

As razões do coração *— F. S. C.*

Marco Antonio Porto *

"Nada depende de nós; os próprios movimentos do coração parecem nascer de mil circunstâncias fortuitas, se não que os rege uma lei misteriosa."

Machado de Assis

Neste momento, em que grande parte da comunidade de médicos cardiologistas reúne-se em mais um congresso anual de nossa Sociedade, parece oportuno suscitar algumas reflexões sobre as relações da cardiologia com o quadro sanitário brasileiro. Para um raciocínio inicial nos valeremos, como parâmetros básicos, dos níveis de prevalência e mortalidade das cardiopatias em nosso meio e do paradigma assistencial de enfrentamento desta realidade, observando-se a questão da capacitação de recursos humanos.

Nas últimas quatro décadas, houve uma sensível mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com o decréscimo dos óbitos provocados por doenças infecto-contagiosas e o proporcional aumento dos óbitos por doenças crônico-degenerativas. As explicações são diversas, entre elas o quadro de "transição demográfica", isto é, o envelhecimento populacional relativamente rápido deste outrora jovem país. Assim, sem ter vencido — ao contrário! — os flagelos do subdesenvolvimento, o Brasil aproxima-se, ironicamente,

de números semelhantes aos do tão expirado "primeiro-mundismo".

Em 1984, excluídas as causas mal definidas, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por mais da metade dos óbitos de pessoas maiores de 50 anos de idade e representaram 33,3% do número total de óbitos, tendo sido a principal causa de morte em quase todas as regiões brasileiras. Cerca de 200.000 pessoas morrem anualmente no país com infarto, angina e etc. Vale ainda ressaltar uma das estrelas maiores desta lamentável constelação: a hipertensão arterial. O Ministério da Saúde estima que 15% dos brasileiros com mais de 20 anos de idade são hipertensos. O fato é de extrema gravidade, quando se sabe que apenas 1/3 dos pacientes que falecem por algum tipo de doença cardiovascular apresentam pressão arterial normal. Em 1986, 12 milhões de receitas foram prescritas para este diagnóstico, o que parece ter sido um esforço pouco produtivo, já que, no mesmo ano, só com a rede contratada, o Inamps despendeu mais de US\$ 14 milhões com a internação de pacientes. Aliás, numa perspectiva mais ampla, o custo direto anual dos pacientes hipertensos com consultas médicas, internações, atendimentos de emergência, auxílio-doença, aposentadoria e remédios aproxima-se de US\$ 267 milhões, o que expõe claramente o dispendio-

so fracasso de um modelo assistencial.

Assim, os fabulosos avanços científicos e tecnológicos, que resultaram na incorporação de sofisticados e onerosos recursos de diagnóstico e tratamento, não parecem ter logrado êxito estatisticamente significativo. Este quadro sugere que, sem desconsiderar o inestimável valor destes procedimentos, impõe-se a criação de um modelo assistencial concebido como estratégia de massas, aliado à capacitação de recursos humanos aptos a implementá-lo. Para tanto, como medida preliminar, é preciso "desospitalizar" o atendimento das cardiopatias que constituem problemas de saúde pública. As Unidades de Atenção Primária precisam existir em número adequado e com pessoal capacitado para fazer face a este desafio. Um sistema de referência e contra-referência, para encaminhamento de pacientes, é um mecanismo simples e, no entanto, suficiente para integrar tais Unidades ao serviço hospitalar especializado.

As atividades coletivas devem ser não apenas incentivadas, mas entendidas mesmo como prioritárias. Do ponto de vista dos profissionais, há que se adotar a formação de equipes de saúde, multidisciplinares, que ampliem o campo de conhecimento posto a serviço do paciente. Quanto à demanda, é injustificável que doenças

cujas principais formas de tratamento é a adoção de medidas higieno-dietéticas, não-medicamentosas (hipertensão arterial leve, por exemplo), continuem tendo como forma quase exclusiva de abordagem o "combate singular", travado no ambulatório, entre um médico e um paciente, o que representa razoável desperdício de tempo e espaço. Também as atividades de caráter preventivo encontram leito mais favorável nas Unidades Primárias, por sua melhor inserção no âmbito da comunidade. Preferencialmente, devem realizar-se em articulação com setores organizados da população (como sindicatos, associações de moradores, clubes de serviço, etc.), capazes de conferir organicidade e continuidade a estas ações.

Quanto às disciplinas de cardiologia e serviços de bom padrão técnico (que, na realidade, funcionam como disciplinas), é tempo de se provocar o encontro dos profissionais que atuam nestas instâncias, com vistas ao debate sobre a capacitação de recursos humanos. Por exemplo, parece importante que estes especialistas participem mais ativamente da formação de generalistas; que se estabeleça claramente uma hierarquia de conteúdos e procedimentos na formação do próprio cardiologista; que se criem possibilidades reais de educação continuada para o grande contin-

gente de médicos afastados da universidade ou de serviços com características semelhantes.

Em 1628, Sir William Harvey publicou o livro *Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus* — em geral, mais conhecido pelo nome resumido de *Motu Cordis* — no qual revolucionou o conhecimento sobre a circulação sanguínea e a dinâmica do coração. Com Harvey — um anatomista que não registrava apenas as formas dos órgãos, mas também seus movimentos —, a idéia funcional se incorporou à medicina, que passou então a abordar quadros dinâmicos, situações de mudança. Na hora presente, talvez este seja um bom motivo para reflexão. O conhecimento cardiológico, sem detrimento dos esforços para seu avanço permanente, precisa ganhar funcionalidade e estratégia, para que se transforme em patrimônio da maioria da população.

Motu Cordis — uma boa fonte de inspiração —, paradigma de uma cardiologia batendo em sincronia com as demandas da sociedade brasileira deste final de século. Ao contrário da sentença machadiana, ao menos este movimento cardíaco depende muito de nós.

* Professor-adjunto de Cardiologia da UFF, membro da Comissão de Atenção Primária da Sociedade de Cardiologia do Rio (Soceri)