

A necessidade de mudança nas estratégias de intervenção para controlar a hipertensão arterial.

Nelson Albuquerque de Souza e Silva e Carlos Maldonado

Professor Titular de Cardiologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ.
Assessor para Doenças Crônicas da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

Introdução

Em 1999, as enfermidades não transmissíveis (ENT) contribuíram com quase 60% das mortes (33,5 milhões) no mundo (D. cardiovascular (DCV) - 30,3%, câncer - 12,6%, D. Respiratória - 6,4%) e 43% do impacto global das doenças^{1,2}. Em 1990, 70% de todas as mortes e 92% das mortes por doenças transmissíveis que ocorreram no quintil mais pobre da população foram “mortes em excesso”, se comparadas com a mortalidade que teria ocorrido caso os índices de morte fossem iguais aos que ocorreram no quintil mais rico da população³. No Brasil, essas doenças acarretam também um grande impacto social⁴. No Estado do Rio de Janeiro, as ENT (DCV, Neoplasias, D. Respiratórias e Causas externas) representam 68% do total de óbitos. As ENT e as lesões ou causas externas estão fortemente associadas a fatores socioeconômicos e com o marketing agressivo contra dietas não saudáveis, tabagismo e alcoolismo bem como inatividade física. O grande fator de risco para as ENT ou, de modo mais amplo, para uma vida sem saúde é a classe socioeconômica baixa e sua consequência direta: a falta de qualidade de vida. Muito se fala do desenvolvimento das nações como um problema de infra-estrutura e de ordem puramente econômica. Ignora-se, ou procura-se esconder, que a maior riqueza de uma nação é o seu povo e que os setores de saúde e educação, pedras fundamentais do desenvolvimento social, são os fatores ou as variáveis de maior relação com o crescimento econômico para a construção de uma nação livre, com bases humanísticas, e livre das imensas desigualdades sociais hoje existentes tanto entre as nações como dentro de uma mesma nação. Nos países do leste asiático, por exemplo, a expectativa de vida aumentou em 18 anos, nas duas décadas que precederam o maior desenvolvimento econômico já visto na história. Análise recente do Banco de Desenvolvimento Asiático concluiu que pelo menos 1/3 do fantástico desenvolvimento econômico asiático entre 1965 e 1977 resultou de investimentos na saúde da população⁵.

No Brasil, as políticas governamentais, especialmente dos últimos anos, estão sendo definidas no sentido de reduzir os gastos com saúde e educação, inviabilizando o crescimento econômico atual e futuro. Essa política, que prioriza a estabilidade monetária com as mais altas taxas de juros do mundo, está produzindo alarmantes taxas de desemprego, deterioração das condições de vida e conseqüente agravamento das condições de saúde da população e impedindo o desenvolvimento do país. A Figura 1 mostra a evolução do crescimento da economia brasileira no século XX, entre 1900 e 2000. A taxa média de crescimento do Brasil entre 1900 e 1980 foi de 5,7% ao ano, caindo para 1,6% ao ano na década de 1980 e 1,8% ao ano na década neoliberal da “globalização assimétrica”, de 1990. Esta acentuada queda do crescimento econômico está associada com inaceitáveis reduções nos investimentos em saúde e educação. As despesas com saúde e saneamento, em relação ao orçamento liquidado total, tiveram o percentual reduzido de 4,8% em 1995 para 3,9% em 2001. Os gastos com Educação (percentual sobre as receitas correntes líquidas) tiveram redução mais dramática, de 20,3% em 1995 para 8,9% em 2000. Na Educação Superior, esta redução foi de 9,2% para 4,2%, ou seja, uma redução relativa de mais de 50%. Estes percentuais se tornam mais significantes quando consideramos o crescimento populacional. Neste mesmo período, os gastos com os juros da dívida (percentual sobre as receitas correntes líquidas) cresceu de 24,9% para 55,1%⁶. O investimento em saúde e educação não é luxo, mas condição básica para alavancar o desenvolvimento da nação^{7, 8}. O agravamento dos problemas de saúde decorrentes em parte dos baixos investimentos acarretam enormes perdas para o país. As doenças cardiovasculares e seus fatores de risco, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas, as doenças osteo-músculo-articulares, os acidentes automobilísticos



Figura 1
Evolução do crescimento da economia brasileira no século XX.

e do trabalho e as conseqüências da violência social têm um papel decisivo nos dispêndios da saúde, da previdência e nos gastos do Estado e das empresas de seguro, além de influenciarem na qualidade de vida das pessoas acometidas e de seus familiares. Se somarmos a perda de mão-de-obra qualificada e de difícil reposição, os anos de vida produtiva e horas de trabalho perdidos, os gastos com as aposentadorias precoces por doenças e com a utilização crescente e acrítica ou até abusiva de procedimentos diagnósticos e terapêuticos de alta tecnologia, tanto na População Economicamente Ativa como no número crescente de idosos, chegaremos à conclusão que a não adoção de mecanismos adequados de prevenção das enfermidades não transmissíveis e transmissíveis é política que está impedindo e impedirá o desenvolvimento do país. Estes elementos, associados à baixa escolaridade e à precária capacitação da força de trabalho, explicam, em grande medida, o parco crescimento econômico das duas últimas décadas e a baixa competitividade no cenário mundial da economia nacional em alguns setores e de alguns de seus produtos. Não podemos deixar de dar grande importância, é claro, a outros fatores como o perverso e hipócrita protecionismo comercial e diria, também, científico-tecnológico, praticado pelos países desenvolvidos. Nesse contexto, qualquer ação isolada, promovida pelo setor saúde, estará fadada ao fracasso ou a resultados bem modestos. Essa realidade se já é grave no Brasil, em nosso Estado piora, pois a ocorrência das principais doenças crônicas, mortais e incapacitantes é maior no Estado do Rio de Janeiro com impacto determinante dessas enfermidades sobre a economia fluminense. Apesar de a maioria dessas enfermidades terem fatores de risco comuns e sanáveis, com ações de prevenção ou de tratamento, fato é que continuam drenando recursos públicos e privados, sem que as medidas adotadas tenham impacto significativo no controle das mesmas. No ano de 2001, no Estado do Rio de Janeiro, os gastos totais com hospitalizações (dados da SES) atingiram R\$ 440.634.735,00 e o custo anual por habitante destas internações variou de R\$ 15,15 para a faixa de idade de 0 a 14 anos, para R\$ 32,49 entre os 15 e 69 anos, até R\$ 80,32 para a faixa de idade de 60 anos ou mais, faixa de idade onde mais incidem as doenças cardiovasculares. Neste mesmo ano, os procedimentos de alta complexidade em cardiologia (dados da SES) oneraram os cofres públicos em R\$ 27.126.049,00. Ressalte-se que, desse total, 52,4 % foram representados por apenas dois procedimentos, angioplastia coronariana e revascularização do miocárdio com um gasto médio por paciente de R\$ 4.169,00 para a angioplastia e de R\$ 6.190,00 para a revascularização cirúrgica. Chamam atenção nestes gastos um dos procedimentos de alta tecnologia, cuja efetividade parece ser ainda bastante limitada: o implante de cardioversor desfibrilador já consome R\$ 894.526,00 com gasto médio de R\$ 21.817,00 por paciente, ou seja, 3,5 vezes mais do que uma cirurgia com circulação extracorpórea. Estes gastos poderiam ser minimizados com medidas adequadas de controle destas doenças e com melhor conhecimento das indicações destes procedimentos com base em evidências científicas. Observe-se ainda que, apesar da maior prevalência das enfermidades não transmissíveis, as doenças transmissíveis – muitas com potencial para evoluir para a cronicidade, como a hepatite C, a AIDS etc. - ainda constituem graves problemas, principalmente nas regiões mais carentes, onde deve haver prioridade na aplicação dos programas e projetos de intervenção. O ressurgimento destas doenças infecciosas, como a tuberculose, a malária e a dengue e o aparecimento de novas como a AIDS, expressam a pequena efetividade dos programas atuais e as repercussões de políticas públicas que colocam o ser humano em segundo plano. Portanto, um dos grandes desafios da saúde pública brasileira é o controle dos agravos de saúde em uma população com imensas desigualdades sociais. As enfermidades não transmissíveis e, dentre estas, a cardiopatia

isquêmica aterosclerótica e o acidente cerebrovascular e seus fatores de risco são claramente prioritários nas definições de políticas de saúde, seja pelas suas altas prevalências e elevados custos socioeconômicos que acarretam, seja pela complexidade e dinâmica que as caracterizam e diferenciam das clássicas doenças infecciosas, exigindo novos modelos de intervenção que sejam eficientes.

Ainda recentemente, a dificuldade de controlar as doenças cardiovasculares e seus fatores de risco foi demonstrada no estudo europeu denominado “EUROASPIRE II”, realizado em 1999 e 2000, em 15 países, em pacientes pós-infarto do miocárdio, 5 anos após o estudo anterior, EUROASPIRE I, efetuado nestes mesmos países⁹. Os resultados mostraram que, apesar do conhecimento e dos recursos terapêuticos de alta tecnologia que dispomos para controlar estes problemas e da forte motivação pessoal destes pacientes pós-infarto do miocárdio para controlar seus fatores de risco, obtiveram-se resultados quase nulos como vemos na Tabela 1, abaixo:

Na Europa, os pacientes, mesmo pós-infarto do miocárdio, continuam a fumar, a obesidade aumentou, o controle da pressão arterial é o mesmo e só é alcançado em metade dos pacientes. Apesar de haver mais usuários de drogas hipolipemiantes, mais da metade ainda está com níveis altos de colesterol. Estes resultados levaram o Dr. David E. Wood do Imperial College School of Medicine a fazer o seguinte comentário: “Há uma falência coletiva da prática médica na Europa em alcançar o grande potencial que existe entre os pacientes com doença coronariana no sentido de reduzir o risco de novos eventos coronarianos e morte”⁹.

Os maus resultados, mesmo com ampla utilização dos métodos tradicionais de ação, no controle das doenças cardiovasculares e o uso da mais avançada tecnologia médica ocorrem igualmente nos Estados Unidos da América¹⁰ e, infelizmente, no Brasil. Os resultados são pouco significantes talvez por não estarmos usando estratégias adequadas para implementar o controle dos fatores de risco antes (prevenção primária) que o paciente apresente um evento clínico (infarto do miocárdio, AVC, insuficiência cardíaca etc.) ou, ainda mais precocemente, antes que os fatores de risco surjam na população (promoção de saúde). Sabemos, por outro lado, que as estratégias que buscam a prevenção primária ou a promoção em saúde podem alcançar, quando implementadas com novos modelos de intervenção que considerem o contexto social e o meio ambiente no qual se vive, significativa redução da morbi-mortalidade pelas ENT¹¹, se comparadas às estratégias que buscam intervenções após o evento clínico (prevenção secundária), ou seja, intervindo nos pacientes de mais alto risco e sem levar em consideração o contexto socioeconômico e ecológico. Para que as intervenções sejam eficientes é vital o conhecimento da complexa rede causal dos fatores determinantes dessas doenças, que não se limita ao setor saúde. O conhecimento científico disponível sobre as bases genéticas e fisiopatológicas das enfermidades, o uso adequado de procedimentos diagnósticos, a eficácia dos tratamentos existentes, a organização dos serviços de saúde, os investimentos em hospitais de alta tecnologia etc. são a base necessária, mas a solução do problema é muito mais complexa, posto que envolve aspectos infra-estruturais, ecológicos, educacionais, sócio-econômicos, políticos e culturais e de macroeconomia, ou seja, redução da pobreza e das desigualdades sociais^{1,7}. Portanto a atuação da área da saúde deverá ser feita juntamente com outros setores de conhecimento, para que se obtenha o controle das doenças não transmissíveis.

O modelo causal de doenças e suas evidências científicas como base para a mudança estratégica

A Figura 2 apresenta um modelo causal de doenças. Como todo modelo, busca-se uma simplificação da realidade e que possa funcionar, ou ser útil, quando aplicado ao problema a ser solucionado. Vemos, assim, que a ocorrência de um determinado evento clínico (doença cardíaca, câncer etc.) em uma pessoa é decorrência de uma complexa interação entre a base genética que herdamos de nossos pais e avós, ou melhor dizendo, a complexa interação

Tabela 1
Estudos Euroaspire I e II - Resultados

Fator de Risco	Euroaspire I	Euroaspire II
Tabagismo	20,8 %	19,4 %
Obesidade	25,3 %	32,8 %
Hipertensão Arterial	55,4 %	53,9 %
Hipercolesterolemia (> 5 mmol/L)	86,2 %	58,8 %

Modelo causal de doenças

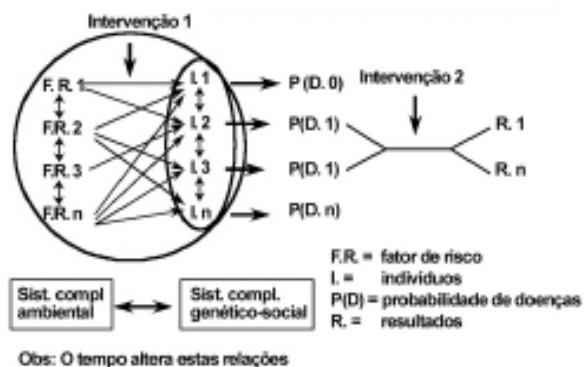


Figura 2
Modelo causal de doenças.

Prevalência de hipertensão arterial em cada grupo de fatores de risco associados

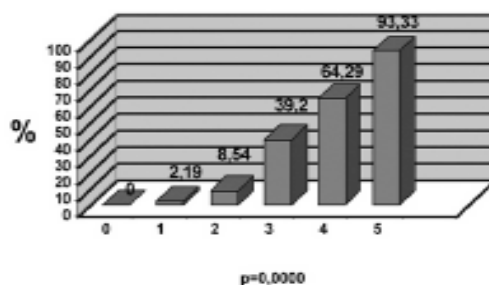


Figura 3
Prevalência de hipertensão arterial

Tabela 2
Associação de fatores de risco cardio vascular (motoristas)

Número de fatores associados	Prevalência
-1	0,4%
0	10,0%
1	23,7%
2	29,3%
3	22,9%
4	10,8%
5	2,9%

Tabela 3
O mesmo fator de risco relacionado a diversos agravos à saúde.

Fator de Risco cardiovasculares	Enfermidade não transmissível			
	Doenças	Neoplasias	DPOC tráfego	Acidentes de
Tabagismo	X	X	X	X
Hipertensão Arterial	X			
Diabetes Mellitus	X			X
Dislipidemias	X	X		
Obesidade	X	X	X	
Hábitos alimentares inadequados	X	X		
Sedentarismo	X	X		
Alcoolismo	X	X		X
Condições de Vida	X	X	X	
Condições de Trabalho	X	X	X	
Poluição Ambiental	X	X	X	X

funcional entre nossos milhares de genes ou de seus produtos ativos (as proteínas) e o meio ambiente ou sistema ecológico no qual vivemos. Neste, existe também uma complexa interação dos diversos fatores ou variáveis ambientais. Temos assim um sistema complexo ambiental ou ecossistema e um sistema complexo genético (interação entre os genes-proteínas) e social (interação dos indivíduos entre si, formando sociedades complexas com toda a sua base cultural). A interação dos fatores ambientais, socioculturais e individuais é também dependente do tempo. Não apenas do momento ou período histórico em que ocorrem, mas também do período de tempo que persistem atuando em combinações diversas. Assim podemos entender que a mesma doença em indivíduos diferentes pode resultar da combinação de diferentes fatores. Entendemos ainda que o mesmo fator, atuando em indivíduos diferentes e em combinações variáveis com outros fatores, pode determinar doenças diversas. Damos como exemplo simplificado: o álcool (fator ambiental) atuando em um determinado indivíduo. Pode ocasionar cirrose hepática, em um caso, pancreatite em outro, e ainda hipertensão arterial ou até acidente de trânsito, violência, homicídio e assim por diante. Por outro lado, dois indivíduos com a mesma doença (infarto do miocárdio) que ocorreu como consequência de combinações diferentes dos diversos fatores de risco em cada um deles pode ter prognósticos diversos, seja sem intervenções, seja com intervenções terapêuticas idênticas. Compreendemos ainda mais que, para uma intervenção ser eficiente, ela terá que agir em múltiplos fatores, sejam pessoais, sociais ou ambientais.

Já estão identificados inúmeros fatores de risco para a doença cardiovascular aterosclerótica, uns mais, outros menos definidos: gênero, obesidade, hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes mellitus, proteinúria ou microalbuminúria, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, hiperhomocisteinemia, hiperfibrinogenemia etc. A lista compreende mais de 200 fatores. Sabemos que freqüentemente ocorrem em associação no mesmo indivíduo, o que provocou cunhar-se o termo “síndrome metabólica”¹². Esses fatores não apenas ocorrem em associação, mas sofrem influências mútuas. Em estudo recente entre motoristas de ônibus de Niterói¹³, mostramos que cerca de 70% desta população apresentava 2 ou mais fatores de risco associados (Tabela 2) e que a distribuição de cada um destes fatores era influenciada pelo número de qualquer dos outros fatores associados (Figura 3). Vemos, assim, que a prevalência de hipertensão arterial aumenta com o aumento do número de outros fatores de risco associados e, quando temos três ou mais fatores, a prevalência de hipertensão atinge mais de 60% da população. Esta associação de fatores de risco e suas influências sobre a pressão arterial também já foram demonstradas em crianças¹⁴. Mais recentemente, começam a ser identificadas alterações genéticas, incluindo diversos polimorfismos¹⁵, que estão também ligados a essas doenças. Assim, a presença do genótipo DD do gene da ECA implica em maiores níveis da atividade plasmática da ECA, com efeitos ainda não bem definidos, mas possivelmente ligados ao aumento da probabilidade de hipertrofia ventricular esquerda ou mesmo de miocardiopatias¹⁶. A mulher DD tem melhor resposta terapêutica ao uso do lisinopril do que o homem DD, principalmente no que concerne à redução da proteinúria¹⁷. O indivíduo com o genótipo TT, do gene do angiotensinogênio, tem maior probabilidade de ser hipertenso¹⁸, principalmente se for do sexo masculino e com índice de massa corporal elevado. Portanto precisamos avançar no conhecimento das inter-relações entre os genes e os fatores de risco já conhecidos para que as estratégias de intervenção possam ser cada vez mais eficientes.

A Tabela 3 tenta resumir o conhecimento atual, mostrando que os chamados fatores de risco cardiovascular estão relacionados não apenas às diversas doenças cardiovasculares, mas também às neoplasias malignas, à violência e aos acidentes de trânsito e, portanto, não podemos ou não devemos verticalizar as ações de controle em um só fator ou setorizar as ações apenas na área de uma determinada disciplina (cardiologia ou endocrinologia ou nutrição etc.) ou de uma determinada profissão de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas, profissionais de educação física etc). As ações precisam ser interdisciplinares e multiprofissionais e ainda intersetoriais, envolvendo setores fora do setor saúde (informática, engenharias, saneamento, educação, legislação, etc), somando e não separando esforços.

O nosso pensamento não pode ficar restrito apenas aos aspectos biológicos das doenças, mas entender que estas possuem múltiplos determinantes. O Quadro 1 tenta simplificar o entendimento destes determinantes de saúde.

Vemos, assim, que os desfechos finais - cardiopatia isquêmica aterosclerótica ou câncer (primeira coluna da tabela) - são precedidos pela presença na população ou nas pessoas de fatores (fatores de risco) ligados às condições de vida das famílias: hábitos alimentares e de vida, capital social, nível de escolaridade, meio ambiente etc (segunda coluna). Estes por sua vez são também dependentes da forma como o sistema de saúde atua

Quadro 1

Determinantes dos desfechos clínicos			
Desfecho	Famílias/comunidades	Sistema de saúde	Políticas de governo
Doença cardíaca isquêmica	Estilo de vida Cultura, valores	Oferta: Acessibilidade, disponibilidade e qualidade	Políticas de saúde: Financiamento, gastos, provisão, dispensação, avaliação, monitoramento e informação
	Ecologia Práticas sanitárias e alimentares	Financiamento Forças de mercado	
	Utilização dos serviços de saúde	Suprimento e setores relacionados:	Outras políticas: macroeconômicas, infraestrutura, agricultura, etc.
	Capital social Recursos familiares: salários, bens, terra, educação	Qualidade da água, energia, transporte, etc.	

(acessibilidade, qualidade etc) e é financiado (terceira coluna), o que por sua vez depende das políticas públicas (quarta coluna), às quais também influenciam os fatores definidos nas demais colunas.

A miséria e a pobreza são os fatores de risco que mais contribuem para o adoecimento da população^{7, 19}. As mulheres e as crianças constituem o estrato demográfico mais perversamente atingido. Por outro lado, a população idosa (• 60 anos de idade), que tende a duplicar nos próximos 20 anos, é a mais acometida pelas ENT, o que demonstra a gravidade do problema que temos pela frente, principalmente se somarmos a esta realidade as imensas desigualdades sociais existentes no Brasil, que acarretam, por exemplo, piores índices de desenvolvimento humano (IDH) para as etnias menos favorecidas²⁰. Classe socioeconômica é definitivamente o grande fator de risco cardiovascular (e para outras doenças). A importância deste fator é pouco discutida ou até não mencionada nos congressos médicos e mesmo nas escolas médicas e deixa-se a impressão que a solução desse problema não tem nenhuma relação com o setor saúde. O Quadro 2 mostra um resumo dos resultados dos estudos que já definiram claramente este “moderno-antigo” fator de risco cardiovascular: a classe social.

Em suma, pobreza, escolaridade, gênero, idade e etnia são elementos determinantes das condições de vida e de saúde. Poderíamos resumir estes achados em uma simples frase: “o pobre morre mais de qualquer doença, inclusive as doenças cardiovasculares, e em faixa etária mais baixa”. O tabagismo, a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e outros fatores de risco e até a obesidade são mais prevalentes em pessoas de escolaridade ou nível socioeconômico menor. Os seguintes dados de saúde expressam as enormes desigualdades sociais existentes em nosso meio: a hipertensão arterial é 4 a 5 vezes mais prevalente entre os indivíduos analfabetos do que entre

Quadro 2

Estado sócio-econômico (o grande fator de risco adicional)
Escolaridade: escolaridade aumenta, mortalidade decresce. Diversos fatores de risco cardiovascular são mais prevalentes nos níveis de escolaridade mais baixos.
Renda: relação inversa entre renda familiar e risco de morte.
Profissão: quanto menor o nível profissional, maior a taxa de mortalidade.
Emprego: desemprego claramente aumenta o risco de morte e a prevalência de outros fatores de risco.
Condições de habitação: quanto piores, maior a mortalidade.

os indivíduos de nível superior; o tabagismo ocorre em mais de 50% dos homens de classe socioeconômica mais baixa e em 30% dos indivíduos de classe mais alta; a obesidade é mais freqüente entre as mulheres de classe socioeconômica mais baixa; o infarto do miocárdio e o acidente vascular cerebral ocorrem mais nos indivíduos de classe socioeconômica mais baixa e em faixa etária menor. Um estudo multicêntrico²¹ concluiu que 40 % dos acidentes cerebrovasculares internados em um hospital público do Rio de Janeiro tinham menos de 60 anos de idade.

A utilização dos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) e de Condições de Vida (ICV) como balizadores das políticas de atuação de programas multifatoriais de intervenção em saúde vai ao encontro dos objetivos de equidade e garantia da dignidade da pessoa humana. Desta forma, com os dados que já possuímos, temos indicadores suficientes para iniciar um programa de intervenção que busque atingir fatores de risco comuns a várias doenças crônicas, com ações fáceis de compreender e aplicar, baseadas na experiência internacional e nas peculiaridades de nosso Estado.

É papel do Estado a garantia das condições de vida necessárias à realização da dignidade da pessoa humana.

É papel do Estado a garantia das condições de vida necessárias à realização da dignidade da pessoa humana.

A necessidade de mudança na estratégia de intervenção.

O Programa de Intervenção Multifatorial e Intersetorial em Enfermidades Não Transmissíveis (PRIMINENT) da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e do Sistema Rio Cor (SES/MS):

Programas verticais, isolados, para o controle das enfermidades não transmissíveis ou seus fatores de risco e campanhas esporádicas de saúde não são eficazes nem efetivos. Provocam dispersão e subutilização de talentos, recursos e objetivos. Em geral, atua-se em apenas um determinado fator escolhido, a Hipertensão Arterial, o Diabetes Mellitus, as Dislipidemias, o sedentarismo, o tabagismo, o câncer de pulmão, o câncer de colo de útero etc., de modo isolado e sem levar em consideração as complexas relações causais e os determinantes de saúde. Menos eficazes ainda são as campanhas apenas para detectar estes fatores de risco sem garantir o atendimento integral ao paciente. São ações de marketing, mas que pouco contribuem para a solução do problema. Não poderemos abordar o problema do álcool ou de outras drogas sem abordar o problema do desemprego, pois sabemos que as pessoas desempregadas apresentam uma chance 4,5 vezes maior de apresentar alcoolismo do que as pessoas com emprego²². Como reduzir os acidentes de trânsito ou a violência sem reduzir o consumo de álcool e outras drogas, incluindo o tabagismo, e sem interferir no esquema de produção e distribuição das mesmas, sem reduzir o desemprego, sem criar novas leis e sem melhorar as perspectivas de vida da população? Essa realidade impõe-nos a frustração de não ver realizadas as intenções expressas na conferência de Alma-Ata e dos pressupostos e objetivos que geraram e sustentam o Sistema Único de Saúde.

É necessário alterar a estratégia atual que conduz às abordagens verticais e ao paralelismo das ações de saúde, no Brasil e em nosso Estado. As estratégias e ações efetivas para o controle das doenças crônicas exigem mudanças drásticas na forma de atuar do sistema de saúde e dos profissionais de saúde bem como mudanças em toda a sociedade.

Para que a nova estratégia dê resultados torna-se necessário analisar, também, alguns dados que usualmente são desconhecidos pelos profissionais de saúde e não são deste setor, mas que demonstram o progressivo agravamento das condições de vida de enormes contingentes populacionais pelas políticas públicas que levaram a uma concentração progressiva de renda; no caso do Brasil, a maior do mundo. No mundo inteiro, nos anos 60, a relação dos recursos pertencentes aos 20% mais ricos em relação aos 20% mais pobres era de 30:1 e elevou-se para 78:1, em 1994²³. No Brasil²⁴, os 1% mais ricos se apropriam de mais renda (13,3 %) do que os 50 % mais pobres (12,6%).

Essa concentração de renda tem ocasionado agravamento das condições de saúde da maioria da população que não se beneficiou do aumento da produção mundial e muito menos da "globalização assimétrica" (benefícios para os países mais ricos em detrimento dos países mais pobres). Vemos, por exemplo, que a expectativa de vida nos países menos desenvolvidos é de apenas 49,2 anos contra 75,2 anos, nos países mais desenvolvidos^{23,}

7,8.

Há um programa testado em outros países que aborda as questões e os problemas das doenças não transmissíveis, evitando as soluções verticais e o paralelismo. Aliás estes últimos são considerados males a superar. Trata-se do Programa CARMEN – Conjunto de Ações para a Redução Multifatorial das Enfermidades Não Transmissíveis – que possui uma filosofia e uma metodologia que se enquadram perfeitamente nessa necessidade. O Programa CARMEN foi desenvolvido a partir da adaptação para a América Latina e Caribe de uma série de boas experiências vividas na Europa e no Canadá, através do Programa de Intervenção Integrada de Alcance Nacional em Enfermidades Não Transmissíveis (CINDI). A sua metodologia comporta tanto ações para toda a população – promoção de saúde – como medidas de atenção à saúde para populações de alto risco, no que toca às enfermidades não transmissíveis. As experiências em curso na América Latina, a carta de intenções do Ministério da Saúde visando o ingresso do País no Programa e o desenvolvimento do mesmo em algumas cidades no Brasil constituem um estímulo adicional à aplicação dessa metodologia no Estado do Rio de Janeiro.

O Programa de Intervenção Multifatorial e Intersetorial sobre Enfermidades não Transmissíveis – PRIMINENT - foi desenvolvido por técnicos da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e do Sistema RioCor (SES/Ministério da Saúde), sob a coordenação do autor deste artigo. Apresentamos o mesmo, para aplicação no âmbito do Estado do Rio de Janeiro e obtivemos o apoio do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e de 14 Sociedades de Profissionais de Saúde, com especial destaque para a Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro (SOCERJ). Baseia-se na metodologia CARMEN, nas evidências científicas construídas nos últimos anos e, ainda, em outros mecanismos de ação e políticas de saúde já desenvolvidas pela Secretaria de Estado de Saúde. Propõe-se uma nova cultura na abordagem dos problemas de saúde e alguns mecanismos de transição que a tornam possível e desejável. Urge o entendimento da saúde como uma das conseqüências de um País e um Estado socialmente mais justos, com maior nível educacional, melhores condições de alimentação, com novas relações de trabalho, vivendo em meio ambiente saudável e com participação da sociedade civil nos assuntos públicos.

O PRIMINENT já conta com o apoio e participação de diversas Secretarias de Estado (fora da área da saúde) e prefeituras municipais, Universidades, representações políticas, bem como da sociedade civil organizada e de representantes da população-alvo, visando a legitimação das ações e, principalmente, o caráter suprapartidário e democrático da intervenção, o que determinará maior chance de êxito na aplicação, manutenção e ampliação do programa.

A proposta que ora apresentamos será mais eficaz se estiver associada a programas e projetos que visem melhorar o IDH e o ICV, como idealizado pelo Governo de Estado do Rio de Janeiro e pelos organismos internacionais, em particular a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Organização das Nações Unidas (ONU). O PRIMINENT busca constituir-se parte importante da integração de uma série de intervenções sociais, ambientais, educacionais, habitacionais, etc, que possam resgatar grande parte de excluídos para o convívio com a sociedade e através da saúde permitir melhores chances de desenvolvimento de nosso Estado. Deduz-se que há outro enfoque no trato das doenças não transmissíveis. O princípio de atenção integral de saúde exige que as ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, atenção ou assistência em saúde, reabilitação e pesquisa clínica, epidemiológica e operacional, bem como a avaliação de serviços e ações de saúde, sejam feitas de modo integrado. Todo e qualquer paciente atendido em uma unidade de saúde deverá ter história e exame físico completos de modo a detectar os seus problemas de saúde e receber todas as instruções ou orientações preventivas e de promoção de saúde necessárias, além das ações diagnósticas e terapêuticas ditadas pelos problemas de saúde detectados. As ações individuais com cada paciente não podem ser dissociadas das coletivas na comunidade à qual o mesmo pertence. Além disto deverão ser guiadas por diretrizes técnicas e operacionais que orientem os profissionais quanto à melhor maneira de conduzir-se face às novas evidências científicas, ou seja, de acordo com a medicina baseada em evidências, valorizando sempre o julgamento clínico, ou seja, a tomada de decisões pelo profissional de saúde analisando as evidências científicas, as expectativas do paciente e as condições ambientais de sua prática clínica. As diretrizes tendem a melhorar a eficácia e a qualidade dos serviços prestados ao facilitar a adoção das práticas clínicas que tenham comprovada validade científica. A adoção das diretrizes baseadas em evidências é, também, um forte instrumento de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Deve-se prestar contas aos usuários, ou seja, à população atingida, direta ou indiretamente, pelas ações de saúde, dos seus resultados. Para tanto, é necessário que se desenvolvam medidas ou indicadores da qualidade de serviços prestados à população. Exige-se, portanto, a criação de uma base de dados confiável, que poderá prover informações vitais às decisões gerenciais, reduzindo-se a possibilidade de erro. Necessita-se, assim, de um sistema de informações em saúde como base das decisões

gerenciais.

As atenções de saúde prestadas nas unidades (de diversos níveis hierárquicos de acordo com sua complexidade), pelas equipes de saúde, deverão ser realizadas de maneira integrada ao Programa de Saúde da Família, visto que, para alcançarmos os objetivos de redução da morbidade e da mortalidade devidas às doenças que acometem os adultos e os idosos, há necessidade de agregar às ações das unidades de saúde, outras: domiciliares, familiares, comunitárias, ecológicas, sociais e econômicas.

Os programas de controle das doenças consideradas prioritárias, definidas com base em critérios clínicos e epidemiológicos, servirão para manter um sistema de informações mais rígido sobre estas doenças de modo a acompanhar detalhadamente os resultados das intervenções propostas e indicar mudanças de ações face aos resultados analisados.

O desenvolvimento do sistema de informações servirá de base para as pesquisas clínico-epidemiológicas e operacionais que necessariamente terão que estar integradas dentro do sistema de atenção em saúde. Desta forma, ações preventivas e de promoção de saúde não se separam das ações curativas, de reabilitação e mesmo da própria pesquisa clínico-epidemiológica, incluindo as pesquisas operacionais. Conclui-se assim que a criação de uma base de dados permanente e em constante desenvolvimento torna-se fundamental para que estes objetivos sejam alcançados.

As ações de saúde só são eficazes e efetivas se entendermos que a saúde está intimamente relacionada às condições de vida e, portanto, depende de condições socioeconômicas, ambientais ou ecológicas e culturais. As ações de saúde precisam, portanto, ser acompanhadas por políticas e ações em outros setores tais como: política financeira e salarial, habitação-saneamento, meio ambiente, trabalho, agricultura, transportes etc.

Para que o planejamento das ações possa se fazer dentro das bases discutidas acima, o PRIMINENT criou uma base de dados e de indicadores que permitam avaliar a evolução do programa. Os dados selecionados foram: localização e característica; área física; população; mortalidade; saúde (dados dos equipamentos sociais em atividade); situação do Programa de Saúde da Família; prevalência dos fatores de risco-estimativa inicial; educação; economia local; outros dados da qualidade de vida; domicílios com carência de infraestrutura; com deficiência de infraestrutura; inadequados; adequados; déficit habitacional (urbano e rural); água instalada e faturada; esgoto instalado e faturado; energia elétrica instalada e faturada; indicadores gerais vitais: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH); Índice de Qualidade de Vida (IQV).

Objetivo geral do PRIMINENT:

O Programa de intervenção multifatorial e intersetorial sobre enfermidades não transmissíveis tem como objetivo promover a saúde da população do Estado do Rio de Janeiro mediante a melhora das condições de vida da população e conseqüente redução da mortalidade e da morbidade causadas pelas principais enfermidades não transmissíveis, através da intervenção integrada: prevenção das Enfermidades Não Transmissíveis; promoção da saúde; reorganização da assistência para atuar, como centros de saúde baseada em evidências; desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais voltadas para a melhoria das condições de vida e ambientais.

Esse objetivo só se alcança a médio ou longo prazos, mediante a adoção de um centro de ação, aplicável em curto prazo: a redução simultânea da prevalência dos fatores de risco associados às enfermidades não transmissíveis. A meta de curto prazo, por sua vez, só se torna possível com os mecanismos cooperativos de intervenção intersetorial, visando traduzir em ação prática o significado da palavra-chave adotada como meta: "equidade".

É igualmente importante que o PRIMINENT gere, com o seu amadurecimento, mecanismos de cooperação com a rede de informações coordenada pela OPAS/OMS, que administra a troca de experiências acerca do controle das ENT.

Objetivos específicos

O PRIMINENT estrutura-se visando aos seguintes objetivos práticos específicos:

- a. Elaborar um método coordenado de prevenção e redução das enfermidades não transmissíveis que requer: estrutura institucional adequada à nova abordagem; formulação de diretrizes estaduais (relativas ao tratamento das ENT), gerais ou específicas, e a aplicação e o desenvolvimento contínuo destas diretrizes;
- b. Elaborar um método de educação do público-alvo do programa. Para tanto, dever-se-á identificar os principais grupos beneficiários; os meios de intervenção; as estratégias; e as diretrizes de trabalho para alcançar esses grupos;
- c. Produzir a informação necessária à implementação e ao desenrolar do Programa, o que requer o desenvolvimento e o uso de indicadores de resultados e de processo, relacionados aos diversos fatores de risco das ENT;
- d. Avaliar, periodicamente, os resultados do programa, o que requer a coleta de dados e o acompanhamento dos indicadores na população alvo, visando à melhoria das ações desenvolvidas e à adequação das mesmas às novas realidades.
- e. Fomentar pesquisas sobre a prevenção e o controle das ENT e seus fatores de risco e criar métodos, instalações e atividades para tal finalidade.

Implicações da ação multifatorial e intersetorial

Um programa com as características e objetivos aqui apresentados só poderá obter êxito se envolver no plano institucional diversas estruturas de governo, no Estado e nos municípios, nas seguintes áreas:

- a. Saúde, responsável pela implementação do PRIMINENT, o que implica nas obrigações de planejamento e gestão dos diversos projetos em curso e das ações que lhe são próprias, em particular, o reforço da estratégia de saúde da família;
- b. Agricultura e abastecimento, que deve integrar-se aos projetos ligados aos hábitos alimentares saudáveis, garantindo a produção, o controle sanitário e o fornecimento dos mesmos, a preços acessíveis à população, respeitadas à cultura e às possibilidades de produção de cada região;
- c. Educação, Ciência e Tecnologia, que, visando ao controle das ENT, deve fazer refletir nos programas escolares os hábitos saudáveis; articular as suas prioridades, com as áreas de intervenção deste Programa, de forma a integrar os esforços de equidade; abrigar em seus estabelecimentos as atividades de formação e sensibilização da comunidade alvo, visando aos hábitos e às mudanças culturais; em articulação com a área de esportes, fomentar os projetos de combate ao sedentarismo; e no plano da Educação Superior, buscar a formação de profissionais capacitados e educados para a nova estratégia de ação, bem como a implementação de linhas de pesquisa que sustentem a intervenção e as ações que lhes são necessárias;
- d. Saneamento, Habitação, Meio Ambiente, Obras e Serviços, que devem se integrar ao PRIMINENT, visando garantir às comunidades alvo do programa condições mínimas de saneamento; casa e acessos seguros e salubres, com água, esgoto e eletricidade; e um meio ambiente saudável, coibindo as agressões ambientais;
- e. Transportes e Segurança, de forma a que estradas, ruas, sinalização e a segurança, no que toca à responsabilidade do Estado e dos Municípios, estejam em condições tais que favoreçam os elementos fundamentais para a diminuição dos óbitos por causas externas, através de ações de controle dos acidentes de trânsito; e de diminuição da violência; implementar medidas que facilitem o acesso aos cuidados de saúde.
- f. Economia, Finanças e Trabalho, que devem buscar, nas áreas de atuação, interferir no sentido de aumentar a população ocupada buscando melhores condições de compra para os assalariados; condições de trabalho dignas, seguras e salubres; mecanismos de renda mínima; incentivos à produção e à comercialização de produtos saudáveis combinados com o aumento da taxa de produtos nocivos.

O papel da população neste contexto

O êxito do PRIMINENT dependerá do envolvimento da população alvo do Programa, em particular, os seguintes setores da sociedade civil: meios de comunicação de massa, Igreja, associações comerciais e industriais, sindicatos, associações profissionais e de moradores, organizações não governamentais, sociedades científicas e os clubes de serviço, organizações de usuários do sistema de saúde e conselhos municipais.

Em suma, os objetivos do PRIMINENT somente serão alcançados se por decisão governamental houver atuação intersetorial coordenada que permita a mobilização da população alvo e da sociedade civil organizada.

É imprescindível que, antes da aplicação do PRIMINENT, o Município formalmente o aceite e constitua o

comitê e as estruturas necessárias à sua implementação, pactuando com o comitê estadual e com a SES as formas de participação e as contrapartidas de cada esfera de governo.

As estratégias que analisamos a seguir objetivam dar concretude aos objetivos expostos acima; capacitar o sistema e os profissionais de saúde para uma nova cultura de ação; mobilizar os recursos da comunidade para enfrentar os seus problemas e integrar os serviços e as políticas públicas.

Estratégias de implantação e ação do PRIMINENT:

O PRIMINENT adota para a consecução dos seus objetivos um enfoque integrado, o método cooperativo e a ação intersetorial, a articulação entre o suporte da ciência e da política e a cooperação internacional.

Centro Estratégico do PRIMINENT – Saúde da Família

O Programa de Intervenção Multifatorial e Intersectorial sobre Enfermidades não Transmissíveis adota como centro estratégico a Saúde da Família (PSF). Já em desenvolvimento em nosso Estado, a partir do programa nacional que o suporta, o PSF é indispensável para o PRIMINENT, pela óbvia vantagem de garantir o atendimento de saúde à uma população pré-definida e por poder atuar sobre os fatores de risco no ambiente familiar, único espaço capaz de rever hábitos e estilos de vida. A Saúde da Família já tem as suas bases lançadas na maioria dos municípios fluminenses, ainda que a sua cobertura real esteja, na atualidade, aquém do desejável.

Conjuntos estratégicos auxiliares do PRIMINENT.

Abaixo, apenas mencionamos as estratégias auxiliares, sem detalhamentos por não ser objeto deste artigo.

- a. Integração dos diversos níveis de assistência. Prioriza-se a atenção básica em saúde sem esquecer que para o adequado tratamento das ENT há extrema necessidade de desenvolver tratamentos em níveis mais complexos de atenção em saúde. O nosso estado já conta com o Sistema RioCor, elemento facilitador deste conjunto de ações. Foi criado por resolução conjunta da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde para definir as políticas de saúde na área das doenças cardiovasculares. Como o escopo do PRIMINENT é mais abrangente que o organismo facilitador, há que se buscar os mecanismos de realização da estratégia, no caso das outras ENT.
- b. Integração dos serviços e das políticas públicas.
O segundo conjunto estratégico auxiliar é a aplicação da idéia da ação multifatorial e intersectorial.
- c. Mecanismos centrais para a intervenção do PRIMINENT.
O terceiro centro estratégico auxiliar é caracterizado por cinco mecanismos de ação vitais para a consolidação de sua intervenção. São eles: formulação de políticas e de projetos de nova legislação; adoção de mecanismos de marketing e desenvolvimento institucional; educação em saúde da população alvo, considerados: o diagnóstico, as necessidades, a cultura e as possibilidades de utilização dos meios de aplicação das práticas de ensino e de comunicação de massa; elaboração de diretrizes para a prática preventiva e a promoção de saúde, tendo em vista o diagnóstico, as necessidades, a cultura e as possibilidades instrumentais do município, bem como as diretrizes técnicas estaduais; a formação e a educação integral e continuada dos profissionais em saúde, numa perspectiva dedicada ao trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional, associada à necessária integração destes à comunidade alvo do programa.

Procuramos discutir e demonstrar neste artigo que somente uma profunda modificação das práticas de saúde, atualmente predominantes, associadas a uma ação intersectorial que busque a melhoria de condições de vida de nossa população, reduzindo as imensas desigualdades sociais hoje existentes, poderá levar ao controle das ENT e de outras doenças e ao progresso econômico do País. O PRIMINENT já iniciou projeto piloto que permitirá a aquisição da experiência necessária para o desenvolvimento do mesmo.

Referências bibliográficas

1. Health and sustainable development. Report of the Secretary General. United Nations. Economic and Social Council. Commission on Sustainable Development acting as the preparatory committee for the World Summit

- on Sustainable Development. Organizational session. Item 3 of the provisional agenda. 30 April - 2 May 2001.
2. World Health Report 2000 – World Health Organization - ISBN 92 4 156198 X (NLM Classification: WA 540.1) ISSN 1020-3311.
 3. Gwatkin DR, Guillot M.: The burden of disease among the world's poor: current situation, future trends, and implications for policy. Washington, DC, Human Development Network of The World Bank, 2000.
 4. Lessa I, Mendonça GAS, Teixeira MTB: Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. Bol. Oficina Sanitária Panam. 1996; 120: 369-413.
 5. Brundtland GH: World Health Assembly, June 2000.
 6. Lesbaupin I. e Mineiro A.: “O desmonte da Nação em dados”. Ed. Vozes, Petrópolis, 2002; ISBN 85.326.2767-6.
 7. Bloom G: Equity in health in unequal societies: toward health equity during rapid social change. IDS working paper 112.
 8. Health and Sustainable Development – WHO 2001.
 9. Wood DA. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EURO ASPIRE I and II. Lancet 2001; 557: 995-1001.
 10. Burt VL; Whelton P.; Rocella EJ et al. Prevalence of Hypertension in the US adult population; results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 1988/1991. Hypertension 1995; 25: 305-313.
 11. Puska P, Tuomilehto J, Salonen J et al. Community control of cardiovascular diseases. Evaluation of a comprehensive community programme for control of cardiovascular diseases in North Karelia, Finland – 1972-1977. WHO, Copenhagen, 1981.
 12. DeFronzo RA; Ferrannini E: Insulin resistance. A multifaceted syndrome responsible for non-insulin dependent diabetes, obesity, hypertension, dyslipidemia and atherosclerotic cardiovascular disease. Diabetes Care 1991; 14: 173-194.
 13. Souza NRM (Souza e Silva NA, orientador): Hipertensão Arterial e outros fatores de risco cardiovascular em uma população de motoristas de ônibus de Niterói. Tese. Faculdade de Medicina / UFF, 2000; 475p.
 14. Brandão, AA (Brandão A e Souza e Silva NA, orientadores): Estudo longitudinal de fatores de risco cardiovascular em uma população de jovens. Tese Doutorado. Faculdade de Medicina / UFRJ 2001; 247p.
 15. Winkelmann BR, Hager J, Kraus WE et al.: Genetics of coronary heart disease: current understanding and future prospects. Am. Heart J. 2000; 140: S11-S26.
 16. Estacio RO; Jeffers BW; Havranek EP et al: Deletion polymorphism of the angiotensin converting enzyme gene is associated with an increase in left ventricular mass in men with type 2 diabetes mellitus. Am. J. Hypertens. 1999; 12: 637-642.
 17. Faria CAC: Polimorfismo do gene da enzima de conversão de angiotensina e resposta ao uso de lisinopril em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. Tese Doutorado. Faculdade de Medicina / UFRJ 2002; 344p.
 18. Salis LHA, Nogueira AR, Torres TG, Franco JV, Silveira MG, Barros MG, Baumworcel L, Ramos FP, Moura-Neto RS, Rondinelli S, Souza e Silva NA: Polimorfismo M235T do gene do angiotensinogênio e Hipertensão Arterial. XI Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão. Porto Alegre, agosto de 2002.
 19. World Development Report 2000/2001. Attacking Poverty. Oxford University Press.
 20. Paixão, M: “Os indicadores de desenvolvimento humano (IDH) como instrumento de mensuração das desigualdades étnicas: o caso Brasil”. Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
 21. Heller et al.: Variation in in-patient stroke management in ten centres in different countries: The INCLIN multicentre stroke collaboration.. Journal of the Neurological Sciences, 1999; 167: 11-15.
 22. Souza e Silva, NA; Lobo, MSC; Torres, T; Salis, LHA et al: “Alcohol consumption and its relationship with blood pressure in Ilha do Governador, Rio de Janeiro”. Arquivos Brasileiros de Cardiologia suplemento 1998; no. 428.
 23. Human Development Report 2000 – WHO
 24. Barros, Henriques e Mendonça: “Síntese dos indicadores sociais do IBGE”, abril de 2001.