

EDITORIAL

O DECLÍNIO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES COMO CAUSA DE MORTE

As doenças cardiovasculares (DCV) tem-se destacado, principalmente nos Estados Unidos e países industrializados da Europa, porque representam desde as primeiras décadas deste século causas importantes de morte e têm mostrado uma tendência crescente. Em alguns daqueles países as DCV passaram, a partir do início da década de 50, a representar 50% ou pouco mais do total das mortes. Não que sua representatividade fosse crescente apenas devido a redução de outras causas – por exemplo as doenças infecciosas – mas o risco de morrer pelas DCV era também crescente.

A partir do final da década de 40, quando medidas preventivas tornaram possível a redução das complicações cardíacas da febre reumática com consequente queda da mortalidade, duas causas vem se destacando entre as DCV: as doenças isquêmicas do coração (DIC) e as doenças cerebrovasculares (DCbV). Nos Estados Unidos a participação crescente das DIC na mortalidade levou alguns autores a chamarem a doença de “a epidemia do século” e passou-se a se interessar vivamente por estudos não mais somente do tipo descritivo dado pelas estatísticas vitais, mas por aqueles analíticos que permitissem um melhor conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença. Surgiram então numerosos projetos que se propuseram a estudar prolongadamente grupos populacionais segundo várias características. Merece ser mencionado pela importância, pela duração e pelos numerosos resultados que apontam fatores de risco, o estudo de Framingham.

Por outro lado, além destes estudos que proporcionaram à população, pelos seus resultados, conhecimentos que possibilitam a prevenção primária, outros levaram a um grande avanço tecnológico do ponto de vista terapêutico, quer clínico quer cirúrgico. Assim, ao mesmo tempo que equipamentos cada vez mais sofisticados vinham e vêm possibilitando a recuperação de muitos casos de “ataque cardíaco”, aumentando a sobrevida, os conhecimentos adquiridos a respeito dos fatores de risco da doença aterosclerótica induziram, em maior ou menor grau, à redução do fumo, a evitar alimentos gordurosos, ao controle da hipertensão arterial, a fazer exercícios, entre outros.

Consequência ou não da prevenção primária ou dos avanços terapêuticos, ou de ambos ou ainda de ambos mais alguma coisa que se desconhece (e porque não o próprio comportamento da doença?) começou-se a verificar, após décadas de ascensão, um declínio da mortalidade por DCV, principalmente devido ao comportamento da DIC, ao qual

foi dado maior destaque, mas também ao declínio da mortalidade por DCbV.

A tendência declinante da mortalidade por DIC iniciou-se nos Estados Unidos e Canadá, no final da década de 60. Mais especificamente, nos Estados Unidos, em 1968. O fato chamou tanto a atenção que, em 1978, foi promovida uma conferência reunindo clínicos, cardiologistas, epidemiologistas, estatísticos, dentre outros, em Bethesda, Maryland, EUA, pelo “National Heart, Lung and Blood Institute”¹. O objetivo foi discutir se a redução de mais de 20% no declínio da mortalidade por DIC observado de 1968 a 1976 era real; discutir possíveis causas e recomendar estudos ulteriores para elucidar essas causas. Entre outras conclusões, chegaram-se às seguintes: o declínio da mortalidade por DIC, nos EUA, era real e não devido a artefatos; quer a prevenção primária, atuando por meio de mudanças em alguns fatores de risco, quer a melhoria da assistência médica específica, contribuíram para a redução, porém não explicavam totalmente o declínio, e uma quantificação mais precisa das causas de declínio necessitava ser avaliada por meio de vários estudos, especialmente aqueles planejados para verificar se a frequência de casos não fatais da DIC estava mudando.

Nos Estados Unidos a tendência ao declínio iniciada em 1968 continuou existindo. Em numerosos outros países também tem ocorrido o fato: Inglaterra, Japão, Austrália, Nova Zelândia e quase todos da Europa Ocidental.

No Município de São Paulo um estudo recente² mostrou que, para maiores de 20 anos, a tendência de mortalidade por DIC foi crescente até 1976 e, a partir desta data, vem declinando continuamente, sendo o declínio maior no sexo feminino.

Neste número da Revista de Saúde Pública (p.343) está publicado outro trabalho mostrando a tendência da mortalidade por DCbV no Município de São Paulo. Da mesma maneira como nos países desenvolvidos, também entre nós está se verificando um declínio da mortalidade por este grupo de doenças. O declínio iniciou-se em 1975 e até 1981 foi de 11,1% (13,6% para homens e 8,5% para mulheres).

Será que as mesmas causas que levaram ao declínio em outros países estão também atuando entre nós? Tudo leva a crer que sim, mas dentre elas quais as mais importantes? Aquelas que estão levando a população a modificar seu estilo de vida, no sentido de evitar os fatores de risco? Ou são mais importantes as medidas terapêuticas clínicas e cirúrgicas que, cada vez mais, ao que tudo indica, vêm sendo utili-

zadas no Município de São Paulo, um dos maiores centros de cardiologia da América Latina? Ou é a tendência da doença em todo mundo? Estão havendo menos casos ou a sobrevida é maior?

Os estudos que vêm sendo feitos em outros países ainda não têm encontrado respostas satisfatórias. Entre nós só se tem conhecimento destes dois estudos que mostram o declínio das DIC e das DCbV, porém, não se tem notícia de algum estudo que esteja sendo realizado ou planejado visando analisar especificamente a incidência e a sobrevida.

Esta é uma tarefa que deve ser pensada conjuntamente pelos epidemiologistas e clínicos: que tipos de estudos devem ser planejados objetivando uma

resposta às indagações que vêm sendo feitas em outros países e agora passam a ser feitas também entre nós. É preciso ficar claro que não se tratam de indagações puramente acadêmicas pois, parece claro, que os resultados poderão trazer subsídios importantes ao conhecimento clínico e epidemiológico das DCV – especificamente as DIC e as DCbV – o que poderá contribuir para diminuir a incidência e/ou aumentar a sobrevida.

Ruy Laurenti
Prof. Titular do Departamento
de Epidemiologia da Faculdade de
Saúde Pública da USP

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HAVLIK, R.J. & FEINLEIB, M., ed. *Proceedings of the Conference on the Decline in Coronary Heart Disease Mortality*. Washington, D.C., US Department of Health, Education and Welfare, 1979. (NIH-79-1610).
2. LOLIO, C.A. de & LAURENTI, R. Mortalidade por doença isquêmica do coração no Município de São Paulo: evolução de 1950 a 1981 e mudanças recentes na tendência. *Arq. bras. Cardiol.*, 46: 153-6, 1986.

EDITORIAL

THE DECLINE OF CARDIOVASCULAR DISEASES AS A CAUSE OF DEATH

Cardiovascular diseases (CVD) have ranked high, principally in the United States and the industrialized countries of Europe, as representing important causes of death as from the first decades of this century and have shown a tendency to increase. In some of these countries the CVD have represented 50%, or slightly more, of the total of deaths, from the early 50's onwards. It has not been simply that this proportion has grown as a result of the reduction of other causes — but also because the risk of dying from the CVD also increased.

As from the end of the 40's, when preventive measures made possible a reduction of the cardiac complications of rheumatic fever with a consequent drop in mortality, two causes, among the CVD, have stood out: ischemic heart diseases (IHD) and cerebrovascular diseases (CbVD). In the United States the increasing proportion of the IHD in mortality has led some authors to call the disease "the epidemic of the century" and have come to develop a lively interest in studies not only of the descriptive type given by the vital statistics, but also in those analytical studies which should permit a better knowledge of the risk factors for the development of the disease. There then arose numerous projects designed to study population groups, according to diverse characteristics, over a long period of time. Because of the importance, the duration and the large number of its results which indicated risk factors, the Framingham's study deserves special mention.

On the other hand, beyond these studies which provided the population, through their results, with the knowledge which made primary prevention possible, others led to a great technological advance from the therapeutic point of view, both on the clinical and on the surgical side. Thus, at the same time in which ever more sophisticated equipment has arisen and made possible the recovery of many "heart attack" cases and increased the length of survival, the knowledge acquired with regard to the risk factors of atherosclerotic disease led, to a greater or lesser degree, to the reduction of the smoking habit, to the avoidance of fatty foods, to the control of arterial hypertension, to the taking of exercise, and so on.

Whether as a consequence or not of primary prevention or of therapeutic advances, or of both together or possibly of both together with something more still unrecognized (why not the behavior of the disease itself?) a decline of mortality due to CVD has begun to be discovered, after decades of

increase, due mainly to the behavior of the IHD, which has received greater emphasis, but also to the decline of mortality by CbVD.

The declining tendency of mortality from IHD began in the United States and Canada, at the end of the 60's. More precisely: in the United States, in 1968. The fact called so much attention that a conference to bring together clinicians, cardiologists, epidemiologists, statisticians and others, was convened in Bethesda, Maryland, USA, in 1978 under the auspices of the "National Heart, Lung and Blood Institute"¹. The purpose was to discuss whether the decline of more than 20% observed in mortality from IHD, between 1968 and 1976, was real; to discuss possible causes and recommend further studies to elucidate these causes. Among the conclusions reached were the following: the decline in mortality from IHD, in the USA was real and not the result of any artifact; whether it were due to primary prevention, effective by means of changes in some risk factors, or whether due to the improvement of specific medical care, these did not entirely explain the decline, and a more exact quantification of the causes of the decline should be attempted by means of various studies, especially those planned to discover whether the frequency of non-fatal cases of IHD was changing.

In the United States the tendency to decline begun in 1968 continued to exist. The decline has also made itself felt in numerous other countries, including England, Japan, Australia, New Zealand and almost all of Western Europe.

In the S.Paulo county a recent study² has shown that, for people over 20 years of age, the tendency to die from IHD grew up to 1976 and that, from that date, it has been declining continuously — the greatest decline being among women.

In this number of the "Revista de Saúde Pública" (p.343) another study showing the tendency of mortality by CbVD in S.Paulo county is being published. In the same way as in the developed countries there is also being verified, among us, a decline in mortality for this group of diseases. The decline began in 1975 and by 1981 was of 11.1% (13.6% for men and 8.5% for women).

Can it be that the same causes which led to the decline in other countries are also having their effect among us? Everything suggests that this is in fact the case — but among these causes which are the most important? Those which are leading the population to change their life-style, that is to say, in the direction of avoiding risk factors?

Or are the clinical and surgical therapeutical measures which are coming to be used more and more, as far as one can tell, in S. Paulo county, one of the main cardiological centers in Latin America, more important? Or is it the general tendency of the disease throughout the world? Are there fewer cases or is the survival rate greater?

The studies which are being undertaken in other countries have not yet found satisfactory answers. Among us only these two studies which show the decline of the IHD and the CbVD are known. Nor is there any news of any study, either under way or planned, with a view to specific analysis of incidence and survival rates.

This is a task which must be thought through by clinicians and epidemiologists together: what types of studies ought to be planned in order to discover

an answer to the questions which are being raised in other countries and which are now arising among us too. It is necessary to make it quite clear that one is not dealing with purely academic questions because, as must be evident, the results will produce important data for the clinical and epidemiological understanding of the CVD – specifically of the IHD and the CbVD – which will contribute to the reduction of their incidence and/or to the increase of survival rates.

Ruy Laurenti
Professor of the Department of
Epidemiology of "Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de
São Paulo"

REFERENCES

1. HAVLIK, R.J. & FEINLEIB, M., ed. *Proceedings of the Conference on the Decline in Coronary Heart Disease Mortality*. Washington, D.C., US Department of Health, Education and Welfare, 1979. (NIH-79-1610).
2. LOLIO, C.A. de & LAURENTI, R. Mortalidade por doença isquêmica do coração no Município de São Paulo: evolução de 1950 a 1981 e mudanças recentes na tendência. *Arq.bras.Cardiol.*, 46 : 153-6, 1986.