.

I – APRESENTAÇÃO

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, que agora se apresenta, obriga a uma abordagem nacional abrangente e integrada que potencie na população portuguesa, tendo em consideração as especificidades ligadas ao género, a redução dos riscos de contrair estas doenças e a concretização do seu adequado tratamento.

O grande investimento na actuação preventiva, seja primária, secundária, terciária ou de reabilitação, impõe um apelo especial à congregação de esforços não apenas dos centros de saúde e hospitais, mas também de todos os interlocutores dos serviços de saúde.

Nesta abrangência, principalmente dirigida às populações-alvo e aos profissionais de saúde, através dos serviços de prestação de cuidados de saúde, não podem deixar de estar incluídas as administrações regionais de saúde, as autarquias e todos os parceiros que, regional ou localmente, possam contribuir para a obtenção de ganhos em saúde cardiovascular.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares pretende, assim, através de uma abordagem integrada, enfatizar quer a educação para a saúde quer a educação terapêutica, enquanto processos que visam contribuir para que mulheres e homens sejam capazes de gerir a sua própria saúde de modo mais informado e, quando for caso disso, sejam capazes de gerir o seu processo de doença de forma mais autónoma.

Este Programa visa, assim, a redução global dos riscos cardiovasculares, articulando-se sobre cinco pólos fundamentais:

1. melhorar a vigilância epidemiológica dos factores de risco e das patologias cardiovasculares;
2. promover a prevenção cardiovascular, actuando especificamente sobre cada um dos factores de risco;
3. encorajar o cidadão a ser responsável pela sua própria saúde;

4. melhorar a organização da prestação de cuidados, nomeadamente em relação ao exame periódico de saúde e à abordagem da dor pré-cordial e dos acidentes vasculares cerebrais;
5. promover o respeito por boas práticas clínicas e terapêuticas.

Embora se estime que a maioria da população portuguesa já saiba identificar os factores de risco que mais contribuem para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, tanto a educação para a saúde, como a educação terapêutica, compreendem, no contexto do presente Programa, um conjunto diversificado de acções de informação, educação, comunicação e treino, que devem ser colocadas de forma activa, ao serviço da promoção de estilos de vida favoráveis à saúde e da luta efectiva contra aquelas doenças.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares aplicar-se-á, fundamentalmente, através da implementação de estratégias de intervenção, de estratégias de melhoria de qualidade e de estratégias de melhoria dos sistemas de informação, através do desenvolvimento de produtos e de acções a nível nacional, os quais deverão sofrer replicação e adequação regional e local, através das adaptações e da criatividade que as características particulares, em cada local, aconselharem.

Para concretizar estas estratégias, a Direcção-Geral da Saúde elege, no âmbito do presente Programa, a Sociedade Portuguesa de Cardiologia como seu interlocutor científico permanente, sem prejuízo de fazer recurso das necessárias colaborações científicas e técnicas de outras Sociedades e Instituições, assim como de Associações de Doentes e de Associações de Profissionais.

Estratégias de intervenção – Assentam na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares, através da complementaridade entre acções populacionais e acções individuais.

As acções populacionais compreendem o conjunto de medidas destinadas à população em geral ou a grupos sociais específicos, começando pela educação para a saúde e pela comunicação social, tendo como objectivo diminuir a prevalência de factores de risco, como o tabagismo, sedentarismo ou erros alimentares, incluindo o abuso de álcool, e aumentar a prevalência de factores de protecção, como a actividade física e a opção por uma alimentação saudável. As acções

individuais compreendem as especificamente dirigidas a pessoas identificadas como portadoras de factores de risco ou de doença cardiovascular, no próprio ou na família, e as acções, de natureza informativa, formativa e normalizadora, dirigidas aos profissionais de saúde, visando melhorar a sua prática na área cardiovascular.

As estratégias de intervenção devem desenvolver-se num quadro de melhoria contínua de qualidade, que compreenda as acções de natureza organizativa e de prática profissional que visam não apenas a melhoria de todo o processo de identificação e acompanhamento dos portadores de factores de risco e de diagnóstico, tratamento, recuperação e controlo dos doentes cardiovasculares, como a melhoria dos resultados obtidos, quantificados em termos de ganhos de saúde.

Estratégias de melhoria dos sistemas de informação – Visam, para além da melhoria da informação existente sobre a epidemiologia das doenças cardiovasculares, a adequação e/ou criação de sistemas de informação que permitam o acompanhamento, monitorização e avaliação do presente Programa.

A abordagem da diabetes *mellitus*, outro importante factor de risco cardiovascular, não é incluída no presente Programa por já ser objecto de programa nacional específico. Em alguns aspectos, contudo, podem e devem ter uma acção complementar.

De modo semelhante, a prevenção e controlo do tabagismo devem ser encarados, no âmbito do presente Programa, como uma estratégia complementar da vasta acção desenvolvida pelo Conselho de Prevenção do Tabagismo.

Porque é frequente, na mesma pessoa, a existência de patologia crónica múltipla, que interage e se potencia mutuamente, é indispensável que o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, agora criado, se desenvolva e seja aplicado numa óptica de intercepção e comunicação com programações de serviços e de cuidados de saúde já existentes, principalmente com a reorganização dos cuidados primários de saúde, com o Programa Nacional de Controlo da Diabetes *Mellitus*¹⁴, com o Plano Oncológico Nacional 2001-2005¹⁵, com o Plano Nacional de Luta Contra a Dor¹⁶ e com um futuro Plano Nacional de Cuidados

Continuados Integrados. O Programa CINDI constitui, neste contexto, exemplo paradigmático, a seguir, de integração multidisciplinar e intersectorial.

Partindo da elaboração do diagnóstico actual, no País, da situação referente às doenças cardiovasculares, o presente Programa será acompanhado através de indicadores que permitam não apenas monitorizar todo o seu processo de desenvolvimento, como o impacto por si causado, na população portuguesa, em termos de ganhos de saúde.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares assume-se como o polo dinamizador e aglutinador dos contributos nacionais para o *Heart Plan for Europe*.

II – HORIZONTE TEMPORAL

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, que deverá ser desenvolvido de forma sustentada e consistente, visa abranger um horizonte temporal de 10 anos, após a sua aprovação, sem prejuízo de eventuais correcções que o desenvolvimento do mesmo, entretanto, aconselhar.

III – FINALIDADE

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares visa atingir os seguintes objectivos finais:

- Reduzir a incidência de enfarte do miocárdio, particularmente das pessoas abaixo dos 65 anos
- Reduzir a incidência de AVC, particularmente das pessoas abaixo dos 65 anos

Para serem atingidos este objectivos finais, ter-se-ão que atingir os seguintes objectivos intermédios:

- Aumentar a proporção de hipertensos que se encontram diagnosticados e controlados
- Aumentar a proporção de dislipidémicos que se encontram diagnosticados e controlados
- Aumentar a proporção de diabéticos que se encontram diagnosticados e controlados
- Aumentar a proporção de doentes com fibrilhação auricular que se encontram diagnosticados e controlados
- Aumentar a prevalência de indivíduos com hábitos regulares de exercício físico
- Reduzir a prevalência de fumadores
- Reduzir a prevalência de obesos
- Melhorar as práticas profissionais na área cardiovascular

IV – FACTORES DE RISCO

Consideram-se como principais factores de risco individuais para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, a combater no âmbito do presente Programa, os seguintes:

- Tensão arterial elevada
- Dislipidémia
- Hábitos tabágicos
- Alimentação inadequada (por ex. excesso de sal, gordura e açúcar, ou carência de vegetais e leite)
- Excesso de peso/obesidade
- Sedentarismo
- Diabetes Mellitus
- Stresse excessivo

V – POPULAÇÃO-ALVO

Sem prejuízo de se considerar a população geral como população-alvo a atingir no desenvolvimento do presente Programa, deve considerar-se prioritariamente e *ab initio* uma atenção mais especialmente dedicada aos portadores de factores de risco e de história pessoal ou familiar de doença cardiovascular.

VI – ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Pretende-se que o desenvolvimento do presente Programa evolua num processo de melhoria contínua de qualidade, sendo implementados, para este efeito, ciclos de melhoria de qualidade no controlo do risco cardiovascular.

1. INTENSIFICAR CAMPANHAS DE INFORMAÇÃO DIRIGIDAS À POPULAÇÃO GERAL

As campanhas de informação, sobre estilos de vida saudáveis, factores de risco e sintomas precoces de situações agudas coronárias e cerebrovasculares, devem ser promovidas pelas estruturas centrais, regionais e locais de saúde e contar com a colaboração de profissionais de saúde e de educação, assim como de líderes, formais e informais, de opinião.

2. MELHORAR O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

O diagnóstico e controlo da HTA assume, em Portugal, particular importância, uma vez que a doença cerebrovascular é a primeira causa de incapacidade e morte.

O tratamento da HTA visa, a curto prazo, obter a redução e o controlo dos valores tensionais, de modo a evitar, a médio prazo, a progressão da doença e das suas repercussões nos órgãos alvo e a obter, a longo prazo, a diminuição da morbilidade e da mortalidade cardiovascular.

Pretende-se, através desta estratégia, promover a melhoria das práticas profissionais no que se refere à efectivação do diagnóstico, tratamento e vigilância do doente hipertenso, aderência à terapêutica, assim como a autovigilância e o autocontrolo da HTA e dos riscos associados.

A associação da HTA à diabetes *mellitus* e às dislipidémias, bem como a outros factores de risco vascular como o tabagismo, excesso de álcool, sedentarismo e obesidade, aumenta, de forma significativa, o risco de morbilidade e mortalidade cardiovascular, tornando-se, assim, particularmente importante, para além do diagnóstico e controlo adequados dos valores tensionais, dar uma atenção especial a todos os outros riscos referidos.

Para este efeito, serão adaptadas ou criadas e publicadas pela Direcção-Geral da Saúde:

- orientações técnicas, com base em consensos internacionais adoptados pela comunidade científica, sobre diagnóstico e tratamento da HTA, destinados aos profissionais de saúde;
- manual de auto-ajuda para vigilância e controlo da tensão arterial, destinado ao doente hipertenso.

3. MELHORAR O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DISLIPIDÉMIA

A relação entre as hiperlipidémias e as várias manifestações clínicas da doença aterosclerótica está cientificamente comprovada, bem como o seu agravamento acelerado pela associação com o tabagismo, diabetes *mellitus* ou hipertensão arterial.

De facto, a sua redução e controlo são capazes de promover a regressão, ou pelo menos a não progressão, das placas de aterosclerose e de contribuir para a redução da morbilidade e da mortalidade cardiovascular nos doentes dislipidémicos, de ambos os sexos, com ou sem DC, ou doença arterial em outras localizações (carótidas, vertebrais, aorta, renais, penianas ou dos membros inferiores).

Pretende-se, através desta estratégia, promover a melhoria das práticas profissionais no que se refere à efectivação do diagnóstico, tratamento e controlo do doente portador de dislipidémia.

Para este efeito, serão criadas ou adaptadas e publicadas pela Direcção-Geral da Saúde:

- orientações técnicas sobre diagnóstico, tratamento e controlo das dislipidémias, destinadas aos profissionais de saúde.

4. PREVENIR E CONTROLAR O TABAGISMO

O tabagismo, considerado, na União Europeia, o factor de risco mais importante, está implicado em cerca de 50% das causas de morte evitáveis¹⁷, metade das quais devidas à aterosclerose.

Os efeitos nocivos do tabaco são cumulativos, tanto em relação ao seu consumo diário, como ao tempo de exposição. O risco é particularmente elevado se a exposição se inicia antes dos 15 anos de idade, com especial destaque para as mulheres, uma vez que o tabaco reduz, significativamente, a protecção relativa aparentemente conferida pelos estrogénios. Não se pode esquecer, também, a existência de maior risco para a concepção, gravidez, aleitamento, com consequências no atraso de crescimento intra-uterino, prematuridade, baixo peso à nascença e morte súbita do recém-nascido.

O tabagismo passivo tem, também, um risco acrescido de DC aterosclerótica, favorecendo, igualmente, a ocorrência de outras doenças, nomeadamente osteoporose, doenças respiratórias e oncológicas, relacionadas com o tabaco.

Por outro lado, sabe-se que o ex-fumador sem DC tem um risco de ocorrência de acidentes coronários, ao fim de 10 anos de ter deixado de fumar, semelhante ao de um não fumador.

Pretende-se, através desta estratégia, promover não apenas a melhoria da informação sobre os malefícios do uso do tabaco como das vantagens da ajuda específica para a desabitação tabágica, incluindo a criação de novas consultas para cessação tabágica. Pretende-se, ainda, promover e incentivar a adopção de estilos de vida saudáveis e reforçar a componente antitabágica nos programas de saúde escolar e nos locais de trabalho, de forma a conseguir-se não apenas diminuir a incidência de novos fumadores, como aumentar a incidência de ex-fumadores.

Para este efeito, serão criadas e publicadas pela Direcção-Geral da Saúde:

- orientações técnicas sobre conteúdos programáticos a utilizar na formação de profissionais de saúde sobre desabitação tabágica;
- orientações técnicas sobre aconselhamento e acompanhamento de fumadores em medicina geral e familiar e sobre organização e prática em consultas de referência para desabitação tabágica, destinadas aos gestores e profissionais de saúde;
- informação sobre os malefícios do uso do tabaco, destinada à população jovem e adulta.

5. REDUZIR O NÚMERO DE PESSOAS COM EXCESSO DE PESO / OBESIDADE

A modificação dos hábitos alimentares ocorrida nas últimas décadas, com maior consumo de carne e gordura saturadas e redução de azeite, peixe, vegetais e fruta, favoreceu o desenvolvimento de situações que contribuem para o aumento das doenças cardiovasculares e das suas potenciais complicações.

A obesidade e o excesso ponderal estão directamente relacionados com um maior risco cardiovascular, pelo conjunto de doenças e estados mórbidos que favorecem, com referência especial para a diabetes *mellitus* tipo 2, contribuindo, também, para um acréscimo significativo da morbilidade e mortalidade por doença aterosclerótica e para uma diminuição da esperança de vida.

A obesidade e a sobrecarga ponderal, devido à sua tendência de aumento em todos os grupos etários, incluindo os jovens, são problemas não negligenciáveis de saúde pública. De facto, em Portugal existem cerca de 850 000 adultos obesos¹⁸ e o número de pessoas com sobrecarga ponderal atinge quase metade da população¹⁹.

Pretende-se, através desta estratégia, promover a melhoria da informação sobre os malefícios do excesso ponderal e das vantagens de uma alimentação e nutrição adequadas e promotoras de saúde, necessariamente acompanhados de redução do consumo de álcool e efectivo aumento do exercício físico.

Para este efeito, serão criadas e publicadas pela Direcção-Geral da Saúde:

- informação sobre adequação alimentar e nutricional, destinada à população em geral e a grupos etários específicos, como crianças, jovens e pessoas idosas;
- programa informático interactivo e pedagógico sobre adequação alimentar e nutricional, destinado não apenas a crianças e jovens em período de escolaridade obrigatória, como aos seus educadores.

6. AUMENTAR A PRÁTICA REGULAR DE ACTIVIDADE FÍSICA

O tipo de vida e o desenvolvimento económico e social levaram a uma acentuada redução dos níveis médios de actividade física na sociedade ocidental, da qual Portugal não é excepção.

Aumentar a actividade física regular da população, em todos os grupos etários, é uma das medidas de maior impacto e com melhor relação custo/benefício na redução da incidência e da gravidade das doenças cardiovasculares.

Um estilo de vida saudável passa sempre pelo combate simultâneo ao sedentarismo, através da prática regular, espontânea ou programada, de actividade física.

Através desta estratégia pretende-se:

- promover a melhoria da informação sobre as vantagens da actividade física;
- incentivar a prática desportiva nos jovens;
- estimular a prática regular de exercício físico em todas as idades;
- promover a participação das autarquias na criação de condições favoráveis à sua prática.

Para este efeito, serão criadas e publicadas pela Direcção-Geral da Saúde:

- informação sobre os benefícios da actividade física e recomendações sobre promoção e prática de actividade física regular, destinada à população em geral e aos autarcas;
- programa informático interactivo e pedagógico sobre a prática regular de actividade física ao longo da vida, destinado não apenas a crianças e jovens em período de escolaridade obrigatória, como também aos seus educadores;
- conclusões e recomendações de encontros nacionais de autarcas, a realizar como sede de reflexão conjunta sobre “Promoção da vida activa saudável nas vilas e cidades”.

7. IDENTIFICAR PORTADORES DE FACTORES DE RISCO CARDIOVASCULAR, ATRAVÉS DA REALIZAÇÃO DO EXAME PERIÓDICO DE SAÚDE – EPS

As doenças cardiovasculares, em particular a doença cerebrovascular e a DC, são a principal causa de mortalidade e uma das principais causas de morbilidade, sendo que, na sua larga maioria, podem ser evitadas através de acções preventivas activas.

Ao longo dos últimos anos, a evidência científica tem demonstrado que muitas das atitudes dos profissionais de saúde são determinantes para o sucesso de uma efectiva prevenção cardiovascular.

Dado o carácter multifactorial destas doenças, torna-se fundamental, na prática profissional diária, o cálculo sistemático do risco global cardiovascular, avaliando, em cada indivíduo, o seu risco cardiovascular relativo, absoluto e projectado, de forma a, atempadamente, poder ser induzida a modificação de um ou mais factores de risco.

Pretende-se, com esta estratégia, promover a melhoria das práticas profissionais no que se refere à efectivação do EPS, através da sua inclusão nos critérios de qualidade assistencial a desenvolver na prática profissional de rotina da clínica geral/medicina familiar e medicina interna, criando, na população, o hábito pela vigilância regular de saúde.

Deverão ser alvo particular desta estratégia, para além da população em geral, as crianças e jovens, as mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, os homens com idade igual ou superior a 40 anos e todos os indivíduos com história familiar de doença cardiovascular precoce ou morte súbita, ou factores de risco conhecidos.

Para este efeito, serão criadas e divulgadas pela Direcção-Geral da Saúde:

- orientações técnicas sobre EPS, na área cardiovascular, destinadas aos profissionais de saúde.
- informações sobre os benefícios do EPS, destinados à população em geral.

8. MELHORAR O ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA DA DOENÇA CORONÁRIA

Sabe-se que cerca de um terço dos casos de enfarte do miocárdio têm evolução fatal²⁰, sendo que cerca de 50% das mortes ocorrem na primeira hora de evolução do enfarte, antes da chegada ao hospital²¹.

Sabe-se, por outro lado, que a revascularização coronária farmacológica (trombólise), ou mecânica (angioplastia), conseguiu fazer descer a mortalidade na fase aguda do enfarte do miocárdio, nos casos em que pode ser feita atempadamente, para menos de 10%²².

No entanto, a terapêutica de reperfusão coronária, englobando a angioplastia directa, é utilizada em Portugal em apenas 41% dos doentes²³, o que nos coloca abaixo dos valores obtidos em outros países europeus.

O desenvolvimento nacional da Via Verde Coronária irá permitir a melhoria do atendimento dos doentes em situação de doença cardíaca aguda, esperando-se que contribua, de forma decisiva, para a diminuição da mortalidade por doença cardíaca isquémica em Portugal.

Pretende-se, através desta estratégia, promover a melhoria do acesso do doente, vítima de dor pré-cordial, à rápida confirmação diagnóstica e instituição da melhor terapêutica, mais adequadas às síndromes coronárias agudas.

Para este efeito, serão criadas e publicadas pela Direcção-Geral da Saúde:

- orientações técnicas sobre o tratamento precoce da fase aguda da doença coronária, destinadas aos profissionais de saúde;
- redes de referenciação para diagnóstico e terapêutica de doentes coronários estáveis ou em situação de urgência (enfarte do miocárdio) destinadas aos profissionais de saúde;
- normas sobre circuitos de referenciação para reabilitação após doença isquémica aguda (enfarte do miocárdio) destinadas aos profissionais de saúde;
- normas sobre organização de serviços, que facilitem o acesso de doentes com risco cardiovascular aos cuidados de saúde, nomeadamente, consultas programadas ou exames auxiliares de diagnóstico, redução dos tempos de espera e criação de horários de atendimento compatíveis com a actividade laboral.

Será, ainda:

- desenvolvida e avaliada a implementação nacional da Via Verde Coronária, coordenada pelo Instituto Nacional de Emergência Médica com o apoio do Coordenador Nacional para as Doenças Cardiovasculares;
- promovida a divulgação de informação, destinada à população em geral, sobre a melhor forma de utilização da Via Verde Coronária;
- promovido o mais rápido acesso possível, no máximo de uma semana, a consulta de referência dos doentes com hipótese diagnóstica de cardiopatia isquémica, colocada pelo Clínico Geral.

9. MELHORAR O ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O AVC constitui um problema de saúde pública, não apenas como importante causa de morbilidade e mortalidade (é a primeira causa de morte em Portugal), como pelo consumo de recursos e de encargos que ocasiona no sistema de saúde e, portanto, na sociedade. A avaliação e o tratamento global dos doentes com AVC, de causa isquémica (os mais frequentes) ou causa hemorrágica, passa pelo seu diagnóstico rápido e seguro, pela elaboração de lista de problemas e definição das suas prioridades, pela prestação de cuidados gerais e específicos e pela reabilitação precoce, intra-hospitalar e continuada após a alta hospitalar. Isto só é possível através de um esquema organizativo especialmente dirigido ao doente vítima de acidente vascular cerebral, consubstanciado nas recomendações para o desenvolvimento de Unidades de AVC, aprovadas, em Agosto de 2001, pela Direcção-Geral da Saúde e recentemente divulgadas²⁴.

Pretende-se, através desta estratégia, promover a melhoria do acesso do doente vítima de AVC a um rápido diagnóstico e tratamento adequado, incluindo a precocidade e continuidade de reabilitação.

Para este efeito, serão criadas e publicadas pela Direcção-Geral da Saúde:

- orientações técnicas sobre o tratamento precoce da fase aguda do AVC, destinadas aos profissionais de saúde;
- redes de referência para diagnóstico e terapêutica de doentes com suspeita ou fases iniciais de AVC;

- orientações técnicas sobre reabilitação no pós AVC, destinadas aos profissionais de saúde;
- normas sobre circuitos de referenciação para reabilitação após AVC, de forma a ser evitada a descontinuidade no processo de reabilitação.

Será, ainda:

- desenvolvida e avaliada a implementação nacional da Via Verde do AVC, coordenada pelo Instituto de Emergência Médica com o apoio do Coordenador Nacional para as Doenças Cardiovasculares;
- promovida a divulgação de informação, destinada à população em geral, sobre a melhor forma de utilização da Via Verde do AVC;
- promovido o acesso rápido a consulta de referência dos doentes com hipótese diagnóstica de acidente isquémico transitório, colocada pelo Clínico Geral.

VII – ESTRATÉGIAS DE MELHORIA DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

1. MELHORAR A INFORMAÇÃO SOBRE A EPIDEMIOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A HTA e a hipertensão sistólica isolada são factores de risco, para a doença cerebrovascular, a DC, a insuficiência cardíaca e outras complicações cardiovasculares, relativamente aos quais urge conhecer o diagnóstico actual da situação em Portugal.

Pretende-se, através desta estratégia, conhecer a evolução da alta prevalência da HTA em Portugal, assim como conhecer a prevalência da ocorrência de AVC na população hipertensa.

Para este efeito, serão:

- desenvolvidos estudos científicos sobre a prevalência, tratamento e controlo da HTA em Portugal.

2. MELHORAR A INFORMAÇÃO SOBRE A EPIDEMIOLOGIA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

A HTA é considerada normalmente (se desconhecida, mal tratada e mal controlada) a principal causa do elevado número de AVC existentes em Portugal, ao contrário do que acontece na grande maioria dos países da UE. São escassos os dados relacionados com a prevalência da Fibrilhação Auricular e a sua relação com o AVC.

Os dados epidemiológicos recentes sobre a HTA em Portugal não conseguem por si só explicar a elevada prevalência de AVC, pelo que poderá a população portuguesa ter particularidades, de ordem genética e/ou ambientais, diferentes das de outros países europeus, sendo importante, portanto, conhecer a verdadeira situação actual em Portugal.

Para este efeito, serão:

- desenvolvidos estudos científicos sobre a prevalência, factores genéticos e factores de risco, tratamento e controlo dos AVC em Portugal.

3. MELHORAR A INFORMAÇÃO SOBRE A EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA CORONÁRIA

A HTA e os seus factores de risco são, igualmente, factores de risco para a DC. A baixa taxa de mortalidade por doença isquémica do coração é paradoxal relativamente à alta mortalidade verificada por doença cerebrovascular e contrária ao verificado nos restantes países da União Europeia.

É desconhecida em Portugal a prevalência da DC e a verdadeira incidência das síndromes coronárias agudas, podendo as taxas de mortalidade conhecidas não traduzirem a verdadeira dimensão do problema. A confirmarem-se os dados actualmente existentes, a população portuguesa teria particularidades, de ordem genética ou ambientais, diferentes de outros países europeus, sendo importante, portanto, conhecer a verdadeira situação actual em Portugal.

Pretende-se, através desta estratégia, conhecer a prevalência da DC em Portugal, assim como conhecer a incidência das síndromes coronárias agudas, tratamento efectuado e suas consequências.

Para este efeito, serão:

- desenvolvidos estudos científicos sobre a prevalência, tratamento e controlo da DC em Portugal.

4. MELHORAR A INFORMAÇÃO SOBRE A EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA

A Doença Arterial Periférica (DAP), além de constituir uma condição de risco para os membros inferiores, é reconhecida como um importante marcador de risco cardiovascular global. Está frequentemente associada a doença aterosclerótica sistémica avançada e é frequentemente acompanhada de isquemia sintomática ou assintomática nas circulações coronária, cerebral e visceral.

Os factores de risco para o desenvolvimento de DAP são semelhantes aos da DC, com destaque para a diabetes *mellitus* e os hábitos tabágicos. A grande maioria dos indivíduos com DAP morre por um enfarte agudo do miocárdio ou um AVC e não por uma complicação vascular local nos membros inferiores. Apenas uma pequena parte dos indivíduos com DAP é identificável pelas manifestações clínicas típicas desta patologia, como a claudicação intermitente dos membros inferiores, mas o excesso de risco cardiovascular verifica-se mesmo nos indivíduos com DAP assintomática.

O conhecimento da situação actual da DAP em Portugal cria, assim, uma grande oportunidade para intervir na prevenção e no controlo das doenças cardiovasculares.

Para este efeito, serão:

- desenvolvidos estudos científicos sobre a prevalência, tratamento e controlo da DAP em Portugal.

5. MELHORAR A INFORMAÇÃO SOBRE A EPIDEMIOLOGIA DA FIBRILHAÇÃO AURICULAR

A Fibrilhação Auricular (FA) é a arritmia crónica mais frequentemente encontrada na prática clínica. A sua prevalência aumenta com a idade e é maior nos doentes com

insuficiência cardíaca ou doença valvular cardíaca. A FA é uma causa importante de internamento hospitalar por perturbações do ritmo cardíaco e a mortalidade nos indivíduos com FA é cerca do dobro da dos indivíduos com ritmo sinusal normal.

O risco de AVC isquémico é entre duas e sete vezes maior na presença de FA, de tal modo que esta arritmia é responsável por cerca de um em cada seis AVC. O AVC atribuível à FA é mais frequentemente incapacitante que o AVC atribuível a outras causas.

O diagnóstico da situação actual da FA em Portugal tem implicações importantes para a orientação da estratégia de prevenção e controlo do AVC, a manifestação vascular aguda mais frequente na população portuguesa.

Para este efeito, serão:

- desenvolvidos estudos científicos sobre a prevalência, tratamento e controlo da FA em Portugal.

6. MELHORAR A INFORMAÇÃO SOBRE A EPIDEMIOLOGIA DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

A HTA e a DC conduzem inexoravelmente, na ausência de AVC ou morte súbita, a insuficiência cardíaca. Tal como em outros países europeus, a prevalência da insuficiência cardíaca também aumenta, em Portugal, com a idade, constituindo certamente, nos próximos anos, um grave problema de saúde pública. Torna-se, assim, importante fazer, desde já, o diagnóstico actual da situação em Portugal.

Pretende-se, através desta estratégia, para além de conhecer a prevalência da insuficiência cardíaca em Portugal e caracterizar os recursos existentes, a nível intra e extra-hospitalar, para o seu diagnóstico e terapêutica, caracterizar as reais necessidades de acompanhamento continuado destes doentes.

Para este efeito, serão:

- desenvolvidos estudos científicos sobre a prevalência, tratamento e controlo da insuficiência cardíaca em Portugal.

7. ACOMPANHAR E AVALIAR O PROGRAMA

O acompanhamento do processo de execução local do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, nos serviços prestadores de cuidados de saúde, será efectuado pelos serviços dependentes das Administrações Regionais de Saúde, através dos seguintes indicadores por sexo:

- Prevalência de hipertensos identificados
- Proporção de hipertensos controlados
- Prevalência de dislipidémicos identificados
- Proporção de dislipidémicos controlados
- Prevalência de fumadores identificados
- Proporção de fumadores sob tratamento antitabágico
- Prevalência de doentes coronários identificados
- Proporção de internamentos em Unidades de Cuidados Intensivos Coronários
- Prevalência de doentes com insuficiência cardíaca identificados
- Proporção de internamentos por insuficiência cardíaca
- Proporção de utilizadores da Via Verde Coronária
- Proporção de utilizadores da Via Verde para o Acidente Vascular Cerebral
- Proporção de internamentos em Unidades de Acidente Vascular Cerebral
- Eventos sentinela** no Acidente Vascular Cerebral e Doença Isquémica do Coração

A monitorização do seu impacto nacional na obtenção de ganhos de saúde cardiovascular será efectuada por uma Comissão Nacional de Acompanhamento, a criar por Despacho do Alto-Comissário da Saúde, através dos seguintes indicadores por sexo:

- Incidência de Enfarte do Miocárdio abaixo dos 65 anos
- Incidência de Acidente Vascular Cerebral abaixo dos 65 anos
- Mortalidade anual por DC aguda
- Mortalidade anual por DC aguda em indivíduos com idade inferior a 65 anos
- Mortalidade anual por AVC
- Mortalidade anual por AVC em indivíduos com idade inferior a 65 anos
- Número de anos perdidos por DC aguda
- Número de anos perdidos por AVC

** Acontecimentos inadmissíveis que obrigam à determinação da sua causa

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Pereira Miguel, José; *A Decisão em Medicina Preventiva: Reflexões a partir das doenças ateroscleróticas*; (Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa 1994)
- 2 Ibidem
- 3 Rocha, Evangelista e Pereira Miguel, J.; *Epidemiologia da hipertensão arterial em Portugal: Uma actualização*; (Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa / Instituto de Medicina Preventiva, a aguardar publicação)
- 4 Murjal, Leonor, I. Machado e F. de Pádua; *A situação de Saúde de Portugal em relação aos outros países europeus (EU 15)*; (Lisboa: Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva 2002)
- 5 Instituto Nacional de Estatística: Base de dados de mortalidade 1999
- 6 Ministério da Saúde; *Ganhos de Saúde em Portugal: Ponto de Situação: Relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde* (Lisboa: Direcção-Geral da Saúde 2002)
- 7 Ibidem
- 8 Inquérito Nacional de Saúde 1998/99
- 9 Ibidem
- 10 Carmo, Isabel do e al; *Estudo da Prevalência da Obesidade em Portugal*; (Notícias – Sociedade Portuguesa Para o Estudo da Obesidade; Janeiro/Julho 2000)
- 11 Health and Fitness Survey; (Dublin: Institut of European Food Studies 2000)
- 12 Rocha, Evangelista e Pereira Miguel, J.; *Epidemiologia da hipertensão arterial em Portugal: Uma actualização*; (Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa / Instituto de Medicina Preventiva, a aguardar publicação)
- 13 Murjal, Leonor, I. Machado e F. de Pádua; *A situação de Saúde de Portugal em relação aos outros países europeus (EU 15)*; (Lisboa: Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva 2002)
- 14 Direcção-Geral da Saúde e Sociedade Portuguesa de Diabetologia; *Dossier Diabetes: em conjunto, objectivos comuns*; (Lisboa: Direcção-Geral da Saúde 1998)
- 15 Diário da República I Série-B N.º 190 de 17/8/2001; Resolução do Conselho de Ministros N.º 129/2001: *Aprova o Plano Oncológico Nacional – 2001-2005*
- 16 Direcção-Geral da Saúde e Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor; *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*; (Lisboa: Direcção-Geral da Saúde 2001)
- 17 Sociedade Portuguesa de Aterosclerose; *Consensus – Recomendações portuguesas para a prevenção primária e secundária da aterosclerose*; (Lisboa: Sociedade Portuguesa de Aterosclerose Dezembro 2000)
- 18 Inquérito Nacional de Saúde 1998/99
- 19 Ibidem
- 20 Ordem dos Médicos; *Prevenção Secundária do Enfarte do Miocárdio: Recomendações Terapêuticas*; (Lisboa: Ordem dos Médicos 1999) 4
- 21 Ibidem 4
- 22 Ibidem 4
- 23 Morais, J.; *Trombólise em Portugal: como influenciar a realidade nacional*; (Revista Portuguesa de Cardiologia 1998 17 –5) 431
- 24 Direcção-Geral da Saúde, Direcção de Serviços de Planeamento; *Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*; (Lisboa: Direcção-Geral da Saúde 2001)

