



COMENTÁRIO EDITORIAL

O fenómeno migratório e fatores de risco cardiovascular

The phenomenon of migration and cardiovascular risk factors

Manuel Campelo ^{a,b}

^a Serviço de Cardiologia, Centro Hospitalar de S. João, EPE, Porto, Portugal

^b Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

Disponível na Internet a 12 de junho de 2018

A questão das migrações assume um carácter universal e continua presente nos tempos atuais¹. Associado a essas migrações, aparecem, não raramente, problemas de adaptação que podem originar um aumento do risco cardiovascular.

É sabido que a grande maioria dos países em desenvolvimento não dispõe de sistemas de registo fidedigno que permitam avaliar, quer índices de mortalidade, quer a quantificação dos fatores de risco cardiovascular no mundo real. A carga real das doenças cardiovasculares nesses países, assim como projeções para o futuro, têm que ser baseadas em registos locais ou inferências doutros países da região com dados apropriados, por exemplo².

No entanto, e paradoxalmente, a carga das doenças cardiovasculares de pessoas de ascendência africana a viver nos Estados Unidos, e em menor grau nas Caraíbas e no Reino Unido, tem sido objeto de numerosos estudos nos últimos 50 anos. A título de exemplo, sabe-se que os americanos negros têm taxas de hipertensão cerca de 50% mais elevadas e, como consequência, um aumento significativo da mortalidade por acidente vascular cerebral^{3,4}.

Alguns estudos já compararam populações africanas e europeias⁵ e outros já mostraram aumento do risco cardiovascular em imigrantes para o continente europeu^{6,7};

no entanto, ao pesquisar globalmente a literatura, fica-se com a impressão de que esse assunto parecer ter sido abordado com mais profundidade na comunidade americana e afro-americana^{1,2} do que na europeia.

O trabalho de Tavares⁸, publicado neste número da Revista Portuguesa de Cardiologia, aborda, de uma forma original e inédita, a questão do perfil de risco cardiovascular e da integração social de estudantes universitários de um país africano (Cabo Verde) a viver em Portugal, compara-os com o perfil de estudantes portugueses brancos e com o perfil de estudantes cabo-verdianos a viver em Cabo Verde.

Verificaram-se alguns sinais sugestivos de má adaptação dos estudantes cabo-verdianos a viver em Portugal: menor atividade física, abuso de drogas mais frequente, queixas mais frequentes relativas à dificuldade de integração e sinais de dificuldades económicas, em comparação com os outros dois grupos.

O estudo revela ainda que, mesmo após um curto período de permanência como imigrantes em Portugal, aquele grupo de estudantes africanos mostra já alterações significativas do perfil de risco cardiovascular, tais como valores mais elevados de pressão arterial, de peso corporal, de ingestão de sal, de rigidez aórtica e de albuminúria, quando comparados com indivíduos nascidos e residentes no país de destino. Se comparados com indivíduos nascidos e residentes no país de origem, também se verificou um aumento de ingestão de sal, peso corporal e albuminúria.

DOI do artigo original: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.09.027>

Correio eletrónico: mcampelo@hotmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.05.007>

0870-2551/© 2018 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.



Como os autores referem, o aumento do risco cardiovascular verificado nessa população estará relacionado com dificuldades na adaptação ao novo país e com adoção de hábitos de vida menos saudáveis, o que pode justificar a tomada de medidas preventivas e precoces, no sentido de impedir ou atenuar esse aumento de risco.

Este estudo tem ainda duas particularidades: mostra-nos o aumento do risco cardiovascular numa população jovem, com esperança de vida de várias décadas; não sendo fácil a modificação de comportamentos, será de supor que a persistência no tempo desses fatores de risco irá comprometer a saúde cardiovascular anos mais tarde, o que é preocupante para a comunidade⁹.

Por outro lado, não deixa de ser curioso que o nível de educação diferenciado e elevado dessa população de estudantes universitários, que poderia funcionar como uma proteção contra influências negativas da mudança de ambiente, acabe por não ter esse efeito; de facto, e como os autores também salientam, apareceram alterações significativas do perfil de risco, mesmo com a curta estada num país estrangeiro.

Sabe-se que existem vários fatores de ordem social, cultural e económica que contribuem para o desenvolvimento, a manutenção e a alteração dos padrões de comportamento perante a saúde. Mas, o que importa salientar, é que a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis demonstrou reduzir o risco de doenças cardiovasculares¹⁰. Nesse sentido, tem sido dado realce a um outro aspeto, o conhecimento dos fatores de risco modificáveis, que não foi especificamente abordado neste estudo. De facto, esse conhecimento parece ser um requisito para modificação de comportamentos. De acordo com modelos de comportamento para a saúde, o conhecimento das consequências negativas para a saúde de um determinado comportamento é uma condição necessária, embora não necessariamente suficiente, para a sua alteração¹¹⁻¹³.

Essa vertente do conhecimento deverá ser tida em conta nas medidas a tomar para controlo dos fatores de risco cardiovascular.

Globalmente, este trabalho contribui, indubitavelmente, para aprofundar o conhecimento do risco cardiovascular em migrantes do continente europeu e abre portas a outros estudos nesta área.

Conflitos de interesse

O autor declara não haver conflitos de interesse.

Bibliografia

1. Baharian S, Barakatt M, Gignoux CR, et al. The Great Migration and African-American Genomic Diversity. *PLoS Genet.* 2016;12:e1006059.
2. Dugas L, Forrester T, Plange-Rhule J, et al. Cardiovascular risk status of Afro-origin populations across the spectrum of economic development: findings from the Modeling the Epidemiologic Transition Study. *BMC Public Health.* 2017;17:438.
3. Howard G, Anderson R, Sorlie P, Andrews V, Backlund E, Burke GL. Ethnic differences in stroke mortality between non-Hispanic whites, Hispanic whites, and blacks. *The National Longitudinal Mortality Study. Stroke.* 1994;25:2120-5.
4. Borhani N. Changes and geographic distribution of mortality from cerebrovascular disease. *Am J Public Health Nations Health.* 1965;55:673-81.
5. Polónia J, Madede T, Silva JA, Mesquita-Bastos J, Damasceno A. Ambulatory blood pressure monitoring profile in urban African black and European white untreated hypertensive patients matched for age and sex. *Blood Pressure Monitoring.* 2014;19:192-8.
6. Lepoutre-Lussey C, Plouin PF, Steichen O. Cardiovascular risk factors in hypertensive patients born in Northern Africa and living in France. *Blood Press.* 2010;19:75-80.
7. Harding S, Teyhan A, Rosato M, Santana P. All cause and cardiovascular mortality in African migrants living in Portugal: evidence of large social inequalities. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2008;15:670-6.
8. Tavares L, Calhau C, Polónia J. Assessment of cardiovascular risk and social framework of Cape Verdean university students studying in Portugal. *Rev Port Cardiol.* 2018;37:577-82.
9. Herrington W, Lacey B, Sherliker P, Armitage J, Lewington S. Epidemiology of atherosclerosis and the potential to reduce the global burden of atherothrombotic disease. *Circ Res.* 2016;118:535-46.
10. Elmer PJ, Obarzanek E, Vollmer WM, et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness, and blood pressure control: 18-Month results of a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2006;144:485-95.
11. Gielen AC, Sleet D. Application of behavior-change theories and methods to injury prevention. *Epidemiol Rev.* 2003;25:65-76.
12. Homko CJ, Santamore WP, Zamora L, et al. Cardiovascular disease knowledge and risk perception among underserved individuals at increased risk of cardiovascular disease. *J Cardiovasc Nurs.* 2008;23:332-7.
13. Pollitt RA, Rose KM, Kaufman JS. Evaluating the evidence for models of life course socioeconomic factors and cardiovascular outcomes: A systematic review. *BMC Public Health.* 2005;5:7.