



Como implementar programas de Prevenção Cardiovascular: Aspectos Práticos

*Iseu Gus

**Dr. Marinon Porto

***Dr. Grimario Nobre de Oliveira

*Doutor em Cardiologia, Chefe do Serviço de Epidemiologia do IC/FUC

**Sanitarista

***Diretor Técnico da Estratégia da Saúde da Família

Endereço para contato:

Instituto de Cardiologia-Serviço de Epidemiologia
Av. Princesa Izabel, 370 – CEP
Porto Alegre-RS

INTRODUÇÃO

PROGRAMAS DE PREVENÇÃO

Quando se fala ou se escreve sobre prevenção primária cardiovascular a referência são os Fatores de Risco (FR) da doença cardiovascular (DCV) e logicamente programas de prevenção cardiovascular significam, no aspecto prático, combater os Fatores de Risco. Porém os avanços terapêuticos nos já portadores de cardiopatias, evidenciados em grandes ensaios e a influência destas terapêuticas, quer medicamentosa quer intervencionista, resultaram em diminuição da mortalidade do cardiopata, e, como consequência, houve relaxamento de programas de prevenção primária dos FR.

Pode se fazer prevenção em pessoas ainda não cardíacas, mas portadoras de FR, e em pacientes já portadores de cardiopatia. Tanto num grupo como no outro agimos preventivamente. A diferença é que num grupo prolongamos o tempo de aparecimento da morbidade e mortalidade da cardiopatia e no outro prolongamos o tempo de vida, mortalidade, e novos eventos cardíacos, mas sempre tendo como alvo os FR.

Conforme o Prof. Airton Stein, são objetivos da epidemiologia:

- IDENTIFICAR AS CAUSAS DA DOENÇA
- TESTAR EFETIVIDADE DAS MEDIDAS PARA PREVENÇÃO
- ESTUDAR A HISTORIA NATURAL
- IDENTIFICAR CARACTERISTICAS DOS GRUPOS DE RISCO C/PROGRAMAS DE SAÚDE QUE SEJAM PRIORITÁRIOS
- AVALIAR AS INTERVENÇÕES (EFETIVIDADE e EFICIENCIA)

Seria interessante acrescentar:

- SER POSSÍVEL APLICAR TAIS INTERVENÇÕES EM GRANDE NÚMERO DE PESSOAS, EM CARACTER POPULACIONAL.

No caso dos FR e a DAC, todos os objetivos foram alcançados, tanto para morbidade como para mortalidade, com efetividade e eficiência. Mas o que se quer encontrar agora é um programa de aplicação prática, em massa, quanto à morbidade, ou seja, evitar que a DAC apareça.

Os programas da prevenção em cardiopatas têm sido o objetivo das indústrias farmacêuticas e pesquisadores (Grandes Ensaios), e têm resultado em Diretrizes das Sociedades de Cardiologia, obtendo ampla divulgação. Mas é de se lembrar que pacientes, depois da alta hospitalar ou da consulta ambulatorial, não mantêm as terapêuticas recomendadas conforme as Diretrizes ou mesmo recebendo receitas médicas sem todas as recomendações das Diretrizes.

PESO dos FATORES de RISCO

São os FR modificáveis os alvos da prevenção primária para aplicação prática:

- SOBREPESO/OBESIDADE
- SEDENTARISMO
- TABAGISMO
- HAS
- DISLIPIDEMIAS
- ALTERAÇÕES DA GLICEMIA

Um estudo interessante foi publicado em 2007¹ para determinar o quanto do decréscimo da mortalidade das DAC é explicado pelo uso de medicamentos e tratamento intervencionista comparado com mudanças/combate aos FR, no período 1980-2000, em adultos entre 25 e 84 anos. A mortalidade por DAC caiu de 542.9 para 266.8 óbitos por 100.000 habitantes homens e de 263.3 para 134.4 por 100.000 habitantes em mulheres. Isto significou perto de 47% de decréscimo atribuídos ao tratamento em cardiopatas e 44% atribuídos ao combate aos FR.

Outro trabalho já amplamente divulgado pela literatura: o *INTER-HEART*, do Dr. S.Yusuf², demonstrou que ao redor de 90% das cardiopatas teriam como responsáveis algum ou alguns dos FR para DAC:

- 9 simples ou múltiplos FR estão fortemente associados com infarto agudo do miocárdio ao redor do mundo.
- Estes 9 FR são responsáveis por 90% dos casos de DAC ao redor do mundo e na maioria das regiões.

Estratégias preventivas baseadas nestes dados devem ser implementadas na prevenção prematura das DCV ao redor do mundo. (O que estamos agora tentando)

Os resultados do *Inter-Heart* (quadro) deixam evidenciadas a efetividade e a eficácia de medidas preventivas nas DAC, quer sejam medidas de prevenção primária, quer sejam medidas de prevenção já no portador de cardiopata, com um suporte muito importante das indústrias. Mas na prevenção primária não se tem este tipo de suporte.

É neste enfoque de realidade atual que devemos implantar programas práticos na prevenção das DAC, combatendo os FR.

Desde que a epidemiologia também passou a significar prevenção em doenças clínicas e não só medidas higiênico-dietéticas, os trabalhos têm sido bastantes

esclarecedores sobre a importância dos FR nas DCV; mas, incompreensivelmente, poucos programas práticos, populacionais, são realizados, em especial no Brasil.

Talvez um primeiro programa prático de prevenção tenha iniciado em Framingham, na Inglaterra, muito conhecido, que foi o cadastramento clínico de todos habitantes desta cidade, em torno de 5.500. Eles têm sido acompanhados, já com filhos e netos dos pioneiros, até os dias de hoje. Alguns trabalhos, analisando esta população, trazem muitos ensinamentos³⁻⁴. Acompanhamento de 12 anos dos primeiros cadastrados, com 2489 homens e 2854 mulheres, Framingham evidenciou, como predição de risco cardiovascular, que 28% de eventos coronarianos em homens foram atribuídos a HAS, e 29%, em mulheres; 27% de eventos coronarianos em homens atribuídos a colesterol total e 37%, em mulheres. Ressaltou ainda que a diminuição do fumo diminui a ocorrência de infarto agudo do miocárdio, que o controle da diabetes não reverte o risco cardiovascular se não houver controle da HAS e da dislipidemia e que o exercício, dieta adequada, controle do estresse e redução do peso são importantes, mas apresentavam dificuldade na sua mensuração.

Vários trabalhos científicos daí em diante foram publicados e outros tantos serviram de base para definirem linhas de pesquisa para outros centros de investigações que “explodiram” em grande número.

No Brasil, nos últimos 20-30 anos, a epidemiologia cardiovascular tem crescido e muitos pesquisadores dedicam-se a ela. Mas as grandes dúvidas e discussões têm sido realmente a ausência de programas de prevenção cardiovascular em seus aspectos práticos e populacionais.

Quando foram levantados dados sobre prevenção dos FR das DAC no RS, em 2000⁵, alguns programas foram desenvolvidos pelo Setor de Agravo das Doenças Crônicas da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (HAS e DM) em seus Postos de Saúde a partir daqueles resultados; e agora, 2010, está sendo feito o mesmo levantamento e se poderá verificar se houve aproveitamento destes programas. A parceria do Estado foi fundamental para o resultado desta pesquisa. E no Brasil, pela estrutura já montada com o paternalismo do Estado, pouco se pode realizar, em epidemiologia, se o Poder Público não participar de forma efetiva.

Existem inúmeros pequenos programas que tratam os FR da DAC, principalmente em hipertensão arterial sistêmica, fumo, obesidade, diabete, sedentarismo, tanto em ambulatorios como em Postos de Saúde, por todo este Brasil. São pequenos em relação ao que se propõe sugerir neste trabalho, ou seja: um programa de caráter populacional, abrangente.

Com a medicina evoluindo na sua parte clínica, cada vez mais a população quer ter direito aos avanços que estão surgindo. A idade média avançando para quase 75 nos e a polifarmácia aumentando, é imperativo que a prevenção assuma a preferência dos indivíduos, e logicamente de programas práticos para um número cada vez maior de

peessoas que procuram prevenir doenças, para chegar com melhores condições orgânicas em idade mais avançada.

UM PROGRAMA PARA SE IMPLEMENTAR

Dentro dos aspectos práticos de "COMO IMPLEMENTAR PROGRAMAS DE PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR" deveremos ter:

1. Apoio verdadeiro dos poderes públicos como parceiros.
2. Apoio constante da mídia na divulgação das medidas que irão sendo aplicadas.
3. Uma central de cardiologia de apoio permanente aos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem das Equipes do Programa da Saúde da Família.
4. Total apoio da Secretaria do Estado e/ou do Município ao Programa como um todo e, em especial, às Equipes do Programa da Saúde da Família.

E para este perfil de programa já temos uma importante semente: A Estratégia da Saúde da Família.

A ESTRATÉGIA de SAÚDE da FAMÍLIA e a DOENÇA CARDIOVASCULAR

As doenças cardiovasculares representam cerca de 30% da mortalidade no país, bem como no estado do RS e no município de Porto Alegre. Dentre as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial sistêmica é a mais frequente, além de ser o principal fator de risco para complicações importantes como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, doença renal crônica, entre outras.

Pela sua prevalência e gravidade (em torno de 35% da população de 40 anos e mais idade), a HAS é um importante problema de saúde pública e um dos principais FR. O enfrentamento ao problema é difícil, entre outros motivos, por se tratar de doença com longo curso assintomático, com diagnóstico precoce negligenciado, além de muito baixa adesão ao tratamento por parte dos pacientes.

SITUAÇÃO ATUAL

Apesar do amplo acesso aos medicamentos, com baixo custo ou disponíveis na rede pública, é imprescindível modificação no estilo de vida, por meio de alimentação adequada, atividade física, controle do peso, da circunferência abdominal, diminuição do uso de álcool, do tabagismo e do sal. Isto dificulta sobremaneira o controle da doença.

Estratégias de saúde pública são relevantes para alterações no estilo de vida, fator decisivo para diminuir a incidência da doença, assim como para a continuidade da assistência em saúde dentro de sua complexidade, a qual é prestada em 3 níveis de atenção:

a) atenção primária: representa o 1º nível de contato do indivíduo e da comunidade com o sistema de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível aos lugares onde as pessoas vivem, e constituem o 1º elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Alma-Ata 1978).

b) Atenção secundária: atendimento em centros de especialidades médicas, por profissionais especializados.

c) Atenção terciária: atendimento hospitalar.

O desafio para o controle da doença é fundamentalmente da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo esta a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, por intermédio de sua equipe multidisciplinar, vínculo com o paciente, com a família e com a comunidade.

CARACTERÍSTICAS DA ESF

A ESF tem por objetivo a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de saúde-SUS, imprimindo nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre estes serviços e a população. Esta estratégia iniciou em 1994, no Brasil, e é realizada pelos municípios por equipes minimamente compostas por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde. Cada equipe acompanha até mil famílias, em área geográfica definida, onde se localiza a unidade de saúde, responsabilizando-se pela atenção à saúde de todas as pessoas, desde recém-nascidos até idosos. A equipe faz promoção, proteção, diagnóstico precoce e recuperação da saúde, mediante atendimento da demanda, consultas programadas, atividades em grupos, reuniões comunitárias, visitas e internações domiciliares.

O trabalho da equipe inicia pelo cadastramento das famílias/pessoas com a participação de todos os seus integrantes. Este cadastramento fornece dados sobre a população (saneamento, educação, doenças, prevalentes, situação dos

domicílios), que permitirá o planejamento inicial, para organizar o funcionamento da equipe em conjunto com a comunidade.

A cada mês, a equipe gera informações, a partir de suas atividades, as quais permitirão atualização das análises e diagnósticos da situação local, que devem ser compartilhadas com a população e enviadas para a Secretaria Municipal de Saúde e o Ministério da Saúde.

A ESF também procura uma ação mais integradora dos diversos setores da administração pública, como consequência de sua análise ampliada do processo saúde/doença. Seus profissionais devem atuar como catalisadores, buscando ação sinérgica, de várias políticas setoriais, tais como saneamento, educação, habilitação, emprego e renda, segurança e meio ambiente.

ATENÇÃO NO DOMICÍLIO

Uma das características fundamentais da ESF é sua integração com a população, que é realizada das mais diversas formas, sendo a visita domiciliar apenas uma delas. O agente Comunitário de Saúde desenvolve suas ações em especial nos domicílios de sua área de responsabilidade, sendo o elo entre a população acompanhada e a equipe.

A visita domiciliar é fator essencial ao processo de vigilância à saúde. Tais visitas podem ser programadas segundo critérios epidemiológicos ou quando solicitadas com a finalidade de acompanhar a situação de saúde das famílias.

A internação domiciliar para os casos de doenças crônicas, de baixo risco, ou para pacientes em fase de recuperação, deve ser estimulada sempre que as condições clínicas permitirem. A internação domiciliar visa o bem-estar e a humanização dos cuidados, garantindo-se aos pacientes, no entanto, internação hospitalar efetiva, quando necessária.

ATRIBUTOS DO ESF

Foram sistematizados por Bárbara Starfield (*Basic concepts in population health and health care*) os atributos essenciais e derivados da atenção primária:

Atenção de primeiro contato: implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.

Longitudinalidade: pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deve ser refletido em fortes laços interpessoais que resultem na cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde.

Integralidade: implica que a unidade de atenção primária deve fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde. Deve oferecer e reconhecer a

necessidade de serviços preventivos e de serviços que lidem com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças manifestas, além de reconhecer de forma adequada problemas de todos os tipos, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais.

Coordenação: o serviço de APS deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe nos diferentes níveis do sistema de saúde.

Orientação Comunitária: Conhecimento, por parte do provedor da atenção, das necessidades da comunidade por intermédio de dados epidemiológicos e de contato direto com a comunidade; envolve também planejamento e avaliação conjuntos dos serviços pelos profissionais e pela comunidade.

Competência Cultural: envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outros traços culturais especiais.

FATORES DE RISCO/ATIVIDADES DA ESF

Considerando os fatores de risco já apontados:

- Hereditariedade
- Idade
- Obesidade
- Secundarismo
- Tabagismo
- Alcoolismo
- Estresse
- Circunferência abdominal

Os profissionais das Unidades de Saúde da Família tem importância primordial nas estratégias de controle da HAS, quer na definição do diagnóstico clínico e na conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso. A APS/ESF, por meio de sua equipe multidisciplinar, executa atividades específicas para o combate à doença nas suas unidades, tais como :

- a) Cadastramento da população adscrita
- b) Controle pressórico da população risco e registro na carteira de hipertenso
- c) Visitas domiciliares regulares
- d) Acompanhamento mensal dos pacientes
- e) Busca ativa dos pacientes cadastrados que não aderiram ao tratamento
- f) Reuniões mensais com grupos de pacientes para orientação e acompanhamento
- g) Dispensação gratuita dos medicamentos prescritos

h) Estimulo e formação de grupos para exercícios físicos

i) Hipertensão: Cadastramento e controle de hipertensos e diabéticos (em algumas unidades) e, considerando atributos da APS/ESF, além da vinculação com o indivíduo, família, comunidade, a distância mais adequada para controle da doença.

j) Acesso diferenciado para hipertensos
Estudos realizados já comprovaram relação direta entre o nº de equipes de saúde da família e queda da mortalidade infantil.

Embora a inexistência de pesquisas mais abrangentes para mensurar a relação entre equipes da saúde família e a diminuição da prevalência da HAS e demais doenças cardiovasculares, é lícito esperar que, na parcela da população vinculada à ação programática específica, isto esteja ocorrendo. Vale destacar que as intervenções feitas de maneira isolada possuem menor impacto do que atividades coletivas.

Em Porto Alegre existem 107 equipes de saúde da família para uma população de 1.400.000 hab., com percentual de 25% da população coberta.

Para que haja melhoria nos indicadores das cardiovasculares é importante ampliar a acessibilidade aos serviços. Assim, para atender 50% da população é necessário ampliar o número de equipes para 175.

Além da quantidade, deve o poder público melhorar ainda mais as condições do trabalho das equipes, contemplando melhoria das instalações físicas adequadas, ampliar o número de agentes comunitários de saúde, implantação dos NASF (núcleos de apoio à saúde da família) para agregarmos nutricionistas, profissionais de educação física, psicólogos, entre outros, que possam interagir com os pacientes, proporcionando educação alimentar, exercícios adequados e apoio psicológico para aumentar a adesão ao tratamento dos casos detectados. Outra questão relevante é a implantação de protocolos clínicos atualizados com profissionais permanentemente capacitados para aprimorar o manejo da doença.

Em síntese, o combate às doenças cardiovasculares, e dentre elas a HAS, maior causa da mortalidade, deve priorizar promoção da saúde e prevenção do agravo, ações que são desenvolvidas na atenção primária, em especial no ESF, pelas características de trabalhar com:

- População adscrita
- Promoção da saúde
- Prevenção de agravos
- Acesso preferencial para hipertensos
- Diagnóstico precoce
- Consultas programadas

- Hipertensão
- Atividades em grupo
- Reuniões comunitárias
- Visitas domiciliares
- Atributos de atenção de 1º contato
- Longitudinalidade
- Integralidade
- Coordenação
- Orientação familiar
- Orientação comunitária
- Competência cultural

A adesão ao tratamento, quando necessária, também é maior quando há envolvimento da família e da comunidade. As ações desenvolvidas na ESF são apropriadas, mas deverão ter maior intensidade, desde o cadastramento dos hipertensos e outros FR, compatível com o número epidemiologicamente esperado, passando por controle mais rigoroso e ampliação das equipes, quantitativa e qualitativamente.

Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

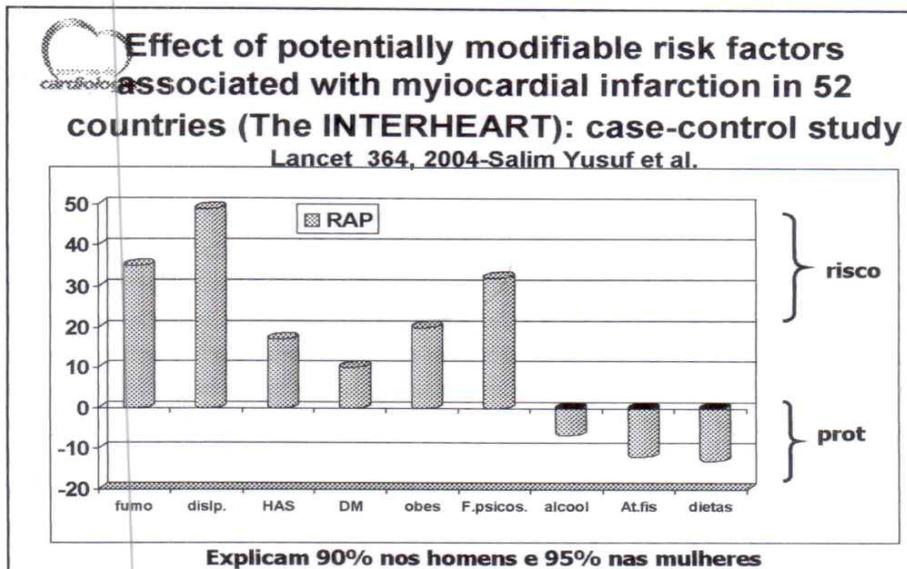
Os princípios básicos da ESF são: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - e estão estruturados a partir da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF).

A ESF não significa criação de novas unidades de saúde, exceto em áreas totalmente desprovidas. Funcionando de maneira adequada, as unidades básicas do programa são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população.

UM PROGRAMA A SER IMPLANTADO:

Os princípios básicos das UBSF são os pilares adequados para a implantação de um programa de impacto no combate aos FR da DAC no RS, e com infraestrutura plenamente capaz de obter resultados excelentes.

Quadro do Inter Heart.



Referências Bibliográficas

1. Earls S. Ford, MD, MPh, Umet A Ajami MB,BS MPh, Janet B. Croft PhD et al : Explaining the decrease in US deaths from coronary disease, 1980-2000. N Engl J Med 2007; 356:2388-98,
2. Yusuf S et al. 2004;Lancet;364-937-52
3. Kannel WB: The epidemiology of coronary heart disease: methodologic considerations. The Framingham Study. Aktuel Probl Angiol 1970; 7:25-42.
4. Kannel WB: Diabetes cardiovascular disease - The Framingham Study: 18- year follow-up; Cardiology Digest. 1976, pp 11-16.
5. Gus I et al –Prevalência dos Fatores de Risco da doença arterial coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. Arq Bras Cardiol 2002:478-490.