

PRÁTICA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

NURSING PRACTICE IN THE PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES

LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Cátia Suely Palmeira¹

Alvaro Pereira²

Cristina Melo³

Este artigo reflete sobre a intervenção da enfermagem na prevenção das doenças cardiovasculares, com base na revisão da literatura em periódicos científicos e das experiências dos autores na assistência aos portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Visa contribuir para uma atuação mais participativa e sistematizada da enfermeira neste processo. Consta-se que, no contexto das doenças cardiovasculares, o conhecimento produzido na área e a experiência prática são direcionados cada vez mais para o modelo hospitalocêntrico e biomédico em detrimento da prevenção. Conclui-se que em virtude das práticas de enfermagem pouco se preocupam com as intervenções preventivas, se faz necessária uma atuação mais efetiva nesta área, principalmente com intervenções direcionadas aos fatores de riscos modificáveis, que estão relacionados aos hábitos de vida. A enfermeira, como membro da equipe de saúde, tem alto potencial de intervenção, principalmente por meio da educação em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Prática de enfermagem. Prevenção. Doença cardiovascular.

This paper aims to discuss nursing interventions in cardiovascular disease prevention, seeking to contribute to nurses' better participative and systematic performance in this process. It draws on reviews of nursing and medical journals, on professional experience in both caring for bearers of hypertension and diabetes mellitus and acting in patients' and nurses' associations in the hypertension field. It is verified that in the context of cardiovascular diseases, the knowledge produced in the area and of nursing practices shows how these practitioners are increasingly focusing their actions on the biomedical and hospital-centered model to the detriment of prevention. The conclusion illustrates that although nursing practices show little concern about preventive intervention, a more effective performance in this area is necessary. These interventions should be directed at those lifestyle-related risk factors responsive for intervention, mainly through health education. Nurses as members of the health team have a great potential to intervene in the prevention of these disorders, mainly through health education.

KEY WORDS: Nursing Practices. Prevention. Cardiovascular disease.

Este artículo tiene como finalidad reflexionar sobre la intervención de la enfermería en la prevención de las enfermedades cardiovasculares, a partir de la revisión de publicaciones científicas y de las experiencias de los autores en la asistencia a los portadores de hipertensión arterial y diabetes mellitus. Busca, también, contribuir para una actuación más participativa y sistematizada de la enfermera en este proceso. Se verifica que en el contexto de las enfermedades cardiovasculares, el conocimiento producido en esa área y la experiencia práctica están siendo, cada vez más, orientados para el modelo hospitalocéntrico y biomédico en perjuicio de la prevención. Se concluye que, en

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA. Enfermeira do Serviço Médico Universitário da UFBA. Membro da LIBHA.

² Enfermeiro. Professor do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA. Doutor em Enfermagem. Membro do Grupo GECEOS/UFSC.

³ Enfermeira. Professora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA. Doutora em Saúde Pública. Coordenadora do Grupo GERIN/USP.

virtud de que las prácticas de la enfermería poco se preocupan con las intervenciones preventivas, se hace necesario una actuación más efectiva en esa área, principalmente con intervenciones orientadas a los factores de riesgo modificables, relacionados a los hábitos de vida. La enfermera, como miembro del equipo de salud, tiene alto potencial de intervención, principalmente, a través de la educación en dicha área.

PALABRAS-CLAVE: Práticas de la enfermería. Prevención. Enfermedad cardiovascular.

INTRODUÇÃO

Escrever um artigo reflexivo sobre a prática da enfermeira na prevenção das doenças cardiovasculares (DCVS) constitui-se em motivo de interesse e desafio. Interesse devido à necessidade de prevenir e combater uma doença que representa um grave problema de saúde pública e também por se entender que a enfermeira é uma profissional com grande potencial para atuar na área da prevenção. Desafio, principalmente, pela escassez de trabalhos sobre o tema na literatura da enfermagem brasileira.

Algumas reflexões aqui expostas decorrem da experiência de uma das autoras em programas de atenção ao portador de hipertensão, de diabetes *mellitus*, participação em associações e ligas de hipertensão, além da leitura de artigos científicos.

Para fundamentar algumas observações, foi realizado um levantamento dos trabalhos publicados no Brasil por enfermeiras que atuam na área cardiovascular, na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), considerados importantes bases de dados das publicações nacionais. Para localizar as publicações, foi utilizada a interseção dos termos “enfermagem” e “prevenção”, “enfermagem” e “cardiovascular”, sendo possível constatar, com base no levantamento feito, a lacuna existente na área de prevenção.

Apenas o artigo de Monteiro, publicado em 1988, com o título *Aspectos de Enfermagem na Prevenção Primária das Doenças Isquêmicas do Coração*, e o de Santos e Carmem, publicado em 1992, intitulado *Saúde e sua Forma de Viver: Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial* referem-se à prevenção destas doenças. Os demais

artigos, publicados pela enfermagem em doenças cardiovasculares são, em sua maioria, resultados de pesquisas e relatos de experiências em programas de atenção ao já portador de algum dano cardiovascular e seus fatores de risco, principalmente sobre os portadores de hipertensão arterial, doença isquêmica do coração e diabetes *mellitus*. O termo “prevenção” foi mais facilmente localizado em trabalhos direcionados às doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e infecção hospitalar. Nesse sentido, nos últimos dez anos, nenhum artigo relacionando à prevenção primária das DCVs foi localizado nestas bases de dados.

Ferrer e Lluch (2000), em levantamento da literatura internacional sobre enfermagem em cardiologia, utilizando a base de dados Medline, no período de 1990 a 1999, encontraram apenas 142 artigos, concluindo que o volume de artigos publicados por enfermeiras nesta área, além de pequeno, é predominantemente na língua inglesa. Portanto a escassez de artigos escritos por enfermeiras sobre doenças cardiovasculares parece não só um problema mundial, mas também um problema maior nos países latinos, incluindo o Brasil. Este fato parece mostrar que, não obstante a prevenção ser fundamental para a redução da crescente morbi-mortalidade das DCVs em nosso país, a enfermagem ainda não tem mostrado um real interesse pelo problema.

Na tentativa de apresentar argumentos e propostas que possam contribuir para uma atuação da enfermagem de forma mais participativa e sistematizada na prevenção das DCVs, este artigo pretende refletir sobre a situação atual destas doenças e sobre a prática de enfermagem nesta área, sem a pretensão de esgotar a temática. Ini-

cialmente, serão comentados alguns dados de morbi-mortalidade das DCVs e seus principais fatores de risco, considerados essenciais à compreensão dos aspectos preventivos. Depois, será abordada, de forma analítica, a evolução da prática de enfermagem, para, em seguida, tecer-se propostas para a atuação da enfermeira nesta área.

DOENÇAS CARDIOVASCULARES: MUTTO MAIS QUE UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

As doenças cardiovasculares (DCVs) são as causas de mortalidade mais importantes em grande número de países desenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil, pode-se observar, pelos dados do Ministério da Saúde, que essas expressivas taxas de mortalidade vêm superando as decorrentes de causas externas, doenças malignas e as decorrentes de moléstias respiratórias desde a década de 1960, assumindo, em 2000, a responsabilidade por mais de 27% do total de óbitos, 15,2% das internações realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) e 40% das aposentadorias precoces (BRASIL, 2002).

Este perfil epidemiológico demonstra como essas doenças constituem-se em importantes problemas de saúde pública, não só por sua elevada morbi-mortalidade, mas também por seu impacto na economia global e suas repercussões na qualidade de vida da população. Devido a sua cronicidade, não apresentam possibilidade de cura, e o controle de suas manifestações requer tratamento prolongado e, muitas vezes, procedimentos de tecnologia sofisticada e de alto custo. A necessidade de atender ao doente crônico tem feito com que os recursos utilizados, em quase sua totalidade, sejam destinados ao controle de doentes e reabilitação das complicações e seqüelas.

Embora as DCVs venham merecendo atenção por parte das instituições governamentais, comunidades científicas e profissionais de saúde em especial, os aspectos relacionados à prevenção destes agravos ainda não são prioridades das políticas de saúde, dos profissionais de saúde e da comunidade. Os programas desenvolvidos

nesta área fundamentam suas ações no modelo biomédico, com ênfase na doença, com ação restrita aos já portadores do agravo, e não na saúde.

Os avanços científicos, especialmente na área de cardiologia, não têm dado conta do controle destas afecções, principalmente porque a ênfase é maior nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos sofisticados, restritos às pessoas com maior acesso aos serviços de saúde privados. Exclui-se a maior parcela da população usuária dos serviços públicos, desvalorizando os cuidados e atenção primária em saúde, da qual faz parte a prevenção (CARVALHO, 1988).

Vários estudos mostram que o processo de adoecimento por doenças crônicas degenerativas, da qual fazem parte as doenças cardiovasculares, além de etiologia multifatorial e manifestações clínicas diversas, desenvolvem-se com mais frequência em pessoas expostas a determinados fatores de risco, que podem ser de natureza social, ambiental, comportamental e biológica (LESSA, 1998; MORIGUCHI; VIEIRA, 2000). Dentre estes fatores estão os considerados não modificáveis, a exemplo das características pessoais, como a idade, sexo e história familiar de doença arterial coronariana prematura; os modificáveis, constituídos de características bioquímica ou fisiológica, tais como: hipercolesterolemia, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e obesidade; ou fatores associados ao estilo de vida, tais como: consumo excessivo de gordura saturada, colesterol, calorias e sal, tabagismo, consumo excessivo de álcool, estresse psicológico e sedentarismo (LESSA, 1998; MORIGUCHI; VIEIRA, 2000; SOCIEDADE..., 2002).

A despeito destes fatores de risco serem múltiplos, inter-relacionados e difíceis de serem isolados, não é impossível preveni-los ou mesmo atenuar seus efeitos deletérios, sobretudo quando se implementam estratégias de intervenção direcionadas principalmente aos fatores considerados passíveis de modificações. Todas as medidas para alteração destes fatores envolvem mudanças de comportamento, eliminação e adoção de hábitos e estilo de vida diferente por parte dos indivíduos e comunidade, e também o compromisso da equipe de saúde, em especial da

enfermeira. Esta é geralmente a profissional que mais se dedica à educação em saúde nos serviços de atenção primária, aquela que precisa, além de tudo, reconhecer e saber atuar sobre os condicionantes sócio-culturais passíveis de intervenção que interferem no processo saúde-doença dos grupos sociais e da comunidade onde atua.

REVISITANDO OS CONCEITOS SOBRE PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

O termo prevenção em saúde pública significa a ação antecipada que tem por objetivo prever e anular a evolução de uma doença. Referências quanto à existência de condutas preventivas utilizadas no âmbito da prática médica individual e de medidas preventivas propostas no âmbito das práticas sociais, com a finalidade de preservar a saúde e evitar as doenças, são encontradas desde os tempos mais remotos. A concepção da História Natural das Doenças, de Leavell e Clark (1987), incorporada à proposta da medicina preventiva nos EUA, no pós-guerra, permitiu uma visão mais dinâmica do processo saúde-doença, possibilitando o estabelecimento de “níveis de prevenção” (primário, secundário e terciário), de acordo com o momento no qual se dá a intervenção (TEIXEIRA, 2000).

A prevenção das DCVs, em grande parte, desenvolve-se numa perspectiva de saúde pública, englobando os dois primeiros níveis clássicos: prevenção primária e prevenção secundária. A prevenção primária refere-se ao conjunto de ações que tem como objetivo intervir sobre os fatores de riscos, reduzindo a possibilidade de manifestação da doença. Já a prevenção secundária diz respeito ao diagnóstico precoce e imediato tratamento destas afecções com o objetivo de evitar agravamento da doença com lesão de órgão alvo, incapacidade ou morte (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 1999).

Segundo Lopes (1988), o que ocorreu com os países desenvolvidos como os Estados Unidos, Canadá, Noruega e muitos outros, onde a mortalidade por doenças cardiovasculares em geral

diminuiu de modo significativo, demonstra claramente o êxito da prevenção decorrente, principalmente, de políticas de esclarecimento e de medidas de prevenção e melhoria dos cuidados assistenciais.

Não obstante as críticas sobre a eficácia das medidas preventivas de caráter individual, sem o envolvimento do processo social do adoecer, conhecimentos gerados por estudos epidemiológicos apontam que a prevenção destas enfermidades, ou pelos menos seu aparecimento mais tardio, poderiam ser alcançados por meio da redução da prevalência dos considerados fatores de risco, que são teoricamente modificáveis, por meio de programas de intervenção.

Modelos mais recentes na epidemiologia estendem suas ações preventivas aos fatores socioeconômicos que envolvem também os ambientes do trabalho. Nestes, as ações preventivas contra doenças cardiovasculares ganham espaço privilegiado, uma vez que, de modo sinérgico, é aí que a pessoa agrega uma multifatoriedade de risco para as DCVs. Nesse sentido, as grandes empresas têm envidado esforços para implantar e manter medidas de prevenção de obesidade, estresse e outras, valendo-se de estratégias como exercícios físicos, relaxamento e outras terapias alternativas.

Embora a prevenção englobe aspectos políticos, sociais e econômicos, cabe aos profissionais de saúde uma parcela importante das ações preventivas determinadas pelas ações de diagnóstico precoce e conscientização do indivíduo e comunidade envolvida sobre a importância da adoção de um estilo de vida saudável. A prevenção das DCVs pode ser considerada como um conjunto de estratégias destinadas a contribuir para a valorização da manutenção de hábitos de vida saudáveis e para aumentar a adesão do indivíduo ao tratamento; A enfermeira não deve ficar de fora desse processo, principalmente porque a possibilidade de prevenção das DCVs é um fato, e a educação em saúde, muito utilizada como intervenção para a mudança de comportamento, é uma das principais finalidades do cuidado de enfermagem.

A DIMENSÃO DA PRÁTICA DA ENFERMEIRA NA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Ao longo do tempo, as práticas de enfermagem em saúde pública têm variado, refletindo o momento histórico de cada época, as condições econômicas e culturais vigentes e os avanços do conhecimento científico, procurando se adequar às características de cada período (COLLIÈRE, 1998). No Brasil, estas práticas foram iniciadas institucionalmente em 1929, nas atividades desenvolvidas na visitação domiciliar, com o objetivo de educação sanitária para o controle das doenças infecto-contagiosas (BARREIRA, 1998).

A necessidade de estender estas ações aos estabelecimentos de saúde possibilitou a ampliação do número de enfermeiras que se dedicavam à saúde coletiva. Este crescimento, porém, associado à evolução dos conceitos de saúde, não foi acompanhado da merecida valorização de quem atua nesta área e nem das práticas de caráter preventivo desenvolvidas, levando as enfermeiras a se concentrarem, cada vez mais, no âmbito hospitalar, atraídas pela sofisticação dos equipamentos e procedimentos e por melhores condições de salário e trabalho (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

A organização dos serviços de saúde no Brasil, baseados no modelo assistencial centrado no tratamento curativo em detrimento do preventivo, repercutiu no mercado de trabalho em enfermagem, com influência direta sobre os currículos de enfermagem, que passaram a desenvolver o ensino predominantemente nas instituições hospitalares (NASCIMENTO; ASSIS, 1997).

Nos hospitais, as práticas de enfermagem também acompanharam o modelo biomédico adotado pela medicina, cujos sofisticados procedimentos diagnósticos e terapêuticos são mais importantes que o cuidar do ser humano, e o aspecto curativo do cuidado com o corpo doente tem tido prioridade sobre os cuidados com a saúde e sua promoção (COLLIÈRE, 1998). Na área cardiovascular, a enfermagem também tem seguido a mesma tendência, avançando nas especializações, em atuações em unidades coronarianas ou centros especializados em cardio-

logia e unidades de transplantes cardíacos e muito pouco nas práticas da saúde coletiva.

Segundo Gomes (1988), em seu estudo *Intervenção do Enfermeiro de Centro de Saúde, Direcionada para Prevenção Primária*, os enfermeiros não valorizam as atividades de prevenção primária. A autora mostra que as enfermeiras, assim como os outros profissionais da área de saúde, só despertam o interesse para a prevenção quando uma doença adquire um caráter epidêmico, com graves repercussões socioeconômicas. Natumoto, Mishima e Pinto (2001) dizem que muitas enfermeiras que atuam na rede pública restringem seu trabalho às pós-consultas médicas, limitando-se a repetir as orientações da prescrição médica, não acrescentando nada de novo ou de específico sobre os cuidados necessários ao controle e prevenção da doença e a promoção da saúde.

Diante destas constatações, pode-se pensar que existe não só a desvalorização das práticas de enfermagem em saúde pública, mas também o desconhecimento das enfermeiras de seu potencial e de sua autonomia de atuação nesta área e ainda o desconhecimento da importância da prevenção, com base nas determinantes estruturais do próprio sistema de saúde e do contexto político nacional.

Chor (1999) afirma que, ao focalizar somente os indivíduos doentes, o pensamento clínico se orienta apenas para a ponta visível do *iceberg*, constituída pelos sinais, sintomas e resultados de exames complementares, não possibilitando a compreensão das diversas etapas do processo saúde doença e, conseqüentemente, as intervenções necessárias.

Deste modo, o modelo vigente, centrado na lógica da clínica, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica com predomínio de procedimentos tecnológicos e medicamentosos, não atenderá às necessidades de prevenção de um agravo que exige mudanças de comportamento do indivíduo e da comunidade, além de ser um problema de saúde pública.

Em síntese, o desenvolvimento das práticas atuais de enfermagem com a hegemonia do enfoque biomédico precisa ser repensado e mo-

dificado, de forma a perseguir não só a saúde individual dos doentes, mas também a saúde das pessoas ainda sadias e a saúde da coletividade. Isto se constitui em uma mudança de paradigma para todas as categorias da enfermagem e implica no redirecionamento do novo enfoque do modelo da cura para a prevenção e o cuidado desse ser humano complexo, respeitando-se todas as suas potencialidades, culturas e desejos. Na área cardiovascular, estas práticas precisam ser direcionadas principalmente para o controle dos fatores de risco passíveis de intervenção, pela reintrodução de comportamentos saudáveis ou de menor risco, por meio de ações no âmbito da promoção da saúde e da prevenção primária.

REPENSANDO A ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

A prevenção das DCVs, como já assinalado, baseia-se principalmente no controle e prevenção dos principais fatores de risco modificáveis, por meio de programas de intervenção, apoiados nas modificações de riscos ambientais e comportamentais. Baseadas no conceito da Organização Mundial de Saúde sobre a prevenção de doenças crônicas, que engloba medidas desde o diagnóstico precoce e controle dos principais fatores até o tratamento das doenças instaladas, as práticas de enfermagem na área cardiovascular também precisam incluir, como etapa inicial deste processo, o conhecimento do perfil de sua população e o diagnóstico dos principais fatores de risco, problemas de saúde e a vulnerabilidade de cada grupo social. Isso requer a agregação de conhecimentos sociais, políticos e econômicos, e sua ação sobre os fatores condicionantes e determinantes do problema.

Rosser (1971 apud PRADO, 1993) acredita que a saúde das pessoas depende, em parte, de seu comportamento. Este é governado por suas opiniões, crenças, atitudes e valores ligados à saúde. Conhecer o porquê e como as pessoas adotaram um determinado hábito, pode ser a melhor estratégia para adequar as medidas mais

convincentes para contribuir na mudança de uma determinada situação.

O conhecimento do perfil de saúde da população, assim como das necessidades individuais e do grupo ao qual estão direcionadas as ações, é importante para evitar que as metas não se restrinjam apenas aos aspectos comportamentais e biológicos do indivíduo, sem levar em conta os fatores de risco mais prevalentes, necessidades, crenças, valores, características econômicas, sociais e culturais da população em questão e os recursos disponíveis. A avaliação da situação, agregada a uma concepção ampliada do processo saúde-doença, é essencial para garantir um planejamento com estratégias adequadas, abordagens coerentes e metas atingíveis.

De posse desta análise situacional, a enfermeira precisa mobilizar seus conhecimentos para adaptá-los aos programas de assistência individualizada e de educação em saúde, voltados para os portadores de algum agravo cardiovascular ou de fatores de risco, e também aos programas de prevenção e promoção da saúde direcionados às pessoas sadias e à comunidade em geral.

Os programas de atenção ao portador de diabetes, hipertensão arterial, obesidade, dislipidemias, combate ao tabagismo e controle do estresse precisam, preferencialmente, envolver abordagens multidisciplinares, com atividades de assistência individualizada e em grupo, e trabalhar com atenção especial à melhora da adesão.

No atendimento individual consta a consulta de enfermagem, a qual deve se constituir de um espaço não só de coleta de dados relacionados à doença ou necessidades e aconselhamento, mas também de uma escuta atenciosa de outros aspectos da vida do indivíduo, que poderão servir de base para o planejamento de cuidados coletivo e/ou individual a outros fatores intervenientes a seu processo de bem-estar. A consulta, nesse sentido, é uma modalidade de atenção que extrapola a visão segmentada e excludente do modelo curativo e busca, para além das mazelas físicas do indivíduo, a origem dos fenômenos e condicionantes do processo saúde-doença, valorizando a investigação das dimensões psicológicas, sócio-econômico-culturais e espirituais.

As atividades de educação em saúde devem possibilitar a aprendizagem e conscientização dos indivíduos, família e comunidade, por meio de técnicas adequadas e participativas, com orientações sobre mudanças de comportamento e adoção de estilo de vida saudável, procurando desenvolver o potencial existente no indivíduo, suas possibilidades, capacidades e recursos, em face do reconhecimento de hábitos de vida considerados nocivos à saúde. Neste sentido, o papel ativo de cada participante é mais importante do que a função do profissional de saúde, que deve agir como facilitador e não como condutor do processo. Estas orientações precisam ser feitas de forma detalhada, com conteúdo atraente, linguagem não proibitiva e/ou punitiva e englobar temas sobre alimentação saudável, controle do peso, abandono do tabagismo, prática de exercício físico, uso moderado de bebidas alcoólicas, controle do estresse e ainda outros assuntos de interesse do grupo.

As orientações sobre hábitos alimentares precisam envolver os familiares, levando em conta a cultura local, os recursos disponíveis e a motivação dos envolvidos. As orientações sobre controle do peso e prática de exercício físico também devem ser ajustadas às características de cada grupo, respeitando diferenças de interesses e faixa etária. Qualquer atitude considerada positiva deve ser elogiada e incentivada, mesmo que ainda não atinja a meta desejável. É necessário lembrar que todo processo de mudança é lento e gradual.

O abandono do tabagismo, por ser um aspecto complexo, que envolve dependência química e psicológica, exige um atendimento multiprofissional. Isto, porém, não impede que a enfermeira esteja sensibilizada e capacitada para atuar nas diversas etapas, que envolvem desde a fase da pré-contemplação, em que o paciente começa a pensar em parar de fumar, até a decisão e ação de parar de fumar.

Nas atividades de orientação sobre o controle do estresse, é preciso constar, além de aconselhamento individual, atividades de relaxamento e meditação, preferencialmente realizadas em grupo. Não obstante estas atividades encontra-

rem-se mais comumente no campo da psicologia, outros profissionais da equipe multiprofissional, tais como as enfermeiras, devidamente capacitadas, podem realizá-las com sucesso.

A prevenção para os indivíduos ainda sadios precisa ser fundamentada, principalmente, em atividades de educação em saúde, desenvolvidas individualmente ou em grupo, por meio de técnicas de aconselhamento, grupos de vivência no cotidiano e oficinas. Deve ter como objetivos promover o conhecimento e a reflexão que possibilite a percepção dos próprios riscos e adoção de hábitos de vida mais saudáveis, a adesão ao tratamento e uso do sistema de atenção à saúde, tornando o indivíduo sujeito no processo de prevenção e cuidado de si.

É fundamental envolver a comunidade, por meio de suas organizações (conselhos de saúde, associações de bairro, associações esportivas, empresariais, profissionais e estudantis, sindicatos, igrejas, clubes e entidades culturais), e, assim, obter a participação dos principais interessados em todas as etapas dos programas de prevenção. Esta estratégia pode garantir melhores resultados e a continuidade da proposta.

As crianças e adolescentes também precisam ser alvo das intervenções na prevenção das DCVs, por meio da participação da enfermeira em atividades na rede de ensino formal e informal. Sabe-se que é na educação que estão os alicerces das bases para a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, 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. O comportamento dos professores em relação ao tabagismo, a escolha de alimentos para a merenda escolar e de alimentos a serem comercializados nas lanchonetes dos estabelecimentos de ensino são exemplos de situações que podem ser melhoradas diariamente.

Os programas de prevenção podem ainda se estender aos locais de trabalho, pois o ambiente e a organização desses espaços contribuem para a ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis, por meio de mecanismos ligados ao estresse e outros fatores ambientais, como

indução ou reforço de hábitos e comportamentos individuais ou coletivos. O envolvimento dos trabalhadores, dos empresários, dos sindicatos e dos serviços de medicina do trabalho, por meio de uma abordagem integrada de prevenção, pode reduzir os fatores de risco ambientais e individuais e colaborar com a reabilitação dos já acometidos, contribuindo para a queda do absenteísmo e redução de gastos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visão positiva da prevenção em doenças cardiovasculares, por meio de atividades de educação em saúde, já preconizada pela literatura e vivenciada pelas autoras em programas de atenção aos portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, programas de saúde da família e também em atividades de educação em saúde realizadas em associações e empresas, permitiu solidificar ainda mais a concepção sobre os efeitos benéficos da prática de enfermagem na prevenção destas enfermidades.

Diante do interesse dos participantes pelas atividades de educação em saúde desenvolvidas pela enfermeira nos referidos programas, principalmente as atividades que abordavam mudanças de comportamento voltadas para a adoção de um estilo de vida mais saudável, pode-se afirmar que existe um campo aberto para a atuação deste profissional na prevenção de doenças, especialmente com relação aos fatores de risco modificáveis.

O desenvolvimento destas ações poderá resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novas formas de atuação frente ao processo saúde-doença, o que pode ser de grande valia para a superação de modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que negligenciam os aspectos importantes da área de prevenção e promoção da saúde.

Enfatiza-se, porém, que as práticas de enfermagem no domínio da prevenção das DCVs devem evoluir de modo a enfrentar novos desafios impostos pelo avanço do conhecimento científico e pelas mudanças socioeconômicas e culturais da sociedade, sem deixar-se dominar pelo

tecnicismo hegemônico. A enfermeira deve utilizar suas potencialidades para interferir no processo de desenvolvimento das DCVs, assumindo um papel de ator social na defesa da saúde da população, elaborando intervenções apropriadas, sem comportamentos proibitivos ou reguladores, que determinam o que deve ou não ser feito, mas direcionadas à busca da melhor qualidade de vida e ao estímulo da participação dos interessados.

A inserção das práticas de enfermagem voltadas para a prevenção das DCVs, em todas as etapas do desenvolvimento humano, torna-se urgente, na medida em que estas doenças aumentam sua prevalência em toda as faixas etárias da população. No entanto, a forma de desenvolvimento dessas práticas deve estar baseada nos conhecimentos científicos na área da saúde cardiovascular e, principalmente, no conhecimento das necessidades de saúde, crenças e valores dos indivíduos ou grupos a que elas se destinam.

Partindo do pressuposto que as DCVs têm alto potencial preventivo, e que a enfermeira pode ter uma atuação mais autônoma e ampliada em saúde pública, espera-se que as considerações expostas neste trabalho possam contribuir para um repensar nas práticas de enfermagem nesta área. Espera-se ainda que este documento possa ser visto como um instrumento para os passos iniciais ou como contribuição ao trabalho existente, sugerindo e inspirando a elaboração de estratégias adequadas às situações locais.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ação Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus** – Protocolo Cadernos de Atenção Básica, Brasília, 2002.
- BARREIRA, I.A. A prática de enfermagem no Brasil: a enfermeira de saúde pública dos anos 20. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.7, n.1, p.42-57, jan./abr. 1998.
- CARVALHO, J.J.M. Aspectos preventivos em cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.50, n.1, p. 59-67, 1988.

- CHOR, D. Saúde Pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 423-425, abr./jun.1999.
- COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicatos dos Enfermeiros Portugueses, 1998.
- FERRER, M.L.; LLUCH, J.O. Analisis de la literatura internacional sobre Enfermería en cardiología durante el periodo 1990-1999. **Enfermería en Cardiología**, Valencia, España, n.20, p24-29, 2.cuatrimestre 2000.
- GOMES M.L.B. **Intervenção do enfermeiro de centro de saúde, direcionada para prevenção primária**. 1988. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.
- LEAVELL, H.; CLARK, G. **Medicina preventiva**. São Paulo: Mac. Graw-Hill do Brasil, 1987.
- LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.
- LOPES, M.M.R. Prevenção cardiovascular: realidade ou mito? **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, n.50, v.4, p.219-221, abr. 1988.
- MORIGUCHI, E.H.; VIEIRA, J.L.C. Conceito de fatores de risco – hierarquia dos principais fatores de risco e suscetibilidade individual para diferentes cardiopatias. In: GIANNINI, D.S.; FORTI, N.; DIAMENT, J. (Orgs.). **Cardiologia preventiva**: prevenção primária e secundária. São Paulo: Ahteneu, 2000. p.27-42.
- NASCIMENTO, M.A.L.; ASSIS, M.M.A. A Enfermeira no contexto do sistema único de saúde: tendências à atuação na distritalização da saúde. **Sitientibus**, Feira de Santana, n.16, p 5-15, jan./jun. 1997.
- NATUMOTO, S.; MISHIMA, S.M; PINTO, I.C. Saúde coletiva: um desafio para enfermagem. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 233-241, jan./fev. 2001.
- PRADO, M.L Comportamento preventivo em saúde: para além da teorização, **Rev Bras. Enfermagem**, Brasília, v.46, n.2, p.156-166, abr./jun. 1993.
- ROCHA, S.M.M; ALMEIDA, M.C.P. O processo de trabalho de enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.6, p.96-10, dez. 2000.
- ROSSER, J.M. Values and health. **J.School Health.**, [s.l.], p.386-389, set. 1971. Apud PRADO, M.L Comportamento preventivo em saúde: Para além da teorização, **Rev Bras. Enfermagem**, Brasília, v.46, n.2, p.156-166, abr./jun. 1993.
- ROUQUAYROL, M.Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, História Natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p.15-29.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. BG Cultural. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Campos do Jordão, SP, 2002. 40 p.
- TEIXEIRA, C.F. **O futuro da prevenção**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6., 2000, Salvador-Ba. **Anais...** Salvador, 2000. Netgrafia. 1 CD-ROOM.

