

Estratégias de prevenção para doenças cardiovasculares e promoção de saúde

Maria de Fátima Duarte Matos¹ e Roberto Fiszman²

*Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro
e Centro de Pesquisas (CENPES) da Petrobrás*

Palavras-chave:

doença cardiovascular, prevenção, promoção de saúde

Introdução

Por sua elevada morbimortalidade, por sua repercussão na qualidade de vida e pelo seu impacto na economia global, as doenças cardiovasculares (DCV) são importante problema de saúde pública. O declínio da mortalidade em algumas regiões não se acompanha do declínio da morbidade que, ao contrário, está em crescimento em praticamente todos os países, particularmente nos subdesenvolvidos. Existem grandes desigualdades da morbimortalidade cardiovascular e por outras doenças, associada às enormes desigualdades sociais, seja no Brasil, seja em países desenvolvidos. No Brasil, as DCV foram responsáveis por mais de 260.000 mil mortes no ano de 2.000¹.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, intervenções eficientes devem considerar o contexto social e as necessidades dos diferentes grupos de população. As estratégias para a prevenção e o controle das DCV devem estender-se em três níveis diferentes: formulação de políticas, atividades comunitárias e a sensibilização dos serviços de saúde às pessoas que necessitam da assistência de saúde².

Ônus social e econômico das DCV

O ônus econômico das DCV é uma crescente preocupação devido ao alto custo para a sociedade, para as famílias e para os indivíduos, quando o capital social e humano é atingido por longos períodos de deficiência, mortalidade prematura, assistência e métodos diagnósticos caros.

A força de trabalho da maioria dos países é afetada por estas doenças, apesar de alguns de seus principais fatores de risco conhecidos serem evitáveis. As DCV de maior importância na saúde pública são as doenças cerebrovasculares (acidente vascular cerebral) e as doenças isquêmicas do coração, por serem as mais freqüentes em termos de mortalidade, incapacitação permanente e temporária e de alto custo para o sistema de saúde. Essas doenças compartilham vários fatores de risco inter-relacionados; entre eles, os mais conhecidos e objetos de programas verticais ou isolados de controle são: hipertensão arterial, hipercolesterolemia, obesidade, tolerância reduzida à glicose e diabetes, que tanto podem ser considerados como “doença” quanto como “fator de risco” para DCV. Acrescente-se a estes, aspectos considerados “comportamentais” como inatividade física, tabagismo, alcoolismo e consumo de alimentos ricos em gordura animal³.

No entanto, estes fatores de risco “biomédicos” e de “estilo de vida”, embora sejam prevalentes nas populações ocidentais, explicam apenas uma pequena proporção da variância das DCV⁴. Além disto, a redução progressiva da mortalidade por DCV observada a partir da década de 1960 nos países desenvolvidos e da década de 1970 no Brasil, conforme mostrado no artigo de Oliveira et al nesta edição da Revista da SOCERJ, não pode ser explicada pelo controle destes fatores de risco conhecidos, já que este controle não ocorreu nas décadas

¹ Coordenadora do Programa de Promoção de Saúde do Centro de Pesquisas da Petrobrás; Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Medicina (Cardiologia) do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

² Médico do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

precedentes ao declínio observado. Por estes motivos, é necessário buscar outras associações causais para explicar a alta prevalência e a mortalidade precoce, bem como repensar o modelo adotado no controle destas doenças, de forma a torná-lo mais eficiente que o atual.

Acumulam-se claras evidências que as desigualdades sociais (Quadro 1) são fatores determinantes dessas doenças e que sem reduzi-las, as estratégias de controle das DCV baseadas apenas nos aspectos de “estilos de vida”, que colocam a grande responsabilidade para o controle dos fatores de risco apenas no paciente, terão pouca influência na morbimortalidade.

Estas doenças atingem várias faixas etárias, sendo importante não apenas para os idosos; atingem também ambos os sexos, e não apenas o sexo masculino. Por exemplo, a prevalência de hipertensão arterial varia de 14% a 40% entre as pessoas de 35 a 64 anos de idade, mas metade, ou mais da metade desses indivíduos não estão conscientes da sua condição. Em média, menos de 30% dos hipertensos ou por vezes 10% ou menos, têm sua pressão sangüínea controlada. Entre as pessoas de 35 a 64 anos, a prevalência de diabetes é de 9% a 18% ; destes, quando diagnosticados, quase 60% já têm pelo menos uma complicação microvascular⁵

Nenhum estudo abrangente foi publicado sobre o custo das DCV na América Latina. Nos Estados Unidos, é de cerca de 2% do produto interno bruto, estimando-se estes custos anuais em cerca de 300 bilhões de dólares. Um estudo no Canadá constatou que 21% de todos os custos com doenças crônicas não-transmissíveis são atribuídos às doenças cardiovasculares, num total de US\$ 12 bilhões anuais. Esses custos incluem tratamento, consultas e custos indiretos, como a perda de renda devido à deficiência e à morte. A doença cardiovascular também foi considerada responsável pela maior proporção (32%) de perda de renda devido à morte prematura².

Devido ao ônus que as DCV impõem sobre os países em desenvolvimento, o problema não pode ser analisado somente em termos do setor saúde. Soluções unidimensionais, lidando com fatores de risco ou doenças independentemente, têm um alcance muito limitado. Há outros elementos subjacentes comuns a várias doenças e fatores de risco, o que requer uma perspectiva sistêmica abrangente que examine os processos múltiplos e a complexa interação indivíduo-sociedade-meio ambiente, onde se deve enquadrar a promoção de saúde e também a prevenção e o controle das DCV.

Do cenário para a ação

A redução progressiva da mortalidade pelas DCV, conforme apontado anteriormente, não pode ser explicada pelos fatores de risco conhecidos, visto que tanto a elevação, mas principalmente a redução da mortalidade, não foram precedidas por mudanças no mesmo sentido da incidência, da prevalência ou do controle destes fatores, seja nos países desenvolvidos, seja nos países em desenvolvimento. Portanto, torna-se de importância fundamental que se levantem novas hipóteses ou sejam analisados novos dados que possam melhor explicar as mudanças ocorridas. Entre estes fatores, dois deles, que de certa forma estão interligados, nos parecem fundamentais: o nível socioeconômico da população, já comentado anteriormente, e a ocorrência de doenças infecciosas.

Quadro 1

Estado socioeconômico – Desigualdade Social - 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 dados associando as condições de vida inadequadas, devido ao baixo nível socioeconômico da população, às doenças cardiovasculares, são irrefutáveis. O impacto das baixas condições socioeconômicas sobre a saúde não se faz apenas nas DCV. Estudo canadense demonstrou que os 20% mais pobres que viviam na periferia das áreas urbanas apresentavam taxas de mortalidade significativamente mais elevadas para DCV, câncer, diabetes e doenças respiratórias do que os indivíduos de maior renda⁶.

Em face deste cenário, para obter mudanças bem-sucedidas, efetivas e que tenham o potencial de alcançar todos os setores da população é necessário que se desenvolvam estratégias em múltiplos níveis, de forma a provocar uma mudança geral do sistema.

Três níveis de ação podem ser identificados: (a) políticas e regulamentos sobre macrodeterminantes; (b) ações baseadas na comunidade e nas famílias para promover a participação da população e afetar a demanda; e (c) modificações centradas no serviço de saúde para atender às necessidades daqueles com uma determinada condição².

Esses níveis, apesar de inter-relacionados, ocorrem em cenários diferentes. A comunidade e a família, isto é, os grupos sociais, fornecem os canais pelos quais os três níveis de ação podem ser integrados. Tudo indica que as abordagens que envolvem mais de um nível necessariamente incluem a participação da comunidade e são, geralmente, as que alcançam melhores resultados.

Não será discutido o nível de ação política, por entendermos que sua importância e complexidade devem constituir um capítulo especial. Nenhum dos outros níveis de atuação (seja junto à comunidade ou ao sistema de saúde) é capaz de mudar o perfil de mortalidade de uma nação. Apenas para que se entenda a abrangência da ação política, crucial e indispensável para a melhoria das condições de saúde de qualquer população, o exemplo do Canadá torna-se relevante de mencionar: para os governantes canadenses está claro que é necessário remover o paradigma de que as DCV estão relacionadas somente ao estilo de vida e/ou tratamento médico adequado. A desigualdade de renda e as condições socioeconômicas tornaram-se alvos a serem combatidos através da política de saúde do Canadá. Foi criado um item com recomendações para a redução da pobreza, da baixa renda e da exclusão social, com o intuito de restaurar a rede de segurança social daquele país¹³.

Serão discutidos, a seguir, os níveis de ação cujos objetivos são: melhorar o nível socioeconômico da população e de educação em saúde, enfatizando a promoção e a prevenção; adequar as condições do ambiente físico, do espaço sociocultural e do local de trabalho e atender aos grupos de risco.

Incorporar a promoção da saúde e a prevenção ao sistema de saúde

Geralmente, as DCV não apresentam possibilidade de cura. O controle de suas manifestações requer décadas de tratamento e de acompanhamento apoiados muitas vezes em tecnologias sofisticadas e de alto custo. Por outro lado, a necessidade de atender ao doente crônico gera pressões políticas e econômicas que não existem em relação à prevenção. Assim, a quase totalidade dos recursos é destinada ao controle de doentes que, de um modo geral, por não se curarem, beneficiam-se pouco destas medidas, comparando-se aos benefícios da prevenção e da promoção de saúde. Um bom programa de prevenção, como comprovado em vários países, tem custo inferior ao de dois leitos/ano em unidade coronariana^{7,8}. Pode-se argumentar ainda que, se o foco for apenas o “controle” dos pacientes com fatores de risco presentes, nunca será resolvido o problema, pois sempre existirão novos pacientes a serem “controlados”. O fato de ter sido mostrado ao mundo que existe uma população, os índios Yanomami, que não apresentam hipertensão arterial, ou obesidade ou hipercolesterolemia⁹, sem o uso de qualquer medicamento, indica que deve ser possível alcançar este objetivo, ou seja, ter uma população que não apresente os fatores de risco cardiovascular “clássicos”.

É fundamental que toda a equipe de saúde disponha das informações e dos recursos necessários para levar adiante um programa completo de prevenção, iniciando-se nas unidades de saúde. O treinamento das equipes de saúde deve considerar a mudança de fatores comportamentais, incluindo as condições ambientais e organizacionais do trabalho, mas também e, principalmente, as condições de vida da população.

Envolver a comunidade

Trabalhar com as organizações da comunidade, tendo por fim obter a participação dos principais interessados, desde a realização do diagnóstico da situação até a formulação e a execução do plano de intervenção, é o

compromisso que pode garantir os melhores resultados e a continuidade da proposta. Os conselhos de saúde, as associações de bairro, as associações esportivas, empresariais, profissionais e estudantis, os sindicatos, as igrejas, os clubes, e as entidades culturais, entre outras, são possuidoras de experiência de participação na área da saúde e devem ser mobilizadas a participar de forma integrada.

Além da promoção de atividades educativas e de outros eventos que estimulem novos hábitos e comportamentos, a comunidade, através de suas organizações, pode viabilizar as condições que dão suporte às mudanças¹⁰.

Esta integração contribui para o processo de desenvolvimento social, na medida em que as propostas devem abranger a melhoria dos atuais indicadores socioeconômicos e ambientais da população. São inúmeras as experiências municipais em alfabetização de adultos, em programas de capacitação e de auto-emprego, em habitação, saneamento básico e urbanização, e ainda em projetos culturais e esportivos para crianças e para adolescentes^{11,12}.

A construção de coalizões com outras instituições governamentais e não-governamentais, assim como com a sociedade civil e o setor privado, pode expandir os recursos da comunidade significativamente. Essas coalizões têm como objetivos promover a implementação da política de saúde pública, efetuar projetos de prevenção e apoiar pessoas com DCV ou fatores de risco que enfrentam a necessidade de mudar de comportamento ou têm que cuidar sozinhos de sua condição.

Dois exemplos de programas que foram bem-sucedidos na construção de coalizões para a prevenção das DCV são o "Agita São Paulo" - que promove atividade física, mas que ainda está muito voltado para a promoção de eventos e não para criar condições que permitam a manutenção de atividades contínuas para a população - e o "Programa de Saúde do Coração" da Nova Escócia no Canadá¹². Ambos os programas envolveram vários parceiros e atualmente estão expandindo suas atividades.

Grupos de mulheres podem ser efetivos dentro das comunidades para promover a mudança de comportamento, porque tomam decisões em relação a alimentos e nutrição, assim como outras atividades da família. Na Karélia do Norte, Finlândia¹³, um projeto teve sucesso considerável por causa da participação da "Martas", uma organização de mulheres que desenvolveu produtos de baixa caloria e apoiou atividades comunitárias. Grupos de apoio locais são, muitas vezes, o ponto de partida para incluir outros parceiros na arena da saúde pública.

Educar através da rede de ensino formal e informal

Na educação alicerçam-se as bases para a prevenção das doenças: desde o acesso e a apropriação da informação, à conscientização quanto aos determinantes de saúde, até as ações práticas para a aquisição de hábitos saudáveis e até mesmo para a progressão socioeconômica.

A incorporação da temática na proposta pedagógica das escolas públicas e privadas, integrada ao currículo de forma interdisciplinar, seria de grande valia. O comportamento dos professores em relação ao tabagismo, à escolha de alimentos a serem oferecidos às crianças na merenda escolar e daqueles a serem comercializados nas lanchonetes dos estabelecimentos de ensino, são exemplos de situações que podem ser melhoradas diariamente¹⁴.

A inclusão desses temas nas universidades, especialmente nas áreas da saúde e educação, é fator primordial para a sua incorporação entre os escolares. Não pode ser esquecida a rede informal de educação infantil, de ampla penetração em todos os segmentos sociais, através de atividades esportivas como futebol, capoeira, artes, dança, entre outras¹⁵.

Desenvolver programas de promoção da saúde nos locais de trabalho

A promoção da saúde nos ambientes de trabalho resulta em benefícios para os trabalhadores e em economia para a empresa. Conscientizar os empregadores, os sindicatos e os serviços de saúde das empresas para as vantagens da prevenção, é mais uma estratégia que pode resultar em bons resultados.

Em relação ao trabalho, visando atingir o aumento da produtividade e de lucros, quase sempre são utilizadas táticas que aumentam a demanda, reduzem o emprego, criam sistemas de promoção e recompensas que estimulam a competitividade, geram mais estresse e aumentam o consumo de álcool e outras drogas, resultando

em mais doenças. A atual tendência do mercado e das políticas sociais, por outro lado, tem aumentado as desvantagens para os trabalhadores na superação destas condições.

Há que se olhar a Medicina do Trabalho como uma especialidade que fundamentalmente estuda a saúde do homem em seu ambiente laboral, mas que não pode e não deve, em seu pleno exercício, excluir os demais determinantes da saúde e seus diferentes ambientes.

A análise do custo-benefício deste tipo de intervenção evidencia ganhos de três dólares para cada dólar gasto em promoção da saúde e em prevenção de doenças, através do aumento da produtividade, da queda do absenteísmo e da redução de gastos com assistência médica. Os projetos de melhores resultados contaram com a participação do trabalhador no planejamento e na execução dos mesmos¹⁶.

O ambiente e a organização do trabalho contribuem para a ocorrência das DCV, através de mecanismos ligados a fatores ambientais. Se considerarmos que estes fatores também podem induzir ou reforçar hábitos e comportamentos individuais ou coletivos, fica claro o quanto podem ser benéficos os programas preventivos neste setor. Especialistas da área recomendam particularmente as intervenções de forma integrada: reduzindo estressores e outros riscos do ambiente de trabalho, modificando fatores de risco comportamentais e reabilitando os já acometidos^{17,18}.

O desempenho de uma empresa não está ligado apenas ao mercado, ao produto, à organização ou à competência individual. O grande fator de sucesso é o comportamento das pessoas. O novo modelo empresarial do século XXI está baseado em indivíduos saudáveis, dentro de organizações saudáveis, que respeitam e contribuem para uma comunidade e meio ambiente saudáveis.

Os conceitos atualmente são bastante dinâmicos, e saúde corporativa significa o somatório das áreas assistencial, ocupacional, preventiva e de promoção da saúde. A empresa, além de tratar as doenças, deve promover a saúde de seus funcionários.

É possível alcançar esse objetivo por meio da implantação de Programas de Promoção de Saúde. Um exemplo de programa bem-sucedido é desenvolvido no Centro de Pesquisas da Petrobrás (CENPES), onde através de ações abrangentes e horizontais, sobre os fatores de risco conhecidos, foi possível reduzir o número de tabagistas para 9,6% (Figura 1), reduzir, ainda que discretamente, o número de sedentários (Figura 2), aumentar em 60% o consumo de frutas e verduras no restaurante local, reduzir o consumo de maionese em 50%, entre outros resultados. Através da inauguração, em outubro de 2002, do Espaço Bem-Estar, academia construída no Clube dos Empregados, localizado próximo ao CENPES, será possível diminuir de forma significativa o número de sedentários, controlando de maneira mais efetiva os demais fatores de risco.

Ressalte-se, no entanto, que esta população compreende um elevado número de pessoas com alto nível de escolaridade e que estão empregadas. Portanto, suas necessidades básicas de vida: alimentação, moradia com saneamento básico, transporte para o local de trabalho e até atividades de lazer, estão garantidas. Isto enfatiza

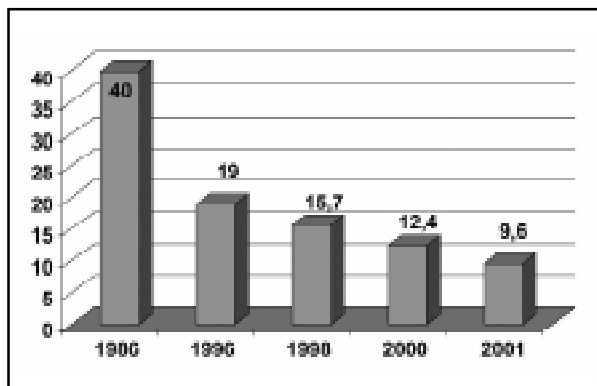


Figura 1
Percentual de fumantes entre os empregados do CENPES
(Fonte: Exame Médico Periódico)

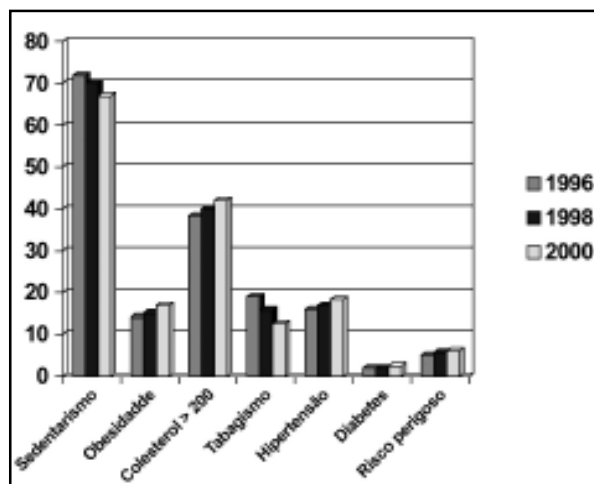


Figura 2
Prevalência dos principais fatores de risco nos 970 empregados do CENPES, Rio de Janeiro, 1996 a 2000.

mais uma vez que, para o controle adequado dos fatores de risco cardiovascular, é preciso em uma primeira etapa garantir que as mudanças de comportamento almeçadas possam ocorrer depois das melhorias das condições de vida.

Fortalecer o sistema de vigilância epidemiológica

Todas as ações anteriores precisam do apoio de um sistema bem estabelecido de vigilância, voltado para as DCV e seus fatores de risco. Não é necessário que esses sistemas sejam nacionais. Os sistemas locais podem ser mais úteis, mas requerem coleta e análise contínua ou periódica dos dados para examinar tendências, monitorar atividades e avaliar sua pertinência. Alguns países realizaram grandes pesquisas para conhecer a distribuição dos fatores de risco e das doenças crônicas não-transmissíveis. Embora sejam muito úteis, há algumas desvantagens a respeito das informações defasadas, e não servem para propósitos de monitoração. Grandes levantamentos não podem responder às necessidades de informação da comunidade local².

Garantir a obtenção dos dados de diagnóstico, realizar a sua análise e a disseminação dos seus resultados é essencial para a adesão da população, o planejamento da intervenção, a sensibilização dos provedores de recursos, públicos ou privados, assim como para a avaliação do impacto das ações desenvolvidas e para a reorientação dos programas.

São, assim, pontos importantes desta estratégia: envolver as organizações em geral na elaboração do diagnóstico epidemiológico; monitorar os riscos ambientais e individuais, bem como os agravos; desenvolver indicadores socioeconômicos gerais ou específicos para a comunidade e acompanhar a evolução dos mesmos, avaliando a eficácia de programas e de campanhas especiais; buscar apoio da universidade e da rede de ensino para estas atividades.

Mudar em direção a um sistema de saúde sensível

A co-morbidade, um problema importante para as DCV, muitas vezes é negligenciada. A maioria das doenças crônicas não-transmissíveis partilha algumas das mesmas estratégias para a prevenção e manejo, como a obediência ao tratamento e a necessidade de mudança no comportamento. Isso exige várias mudanças que abordam mais de uma doença. Por exemplo, nos Estados Unidos, aproximadamente 60% das pessoas com 65 anos ou mais têm duas ou mais condições crônicas, e 25% têm quatro ou mais condições. Na América Latina e Caribe, dentre aqueles com diabetes, cerca de 30% também sofrem de hipertensão². Esta associação entre diabetes e hipertensão pode chegar a 60 % entre os pacientes com diabetes. Em motoristas de ônibus estudados em nosso meio, cerca de 70% apresentavam dois ou mais fatores de risco cardiovascular associados¹⁹. Mesmo em crianças, a presença de níveis mais elevados de pressão arterial (quintil superior) determinava a associação de três ou mais fatores de risco cardiovascular quando estas crianças foram re-examinadas cerca de 10 anos após o primeiro exame²⁰.

Convivendo com inúmeras e graves situações de presença de doenças, a população tende a lutar por práticas curativas, especialmente por serviços de urgência e emergência, e não por práticas preventivas. As políticas de saúde, em geral, reforçam essa tendência. São, quando muito, insuficientes os recursos humanos e financeiros para a prevenção das DCV no Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, a maioria dos profissionais de saúde sente-se despreparada para o trabalho de prevenção após a formação básica.

O modelo atual de cuidados agudos de saúde não se mostrou efetivo para lidar com a prevenção e o controle das doenças crônicas. A prevenção e o controle das DCV requerem um contato de longo prazo com serviços de assistência de saúde primária e boa qualidade de assistência. Deve-se atribuir mais ênfase à busca ativa, implementar medidas que reduzam a incidência dos fatores de risco, diagnosticar precocemente os fatores de risco e adotar intervenções adequadas, possibilitar que os pacientes tomem decisões bem informadas, formar equipes pró-ativas de assistência de saúde, individualizar o atendimento, de forma a torná-lo sensível às necessidades reais da população. É o sistema que faz a diferença e não as intervenções parciais.

Principais projetos de intervenção

Entre os primeiros e mais integrados programas de prevenção das DCV e de promoção da saúde destaca-se o desenvolvido na Finlândia a partir dos anos 70, na região de Karélia do Norte. Nestas três décadas de existência, tem servido de centro de referência da Organização Mundial de Saúde, abrangendo educação, meio ambiente, áreas de produção e de industrialização de alimentos, além da promoção da saúde e da prevenção e do controle

das DCV, motivando inúmeros outros programas em vários países⁵. Durante os anos 80, vários outros projetos tiveram início e seus resultados já estão publicados. Destacam-se os direcionados ao controle de fatores de risco comportamentais, com bons resultados no Canadá, Estados Unidos, Japão e países europeus e os programas em desenvolvimento nos países escandinavos, Holanda, França e Alemanha, voltados para o controle dos estressores no trabalho^{16,17}. Os resultados positivos demonstram a validade de implementação de ações desta natureza no controle destes agravos.

Conclusão

Transformar a informação epidemiológica, adquirida nos últimos 50 anos, em matéria de consumo de massa e em políticas de saúde pública é assim um desafio, que mesmo em países desenvolvidos sofreu um atraso de duas ou três décadas. Este atraso na adoção de medidas, com base no conhecimento existente, faz com que os recursos, que poderiam ser usados em prevenção, sejam utilizados em abordagem curativa, reduzindo os benefícios possíveis.

Assim, o enfoque destas estratégias não pode se limitar a modificações de estilos de vida ou medidas de caráter individual, mas utilizar estratégias coletivas, que permitam modificações ambientais e sociais mais amplas para que sejam mais eficazes. O seu sucesso envolve, portanto, a superação de algumas barreiras importantes, entre elas, a desinformação, a resistência à mudança, a exclusão social, os conflitos de interesses e a distância entre o conhecimento científico e a sua aplicabilidade.

Na definição das metas de um programa desta natureza é importante estar claro o limite da área da saúde, o que cabe a este setor e quais são os seus agentes principais. Identificados os problemas dependentes de outros setores, o papel dos profissionais de saúde é o de subsidiar a adoção de medidas pelos responsáveis por estes setores, bem como levar a informação aos principais interessados, ou seja, a população através de suas organizações. Por fim, garantir que as ações próprias do setor saúde sejam concretizadas é o caminho para se obter não somente a redução das DCV, mas melhores condições de saúde para a população em geral.

No Estado do Rio de Janeiro, a Secretaria de Estado de Saúde, desenvolve o Programa de Intervenção Multifatorial e Intersetorial em Enfermidades Não-Transmissíveis (PRIMINENT)²¹, o qual tem por fundamento este conhecimento acumulado de que para o controle das DCV é necessário primeiro dar condições de vida às populações, através de seu desenvolvimento socioeconômico e de intervenções ambientais. Estas intervenções criarão a base para a redução da incidência dos fatores de risco cardiovascular e seu controle. O PRIMINENT adota também como estratégia de intervenção o Programa de Saúde da Família (PSF), por considerar que as intervenções necessárias poderão ser realizadas pelas suas equipes de saúde.

O PRIMINENT, cuja concepção teórica e planejamento foram iniciados há dois anos, representa uma mudança de paradigma no controle das DCV. Retira a ênfase no controle dos “estilos de vida” (responsabilidade do paciente) a qual tem por base intervenções isoladas sobre cada fator de risco e muda este enfoque, passando a atuar na complexa inter-relação ecossistema-sociedade-indivíduo.

Referências bibliográficas

1. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. Doenças Crônicas no Brasil: Sistema Único de Saúde – DATASUS. Brasília-DF; 2000.
2. Organização Pan-Americana da Saúde (EUA). 130ª Sessão do Comitê Executivo. Resposta da Saúde Pública às Doenças Crônicas. OPAS, tema 4.10 da Agenda Provisória. Washington (DC); 2002.
3. Berrios X, Huiguang T, Nissinen A, Puska P. Interhealth project: risk factors for chronic diseases (on behalf of INTERHEALTH Project Directors). Paper presented at the Second International Heart Health Conference. Barcelona (Spain); May 1995.
4. Lantz PM, House JS, Lepkowski JM, Williams DR, Mero RP, Chen JJ. Socioeconomic factors, health behaviors and mortality. J Am Med Ass 1998; 279: 1703-08.
5. Lessa I, Mendonça GAS, Teixeira MTB. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. Bol Oficina Sanit Panam 1996; 120:369-413.
6. Raphael D, Farrel S. Income Inequality and Cardiovascular Disease in North-America: Shifting the Paradigm Health Police Review 2002 Fall; 3(2):1-10.

7. Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E. The North Karelia Project: 20 years results and experiences. Helsinki University Printing House; 1995.
8. Puska P. Prevention of non-communicable diseases through community-based integrated programmes. Proceeding of the European Health Policy Conference: Opportunities for the Future; 1994 Dec 5-9; Copenhagen, Denmark. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1995.
9. Mancilha-Carvalho JJ, Carvalho JV, Lima JA, Souza e Silva NA. Ausência de fatores de risco de doença coronária em índios Yanomami e influência da aculturação na pressão arterial. *Arq Bras Cardiol* 1992; 59(4):275-82.
10. Fortmann SP, Varady AN. Effects of community wide education on cardiovascular disease risk factors: The Stanford Five-City Project. *Am J Epidemiol* 2000; 152(4):316-23.
11. Farquhar JW, Maccoby N, Word PD, Alexander JK, Breitrose H, Brown BW Jr . et al. Community education for cardiovascular health. *Lancet* 1977; 1:1192-95.
12. Greiser E. Closing the social gap? Midterm results of the German Cardiovascular Prevention Study in Bremen City. *Circulation* 1992; 85:868-73.
13. Health and Welfare Canada. Canadian Heart Health Initiative. A policy action. Health Promotion Directorate, Health Services and Promotion Branch. Ottawa: Health and Welfare Canada; 1992.
14. Vartiainen E, Puska P, Pekkanen J, Tuomilehto J, Jousilahti P. Changes in risk factors explain changes in mortality from ischemic heart disease in Finland. *Brit Med J* 1994; 309:23-27.
15. Mizushima S, Yamori Y. Nutritional improvement, cardiovascular diseases and longevity in Japan. *Nutrition and Health* 1992; 8:97-105.
16. Victorian Health Promotion Foundation. Annual Report 1994. Victoria (Australia). VicHealth 1994.
17. Kompier MA, Geurts SAE, Gründemann RWM, Vink P, Smulders GW. Cases in stress prevention: the success of a participative and stepwise approach. *Stress Med* 1998; 14:155-68.
18. Kristensen TS, Kornitzer M, Alfredsson L, Longstrup S. Social factors, work, stress and cardiovascular disease prevention in the European Union. European Heart Network, Report, July, 1998.
19. Souza NRM. (Dissertação de Mestrado). Fatores de risco cardiovascular em motoristas de ônibus. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 1999 271 p.
20. Brandão AA. (Tese de doutorado). Estudo longitudinal de fatores de risco cardiovascular em uma população de jovens. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001. 247p.
21. Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, Ações em Saúde, Programa de Saúde da Família. Disponível em:
< <http://www.saude.rj.gov.br/Acoes/psf.shtml> >. Acesso em 2003.