

LARISSA VILELA FLORINDO

**ESTRATIFICAÇÃO DO GRAU DE RISCO
CARDIOVASCULAR EM PACIENTES DE DETERMINADA
UNIDADE DE SAÚDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
BELO HORIZONTE**

**BELO HORIZONTE/MG
2010**

LARISSA VILELA FLORINDO

**ESTRATIFICAÇÃO DO GRAU DE RISCO
CARDIOVASCULAR EM PACIENTES DE DETERMINADA
UNIDADE DE SAÚDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
BELO HORIZONTE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família.
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Alexandre Moura

**BELO HORIZONTE/MG
2010**

LARISSA VILELA FLORINDO

**ESTRATIFICAÇÃO DO GRAU DE RISCO
CARDIOVASCULAR EM PACIENTES DE DETERMINADA
UNIDADE DE SAÚDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
BELO HORIZONTE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família.
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Alexandre Moura

Banca examinadora:

Aprovada em Belo Horizonte,
____/____/____.

RESUMO

O estudo teve como objetivo realizar um levantamento estratificado do risco cardiovascular dos pacientes hipertensos vinculados à Equipe 01 do Centro de Saúde São Tomás em Belo Horizonte, Minas Gerais. O estímulo inicial foi a observação de que não havia um programa específico de atenção aos hipertensos, algo que seria fundamental na Unidade Básica de Saúde para prevenção de agravos, recuperação da saúde e promoção da saúde. Tratou-se de uma pesquisa de caráter descritivo e quantitativo, através da qual foram coletados dados a partir de prontuários dos hipertensos. As referências de maior ênfase para o presente estudo foram as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010). Os prontuários foram selecionados de acordo com a atualização recente de exames e presença de informação acerca de importantes características dos pacientes tais como: idade, sexo, pressão arterial, tabagismo, etilismo, peso, perímetro abdominal, dislipidemia, diabetes, histórico de doenças cardiovasculares precoces na família, lesões de órgãos alvo, condições clínicas associadas, doença renal crônica e síndrome metabólica. Dentre os 309 hipertensos pertencentes à Equipe 1, foram selecionados 115 para inclusão na pesquisa. Para cada fator de risco foram diferenciadas a prevalência entre mulheres e homens. Além da própria hipertensão arterial, os fatores de risco cardiovascular com maior prevalência foram excesso de peso (77,4%), aumento do perímetro abdominal (66,1%), idade (57,4%), síndrome metabólica (32,2%) e diabetes mellitus (39,1%). Já dislipidemia (13,9%), tabagismo (12,2%), condições clínicas associadas (11,3%), o histórico de DCV precoce na família (9,5%), doença renal crônicas (9,5%), etilismo (7,8%), e as lesões em órgãos alvo (5,2%) apresentaram prevalência menor entre a população alvo. Notou-se que as mulheres se sobressaíram em maior número de fatores de risco comparando-as aos homens. O Risco Cardiovascular Global do conjunto de hipertensos foi levantado e concluiu-se que 54% deles tem risco alto ou muito alto de desenvolver doenças cardiovasculares (DCV), 28% têm risco moderado e 18% possuem risco basal ou baixo risco. Apesar da importância da estratificação do risco cardiovascular foram escassos os estudos encontrados com este objetivo. O estudo permitiu uma visualização ampla e ao mesmo tempo específica da população hipertensa, podendo mostrar, por exemplo, que quanto mais avançada a idade, maior o risco de DCV. Possibilitou a obtenção de dados para um planejamento estratégico de ações que possam prevenir agravos, tratar precocemente aqueles que surgirem e promover melhor qualidade de vida aos hipertensos usuários dos serviços prestados pela Unidade Básica de Saúde.

Palavras Chave: Hipertensão Arterial, Risco Cardiovascular, Atenção Primária, Saúde da Família

ABSTRACT

This study focused on realizing a stratification of the overall cardiovascular risk of the hypertensive patients attended by the team 1 of the Centro de Saúde São Tomás (Saint Thomas Primary Care Center), on Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. The initial insight to the work was the observation that there wasn't a specific program of care for hypertensive patients in the above mentioned health unit, which would be crucial in primary care for health promotion, disease prevention and rehabilitation. This was a descriptive and quantitative study through which data were collected from medical records of hypertensive patients. The main reference was the VI Brazilian Guidelines on Hypertension (2010). The charts were selected according to the presence of blood test results and the registration of important patient characteristics such as age, sex, blood pressure, smoking, weight, waist circumference, dyslipidemia, diabetes, history of early cardiovascular disease in family, target organ damage, associated clinical conditions, chronic kidney disease and metabolic syndrome. Among the 309 hypertensive patients belonging to Team 1, 115 were selected for inclusion in the survey. For each risk factor were placed in separate incidences in women and men. Besides hypertension, the risk factors with higher prevalence were overweight (77.4%), increased abdominal circumference (66.1%), age (57.4%), metabolic syndrome (32.2%) and diabetes (39.1%). Dyslipidemia (13.9%), smoking (12.2%), comorbidities (11.3%), history of CVD in the family (9.5%), early chronic kidney disease (9.5%), alcoholism (7.8%), and target-organ injuries (5.2%) had a lower prevalence among the target population. It was noted also, that women have excelled in a larger number of risk factors than men. The Global Cardiovascular Risk were calculated and we found that 54% of the patients had high or very high risk of developing cardiovascular disease, 28% have moderate risk and 18% had baseline risk or low risk. Despite the importance of overall cardiovascular risk stratification have been few studies published. This study provided a wide view, while specific to the hypertensive population, being able to show a positive correlation between age and the risk of CVD. This study allowed the collection of information for strategic planning of actions that can prevent disease, treat early disease that may arise and promote quality of life for hypertensive users of services provided by the Primary Care Unit.

Keywords: Hypertension, Overall Cardiovascular Risk, Primary Care, Family Health

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	07
2-JUSTIFICATIVA.....	10
3-FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
3.1- A Identificação de Riscos Cardiovasculares em Hipertensos.....	12
3.2- Classificação do Risco Cardiovascular Global.....	15
3.3- Benefícios da Estratificação do Risco Cardiovascular Global em pacientes de Unidade Básica de Saúde.....	17
4-OBJETIVOS.....	20
4.1-Objetivo Geral.....	20
4.2-Objetivos específicos.....	20
5- METODOLOGIA.....	21
6- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	23
7-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
8-BIBLIOGRAFIA.....	46

1- INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 e seu principal propósito foi reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada, criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

No município de Belo Horizonte a atenção básica é organizada a partir da definição de territórios, ou seja, áreas de abrangência, sobre o quais os centros de saúde têm responsabilidade sanitária. A rede de atenção básica conta atualmente com 07 distritos sanitários, com cerca de 510 equipes de saúde da família, distribuídas em 142 centros de saúde, sendo responsáveis pela atenção básica de aproximadamente 75% dos habitantes.

O Centro de Saúde São Tomás está localizado no Distrito Sanitário Norte, no município de Belo Horizonte e conta com três Equipes de Saúde da Família e tem como área de abrangência os bairros São Tomás, São Bernardo e São Vicente, atendendo uma população de cerca de 10800 pessoas.

A equipe 01 do Centro de Saúde São Tomás atende uma população de cerca de 3100 pessoas, em uma área de abrangência de muito elevado risco social. São realizadas pela equipe atividades de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação através de consultas, grupos operativos, acolhimento, visitas domiciliares e reuniões periódicas.

A população de pacientes portadores de hipertensão, da Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde supracitada é de 309 indivíduos, pacientes os quais não estão incluídos em um programa específico de atenção a eles, algo que seria fundamental para prevenção de agravos, recuperação da saúde e promoção da saúde. O trecho relatado abaixo faz com que atentemos para a importância de se avaliar corretamente os hipertensos.

“A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.” (BRASIL 2010, apud BRASIL, 2006).

É necessário considerar tal relato e iniciar ações para estratificar o risco cardiovascular dos hipertensos, uma vez que “em nosso país, as DCV (Doenças Cardiovasculares) têm sido a principal causa de morte”, além de serem grandes motivos para internações e altos gastos socioeconômicos. (BRASIL, 2010)

A Sociedade Brasileira de Cardiologia publicou as VI Diretrizes Brasileiras de Cardiologia em 2010 e fez as seguintes considerações: “A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde” (BRASIL, 2010).

O presente trabalho tem por objetivo conhecer os riscos cardiovasculares dos hipertensos através de um Diagnóstico Situacional da equipe 01 de Saúde da Família do Centro de Saúde São Tomás. Por meio de um levantamento epidemiológico quanto ao grau de risco cardiovascular da população de hipertensos atendida pela equipe, o intuito desta pesquisa foi o de realizar uma Estratificação do Risco cardiovascular Global da população hipertensa. Esse diagnóstico foi realizado durante o curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, que tem por objetivo a formação de profissionais de saúde vinculados ao Programa Saúde da Família como especialistas na área, atendendo a parâmetros de escala no atendimento à demanda de formação. O curso foi oferecido aos profissionais da rede básica de Belo Horizonte, em parceria da Universidade Federal de Minas Gerais com a Secretaria Municipal de Saúde.

O principal problema encontrado durante a realização do diagnóstico da equipe foi o índice (mais de 10%) de hipertensos na área de abrangência da equipe, além da escassez de artigos sobre a importância da estratificação do risco cardiovascular em pacientes hipertensos. E ainda, observou-se que os hipertensos da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde em questão não tinham um plano de tratamento específico, de acordo com o seu grau de hipertensão arterial e visando diminuir o risco de terem eventos cardiovasculares durante os dez anos seguintes. Assim como para o presente estudo foram identificadas diversas dificuldades, Sampaio et. al (2010), também abordam dificuldades na redução do impacto no risco cardiovascular:

“[...]a estratificação do perfil de risco cardiovascular em pacientes de programas de atendimento de saúde da família ainda é desconhecido, o que inviabiliza o estabelecimento de metas e propostas em nível individual e populacional a fim de reduzir o impacto desses agravos na população brasileira.” (SAMPAIO et al, 2010)

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010), faz-se necessário, o levantamento dos dados de pacientes hipertensos, de forma a conhecer o grau de risco cardiovascular: “A estratificação do RCV (Risco Cardiovascular), é fundamental

para a instituição do tratamento e do prognóstico, pois possibilita a probabilidade da ocorrência de um evento cardiovascular grave nos próximos 10 anos.” (BRASIL, 2007).

A partir de então, decidiu-se elaborar um projeto visando à classificação do risco cardiovascular desses hipertensos, de forma que, ao conhecer melhor a população hipertensa, fossem mais adequados o tratamento e as ações de educação em saúde voltadas ao aumento da qualidade de vida. Rosário et al. (2009), visando o tratamento e controle da hipertensão arterial, consideraram que:

“[...]novos estudos devem ser dirigidos para serem identificadas as causas da falta de êxito do tratamento anti-hipertensivo. Com esse objetivo, deverão ser consideradas: a falta de adesão ao tratamento; a dificuldade de acesso à medicação e aos serviços médicos; a efetividade dos esquemas terapêuticos utilizados; a conduta dos profissionais de saúde frente aos hipertensos; a influência dos efeitos colaterais dos medicamentos; da classe social, escolaridade e dos aspectos culturais na abordagem e controle da doença.” (ROSÁRIO et al., 2009)

A importância desse trabalho fica evidente quando se entende o sentido do trabalho da Equipe de Saúde da Família, que está voltada para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da população adscrita à sua área de abrangência. Ao iniciar qualquer trabalho de intervenção na população de referência, a equipe deve inicialmente estabelecer um diagnóstico local de saúde, conhecendo os principais problemas da área e estabelecendo metas e prioridades de trabalho.

2- JUSTIFICATIVA

A realização do diagnóstico situacional, com a participação de profissionais de saúde e usuários, permitiu constatar que as doenças cardiovasculares são as principais causas de morbidades e óbitos entre os usuários da equipe 01 do Centro de Saúde São Tomás. Outro fator preocupante observado foi o alto índice de analfabetismo entre os usuários hipertensos, o que dificulta o uso correto de medicações e uma boa adesão ao tratamento, facilitando o surgimento de complicações e conseqüentes hospitalizações. Dessa forma, ficou evidente o risco a que os portadores de HAS estão submetidos caso não sejam tomadas as medidas necessárias para a redução e estabilização da pressão arterial.

Além disso, ao observarmos o quanto a prevalência da HAS tem aumentado, não apenas no Brasil, mas no mundo, percebemos a necessidade de implementação de ações rápidas para prevenção de problemas em larga escala em um futuro próximo.

Através da pesquisa teórica, foi possível perceber a importância para a saúde da população hipertensa a classificação quanto ao grau de risco cardiovascular e conseqüentemente, a elaboração de um plano de tratamento diferenciado, voltado para o risco de cada paciente.

“As doenças do aparelho circulatório representam um importante problema de saúde pública em nosso país. Há algumas décadas são a primeira causa e morte no Brasil, segundo registros oficiais. Em 2000, corresponderam a mais de 27% do total de óbitos, ou seja, neste ano 255.585 pessoas morreram em conseqüência de doenças do aparelho circulatório.” (BRASIL, 2007).

Mais alarmante ainda são os gastos públicos com as complicações da hipertensão. Para o Ministério da Saúde (2007), as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.1150.000 das internações/ano, com custo aproximado de 475 milhões de reais, sendo que nestes números não estão inclusos os gastos com procedimentos de alta complexidade.

A HAS constitui um risco independente, linear e contínuo para a doença cardiovascular. Sendo assim, pesquisas sobre esse tema foram de suma importância. O Caderno de Atenção à Saúde do Adulto (2008) – Hipertensão e Diabetes da Secretaria do Estado de Minas Gerais retrata que:

“[...] uma pessoa que pertence ao grupo de baixo risco tem a probabilidade de desenvolver uma complicação cardiovascular menor que 15%. Já o paciente que pertence ao grupo de risco médio tem a probabilidade entre 15 e 20%. Aquele que pertence ao grupo de risco alto, a probabilidade de uma complicação cardiovascular é de 30%.” (BRASIL, 2008).

Todas essas informações foram essenciais para execução do projeto, aliadas ao grande número de hipertensos existentes na área de abrangência da Equipe 01 do Centro

de Saúde São Tomás. Além disso, observou-se uma ausência de plano terapêutico eficaz para os hipertensos, já que não havia uma classificação prévia quanto ao risco cardiovascular.

3- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1- A Identificação de Riscos Cardiovasculares em Hipertensos

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, quando encontradas em pelo menos duas aferições, realizadas em momentos diferentes, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

Segue abaixo a tabela de classificação da pressão arterial em adultos maiores de 18 anos:

Classificação da Pressão Arterial

Tabela 1- Classificação da Pressão Arterial

PAD mmHg	PAS mmHg	Classificação
< 80 e/ou	< 120	Ótima
< 85 e/ou	< 130	Normal
< 85 -89 e/ou	< 130-139	Limítrofe
Hipertensão		
90-99 e/ou	140-159	Estágio 1 (leve)
100-109 e/ou	160-179	Estágio 2 (moderada)
≥110 e/ou	≥ 180	Estágio 3 (severa)
< 90 e	≥ 140	Sistólica isolada

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2009.

A avaliação e estratificação da hipertensão arterial (HA) são feitas através da anamnese, exame físico e avaliação clínico-laboratorial durante 6 meses ou mais e permite identificar o grau de HA, os fatores de risco presentes e o grau de risco cardiovascular grave nos próximos dez anos de vida do paciente.

O primeiro passo é a anamnese que aborda os seguintes fatores de risco:

- Tabagismo, etilismo, ingestão excessiva de sal, excesso de peso, obesidade central, sedentarismo estresse, idade acima de 55 anos para homens e acima de 65 anos para mulheres, antecedente pessoal de diabetes mellitus, nefropatia, doença cardiovascular e cerebrovascular, dislipidemias e síndrome metabólica.

- Sinais ou sintomas sugestivos de lesão em órgãos-alvo e/ou causas secundárias de hipertensão arterial como, por exemplo, a hipertrofia do ventrículo esquerdo, angina, revascularização miocárdica prévia, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral e retinopatia.
- Tratamento medicamentoso anteriormente realizado, seguimento efetuado e reação às drogas utilizadas.
- História familiar de hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, morte súbita, dislipidemia, diabetes e doença renal.

Após a realização da anamnese deverá ser feito um exame físico detalhado no paciente portador de HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), devendo ser avaliado os pulsos carotídeos dos quatro membros, a pressão arterial em ambos os membros superiores, com o paciente sentado, deitado e em pé, o peso, a altura, relação cintura/ quadril e o IMC (Índice de Massa Corporal).

O examinador deve atentar-se às fáceis do paciente, que podem sugerir doença renal ou disfunção glandular, ao pescoço para pesquisa de sopro em carótidas, turgor de jugulares e aumento de tireóide.

Além disso, deve ser examinado o precórdio, anotando-se o íctus e possível presença de arritmias e sopro em foco mitral e/ou aórtico. Por fim, deverá ser examinado o abdome, pela palpação e ausculta e o estado neurológico e fundo de olho.

A avaliação clínico-laboratorial irá complementar a avaliação e estratificação desse paciente. Os objetivos são confirmar a elevação da hipertensão arterial, avaliar as lesões em órgãos-alvo (LOA), identificar fatores de risco para doença cardiovascular e co-morbidades e diagnosticar a etiologia da hipertensão. Conforme o VI Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, durante a avaliação mínima do portador de HAS devem constar os seguintes exames:

- Urina (bioquímica e sedimento);
- Creatinina sérica;
- Potássio sérico;
- Glicemia sérica;
- Colesterol total, HDL e triglicérides plasmáticos;
- Ácido úrico
- Eletrocardiograma de repouso

Os principais fatores de risco encontrados nos exames laboratoriais são: microalbuminúria, tolerância à glicose diminuída/ glicemia de jejum alterada, hiperuricemia e PCR ultra-sensível aumentada.

O Arquivo Brasileiro de Cardiologia publicou em 2010 as mais recentes Diretrizes Brasileiras de Hipertensão discutidas e decididas no ano de 2009 e não seguiu a utilização do Escore de Framingham (Escore que facilita a contabilização do risco cardiovascular) para dimensionar o grau de risco cardiovascular de pacientes hipertensos. Entretanto, conforme mostradas nas tabelas 1, 2 e 3, os valores e referenciais de riscos se mantêm, formando-se o Risco Cardiovascular Global. Portanto, as informações provenientes do artigo de Sampaio et al. (2010), serão consideradas para abordagem comparativas dos resultados desse estudo.

O autor realizou um estudo com prontuários de pacientes da Unidade de Saúde da Família de Maceió, Alagoas, acima de 30 anos, escolhidos aleatoriamente. Portanto, seu público alvo não se resume a hipertensos, como a população do presente estudo. Entretanto, as variáveis de risco foram bem aproximadas com as variáveis aqui utilizadas, tais como tabagismo, pressão arterial, HDL, LDL, diabetes, idade e triglicérides, mas os fatores sedentarismo, alfabetização e empregabilidade não entraram para o cálculo do risco cardiovascular global do presente estudo.

A correta realização da anamnese e da coleta de dados dos pacientes nas Unidades Básicas de Saúde, têm sido questionadas na atualidade com o discurso de que a hipertensão arterial não tem sido tratada corretamente e estratificados os riscos cardiovasculares em detrimento da saúde dos pacientes. Hoepfner & Franco (2010) têm considerações relevantes à este respeito:

“Foi observado que algumas ações (...) têm execução inadequada por parte dos profissionais da saúde, citando-se a frequente presença do dígito final zero no registro pressórico, o raro registro do sedentarismo e do histórico familiar, a insuficiente solicitação dos exames complementares e a ausência de registro da classificação da Hipertensão Arterial e das lesões de órgão-alvo. Essas últimas são necessárias para o aprazamento das consultas e a estratificação de riscos para os pacientes, e a ausência sugere que, no processo de trabalho da equipe de saúde, inexistem critérios para se priorizar o atendimento dos pacientes mais graves e os que apresentam maior risco potencial para as complicações da HA.” (HOEPFNER & FRANCO, 2010).

A estratificação de risco será descrita no item seguinte. Contudo, é importante explicitar que sem a avaliação dos fatores de risco, não há como realizar uma estratificação do risco cardiovascular de forma correta.

3.2- Classificação do Risco Cardiovascular Global

A partir da distinção dos Riscos Cardiovasculares em seus pacientes, a Equipe de Saúde da Família pode realizar a Estratificação do Risco Cardiovascular Global de cada paciente e inclusive, da população como um todo. Segue abaixo a tabela de estratificação de risco cardiovascular global, que auxilia na classificação, uma vez conhecidos os riscos cardiovasculares de seu público alvo.

Estratificação do risco cardiovascular global

Tabela 2- Estratificação do Risco Cardiovascular Global.

Outros fatores de risco ou doenças	Normotensão			Hipertensão	
	Ótimo PAS < 120 ou PAD < 80	Normal PAS 120–129 ou PAD 80–84	Limítrofe PAS 130–139 ou PAD 85–89	Estágio 1 PAS 140–159 PAD 90–99	Estágio 2 PAS 160–179 PAD 100–109
Nenhum fator de risco	Risco basal	Risco basal	Risco basal	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional
1–2 fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional
≥ 3 fatores de risco, LOA ou SM – DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto

LOA - lesão de órgãos-alvos; SM - síndrome metabólica; DM - diabetes melito.

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial-2010

Dessa forma, já em 2006, as IV Diretrizes Brasileiras (em concordância com as VI Diretrizes Brasileiras decididas em 2009 e publicadas em 2010) de HA (Hipertensão arterial), já puderam definir os seguintes grupos de risco cardiovascular:

- 1- **Risco Basal** – indivíduos com nenhum fator de risco, com PA (Pressão Arterial) ótima, normal ou limítrofe.
- 2- **Baixo Risco** – homens < 55anos e mulheres < 65 anos com hipertensão de grau I e sem fatores de risco. Probabilidade de evento cardiovascular nos próximos 10 anos = < 15%.
- 3- **Risco Moderado** – Homens e mulheres com HA grau I ou II, com 1 ou 2 fatores de risco. Probabilidade de evento cardiovascular = 15 a 20%.

- 4- Alto Risco – Homens e mulheres com HA grau 1 ou 2 com 3 ou mais fatores de risco. Probabilidade de evento cardiovascular = 20 a 30%
- 5- Risco Muito Alto – Homens e mulheres com HA grau 3 com 1 ou mais fatores de risco, com doença cardiovascular ou renal. Probabilidade de evento cardiovascular = 30%.

Para classificar ou estratificar o risco cardiovascular dos hipertensos, deve-se, primeiramente, realizar a anamnese e exame físico completos do paciente, seguidos da solicitação de exames laboratoriais, conforme foi relatado detalhadamente no item anterior da Fundamentação Teórica do presente trabalho.

3.3 - Benefícios da Estratificação do Risco Cardiovascular Global em pacientes de Unidade Básica de Saúde.

A decisão terapêutica da hipertensão arterial será definida segundo o risco cardiovascular de cada paciente, dessa forma, cada hipertenso será tratado de maneira diferencial, de acordo com a sua necessidade específica. Assim, a decisão sobre qual tipo de terapêutica a ser instituída, depois de confirmado o diagnóstico de hipertensão arterial, baseia-se nos níveis de pressão arterial, associados à estratificação dos fatores de risco cardiovasculares, avaliação de lesão em órgãos-alvo e presença concomitante de doenças cardiovasculares, definindo-se finalmente as metas mínimas de valores de pressão arterial a serem alcançadas através do tratamento, critérios esses que foram definidos de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (BRASIL, 2010).

“É necessário que os indicadores epidemiológicos não sejam calculados apenas como resposta às exigências governamentais para o repasse de recursos, mas que sejam incorporados ao conceito de vigilância e de acompanhamento sistematizado, com o propósito de dar suporte aos processos decisórios em toda linha do cuidado.”
(CARVALHO et al., 2009)

Através da afirmação supracitada, fica evidente a mensagem de que se deve primeiramente calcular os indicadores epidemiológicos, para, posteriormente, e com a condição de compromisso com a população, incorporar os dados obtidos nas decisões de ações por parte da Unidade Básica de Saúde. Dessa forma, ao analisar os riscos cardiovasculares e levantar os dados de graus de risco da população abrangida pela unidade de saúde, os resultados não devem ficar “engavetados”, e sim utilizados para benefício do trabalho da equipe de saúde, da população e do município. A equipe trabalhará com planos de intervenção compatíveis com a necessidade da população que terá melhor qualidade e maior estimativa de vida. Assim, o município, por sua vez, terá menores gastos com internações e morbidades relativas ao aparelho circulatório.

Portanto, para a tomada de decisão terapêutica para cada paciente, é necessário conhecer os seus fatores de risco e levantar seu grau de Risco Cardiovascular Global. As mudanças de hábitos alimentares e um de estilo de vida saudável, por exemplo, estão indicados para todos os pacientes (tratamento não-medicamentoso), independentes do grau de risco cardiovascular apresentado. A avaliação do grau de risco cardiovascular determinará a meta da pressão arterial a ser atingida de maneira geral, e orientará quanto ao emprego isolado do tratamento não-medicamentoso ou medicamento associado. A tabela

abaixo aponta a estratégia mais provável, de acordo com a estratificação do risco cardiovascular:

Decisão terapêutica da HAS segundo o risco cardiovascular

Tabela 3- Decisão terapêutica da HAS segundo o risco cardiovascular

DECISÃO TERAPÊUTICA DA HAS SEGUNDO O RISCO CARDIOVASCULAR
Categoria de Risco
Sem risco adicional
Risco adicional baixo
Risco adicional médio, alto e muito alto.

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2009.

Por meio das informações supracitadas, fornecidas através do Ministério da Saúde, evidencia-se a importância da classificação de risco cardiovascular para o tratamento adequado aos usuários dos serviços da atenção primária à saúde. Em um artigo de Sampaio et al. (2010) é feita a seguinte consideração a respeito da estratificação de risco cardiovascular através do Escore de Framingham :

“[...]simplifica o levantamento epidemiológico e a racionalização de uma abordagem preventiva dos indivíduos, representando uma ferramenta de baixo custo e fácil manuseio bastante importante no campo da prevenção primária, pois estima o risco absoluto de um indivíduo desenvolver DCV clinicamente manifesta em 10 anos, em ambos os sexos, a partir de variáveis simples, clínicas e laboratoriais, utilizadas rotineiramente na prática clínica.” (SAMPAIO et al., 2010)

O artigo do autor supracitado assemelha-se ao presente estudo, tendo como foco a população atendida por uma Unidade Básica de Saúde, realizando uma estratificação do risco cardiovascular dos pacientes com procura recente ao PSF (Programa de Saúde da Família) e fazendo o cálculo do risco individual em se desenvolver Doença Cardiovascular (DCV) nos próximos dez anos.

Segundo ao Informe nº 51 da Atenção Básica, publicado em 2009, “estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos do miocárdio ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada.”(Brasil, 2009). Portanto, conhecer o risco cardiovascular de cada paciente faria

com que o tratamento anti-hipertensivo fosse adequado para cada grau de risco encontrado. Através do conhecimento dos fatores de risco do paciente pode-se definir o risco cardiovascular global de doença cardiovascular nos 10 anos seguintes. Entretanto, Roepfner & Franco (2010) discorrem sobre a falta de acompanhamento clínico correto dos pacientes hipertensos: “O presente estudo demonstra que há baixo controle da doença e que os profissionais das UBS deixam passar muitas oportunidades de intensificar o tratamento dos pacientes.” (ROEPFNER & FRANCO, 2010)

Carvalho et al. (2009) em “Doenças Cardiovasculares antes e após o Programa Saúde da Família, Londrina, Paraná” colocou a importância de agir de forma a combater o as Doenças do Aparelho Circulatório.

“[...]É de fundamental importância a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas de prevenção e/ou controle desses fatores de risco, individuais e coletivos, a fim de contribuir para a redução da morbi-mortalidade pelas DAC. Essa é, na atualidade, um dos maiores desafios da atenção básica. A adoção da estratégia Saúde da Família como política prioritária de atenção básica, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis de acesso às medidas multissetoriais e integrais que a abordagem das DAC exige.” (CARVALHO et al., 2009)

Considerando a Estratificação do Risco Cardiovascular como uma estratégia que auxilia no controle fidedigno dos fatores de risco, é possível afirmar que, na Unidade Básica de Saúde, essa ação será de fundamental importância para a atenção à saúde de pacientes hipertensos.

4-OBJETIVOS

4.1 - OBJETIVO GERAL

- Realizar levantamento Estratificado do Risco Cardiovascular dos pacientes hipertensos vinculados à Equipe 01 do Centro de Saúde São Tomás em Belo Horizonte.

4.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os fatores de Risco de DCV nos hipertensos da Equipe 01 do Centro de Saúde São Tomás.

- Classificar os hipertensos da Equipe 01 do Centro de Saúde São Tomás, segundo o grau de risco cardiovascular.

- Discutir os possíveis benefícios da classificação de risco cardiovascular para a Equipe de Saúde e para a população abrangida pela mesma.

5 - METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e quantitativo com fundamentação teórica realizada por meio de pesquisa bibliográfica, buscando o aprofundamento do tema escolhido. O cenário da pesquisa foi o Centro de Saúde São Tomás, localizado em Belo Horizonte, e a área de abrangência da equipe 01.

Foram definidas junto à equipe, as ações iniciais de execução do projeto, por meio de reuniões semanais, com o intuito de abordar a importância da classificação de risco cardiovascular dos hipertensos da população abrangida pela equipe e, assim, motivá-los na participação do projeto.

As reuniões ocorreram nas terças e quintas das três primeiras semanas de dezembro de 2009. Na primeira semana foi abordada a história da hipertensão nas famílias brasileiras e a carência inicial de avanços medicamentosos e atenção específica de educação em saúde. Na segunda semana foram abordados os tratamentos atuais para hipertensão e, inclusive as ações educacionais e coletivas que geram resultados positivos para a população hipertensa. Já na terceira semana, o tema relatado nas reuniões foi a classificação de risco cardíaco, sua importância no PSF (Programa de Saúde da Família), sua influência no tratamento medicamentoso e na ação educacional adequados dos clientes de cada nível de risco e prevenção de agravos cardiológicos, além da facilitação de organização das ações e do conhecimento da população a ser trabalhada.

Realizou-se um levantamento dos prontuários de todos os hipertensos da área de abrangência da equipe 01 com posterior realização da coleta de dados individuais como: peso, estatura, IMC, presença de etilismo ou tabagismo, grau de escolaridade e nível da pressão arterial. Os sujeitos hipertensos encontrados nos prontuários da equipe 1 foram 309, sendo selecionados 115 clientes. A seleção dos prontuários foi realizada com os seguintes critérios: Para inclusão foram considerados os prontuários que continham todos os dados recentes (atualizados no ano de 2010) necessários para o levantamento do grau de risco cardíaco de cada cliente, ou seja, exames (Urina-bioquímica e sedimento; Creatinina sérica; Potássio sérico; Glicemia sérica; Colesterol total, HDL e triglicérides plasmáticos; Ácido úrico e Eletrocardiograma de repouso), além de dados como pressão arterial, peso, estatura, Índice de Massa Corporal, perímetro abdominal, presença de etilismo e/ou tabagismo, síndrome metabólica, condições clínicas associadas, histórico familiar precoce de doenças cardiovasculares, lesões em órgãos alvo. Já para exclusão da pesquisa, foram considerados os prontuários que omitiam alguma das informações supracitadas, que tinham informações antigas (anteriores a 2010) e/ou na impossibilidade de

haver busca ativa dos clientes e coletar as informações. Portanto, foram excluídos 194 prontuários e incluídos 115.

Todos os dados coletados foram organizados para realização da classificação do risco cardiovascular com base nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (Brasil, 2010). Para a coleta de informações, foram anotados dados específicos para basear o levantamento dos dados (Iniciais do nome, escolaridade, idade, peso, altura, Índice de Massa Corporal, Perímetro abdominal, Pressão Arterial, Etilismo, Tabagismo e Diabetes, presença de condições clínicas associadas, histórico familiar precoce de doenças cardiovasculares, síndrome metabólica e lesões em órgãos alvo) dos pacientes incluídos na pesquisa. É importante lembrar que os pacientes selecionados para o levantamento de dados não têm a pressão controlada, apesar de uso de medicações e recomendações quanto a hábitos saudáveis, alimentares e atividades físicas. E, ainda, os valores de PA apresentados representam a PA momentânea mais recente de cada paciente e não uma média de valores apresentados durante o período de aferições. Através desse e de outros dados presentes nos prontuários, foi feito um levantamento do grau de risco cardiovascular de cada paciente e, a partir de então, foram formulados gráficos com os dados epidemiológicos referentes à estratificação do grau de risco em questão.

6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do levantamento de dados, foram observados diversos fatores de risco presentes na população hipertensa atendida pela Equipe I do Centro de Saúde São Tomás: Idade (Homens > 55 anos e Mulheres > 65 anos), presença de Doenças Renais Crônicas, Síndrome Metabólica, Condições Clínicas Associadas, Lesões em Órgãos Alvo, História Familiar Precoce de Doenças Cardiovasculares, Diabetes, Dislipidemias, Etilismo e Tabagismo. Foi levantado também o grau de escolaridade dos hipertensos selecionados para a presente pesquisa, apesar de não ter sido considerado como fator de risco nas últimas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (BRASIL, 2010).

Um fator importante foi a ausência de pacientes com escolaridade acima do segundo grau. Entretanto, pôde-se notar que mais de 50% dos 115 pacientes são idosos, algo que pode justificar a baixa prevalência de escolaridade mais avançada, assim como a carência socioeconômica da população. Em detrimento de 44% alfabetizados, 56% dos hipertensos apresentavam-se como analfabetos quando poucos sabiam apenas desenhar o primeiro nome.

Diferente destes resultados foram os números de alfabetizados encontrados pela pesquisa de Sampaio et al, onde 63% eram alfabetizados e 37% analfabetos. Os autores encontraram resultados mais positivos que os resultados deste estudo, quando o maior número de analfabetos estava entre os indivíduos com Alto risco cardiovascular e o maior número de alfabetizados estava entre o grupo de Baixo risco cardiovascular. É considerada a possibilidade da influência da alfabetização ou grau de escolaridade na formação dos grupos de risco cardiovasculares, apesar de tal fator ser incluído em fatores de risco socioeconômicos nas VI Diretrizes Brasileiras de Cardiologia, mas sem maiores considerações: “No Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade” (BRASIL, 2010, apud CESARINO et al, 2008).

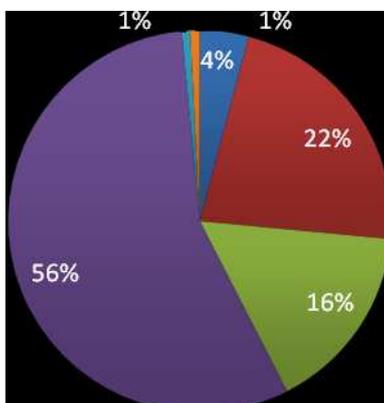


Gráfico 1. Escolaridade dos hipertensos da equipe 01 do Centro de Saúde São Tomás, Belo Horizonte – MG, 2010. Fonte: Dados obtidos de Prontuários de pacientes atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, BH/MG.

Dentre os 115 hipertensos envolvidos nesta pesquisa, não havia nenhum abaixo de 30 anos e a grande maioria (67%) apresentou-se acima de 60 anos de idade. Entre a faixa etária de 30 a 39 anos, 8 pacientes representaram 7% do total da população alvo. Dos 40 aos 49 anos, o número aumentou para 12, representando 11% do total e 20% das pessoas tinham entre 50 e 59 anos. Quase 50% dos hipertensos encontram-se na faixa etária entre 60 e 79 anos de idade (60 a 69 anos - 24% do total; 70 a 79 anos - 25% do total). E, finalmente, os indivíduos acima de 80 anos foram 15, o que representou 13% do total dos hipertensos.

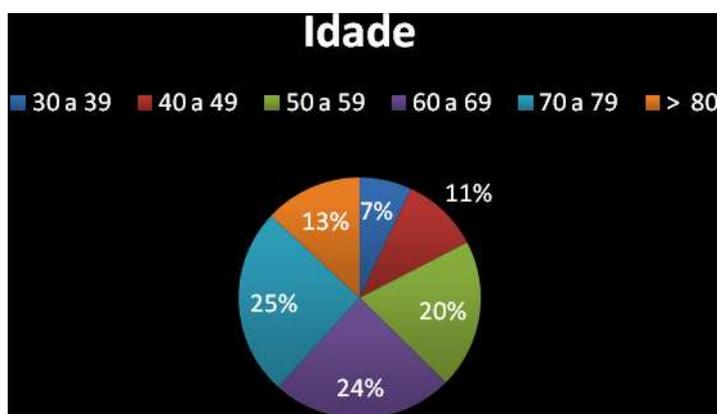


Gráfico 2. Faixa etária dos hipertensos da equipe 01 do Centro de Saúde São Tomás, Belo Horizonte – MG, 2010. Fonte: Dados obtidos de Prontuários de pacientes atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, BH/MG.

Outro fator importante observado foi a grande maioria de pacientes serem do sexo feminino (71%), quando apenas 29% (33) eram homens, conforme mostra o Gráfico 2. Tal fator pode estar relacionado ao perfil dos pacientes que procuram a Unidade Básica de Saúde e quanto ao maior número de mulheres na população de Belo Horizonte. Entretanto, é notável que as mulheres procuram mais o Centro de Saúde para realização de exames rotineiros, para atendimento de Enfermagem com queixas que podem parecer sem importância para o público masculino, e, ainda para a participação de atividades educativas e grupos operativos.

No artigo de Sampaio et al. (2010) foi relatado que a população predominante também foi a feminina, mesmo sendo aleatória a escolha dos 127 prontuários. Os autores encontraram um número aproximado de 73,2% de mulheres hipertensas e 26,7% de homens hipertensos, resultados bem semelhantes aos encontrados nesta pesquisa. Já Rosário et al (2009), pesquisando a prevalência, o tratamento e o controle da hipertensão arterial em uma cidade do Mato Grosso, entre sujeitos de 18 a 90 anos escolhidos

aleatoriamente, 23% apresentaram ter hipertensão arterial e dentre estes, quase 70% era população masculina.

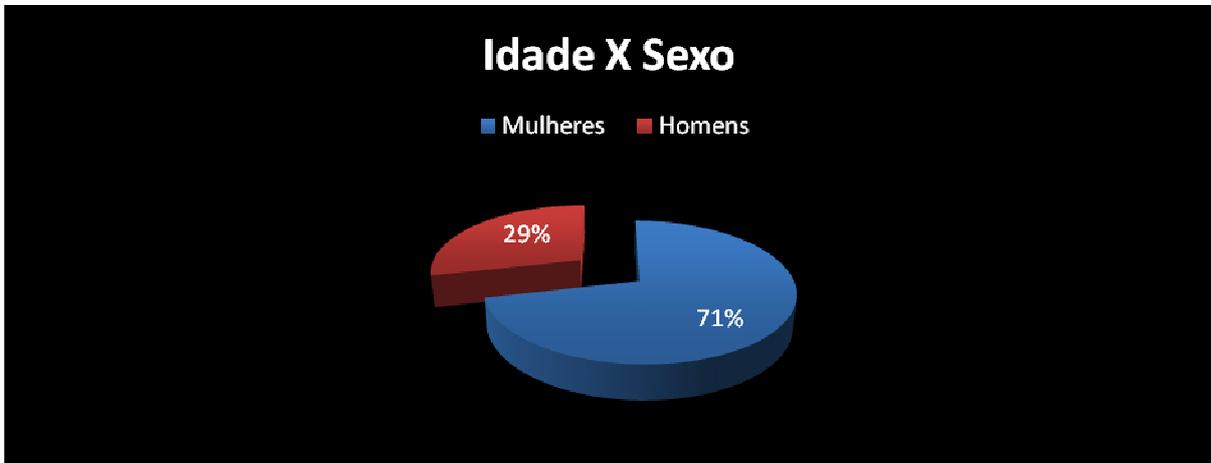


Gráfico 3. População masculina e feminina atendida pela equipe 1 do Centro de Saúde São Tomás (BH, MG).
Fonte: Dados obtidos de Prontuários de pacientes atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, BH/MG.

Conforme dito anteriormente, os fatores de risco cardiovascular encontrados na população de hipertensos em questão nesta monografia foram 13, incluindo idade, pressão arterial, tabagismo, etilismo, dislipidemias, diabetes, histórico familiar precoce de doenças cardiovasculares, lesões em órgãos alvo, condições clínicas associadas, doenças renais crônicas, excesso de peso (incluindo sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida), perímetro abdominal, síndrome metabólica, conforme mostrado no Gráfico 4.

Sampaio et al (2010), consideraram tabagismo, diabetes, pressão arterial, hipertrigliceridemia, alfabetização, sedentarismo e empregabilidade. Os fatores de risco sedentarismo e empregabilidade não foram incluídos neste estudo, pois não havia informações suficientes sobre tais fatores em todos os prontuários. A alfabetização não entrou como fator de risco pelo motivo de que nas VI Diretrizes Brasileiras de Cardiologias não havia tais fatores, apesar de termos tal fator aqui relatado apenas como informação adicional. O Sedentarismo foi, inclusive, mencionado, mas as informações contidas nos prontuários não permitiram dados corretos sobre as atividades diárias dos pacientes.

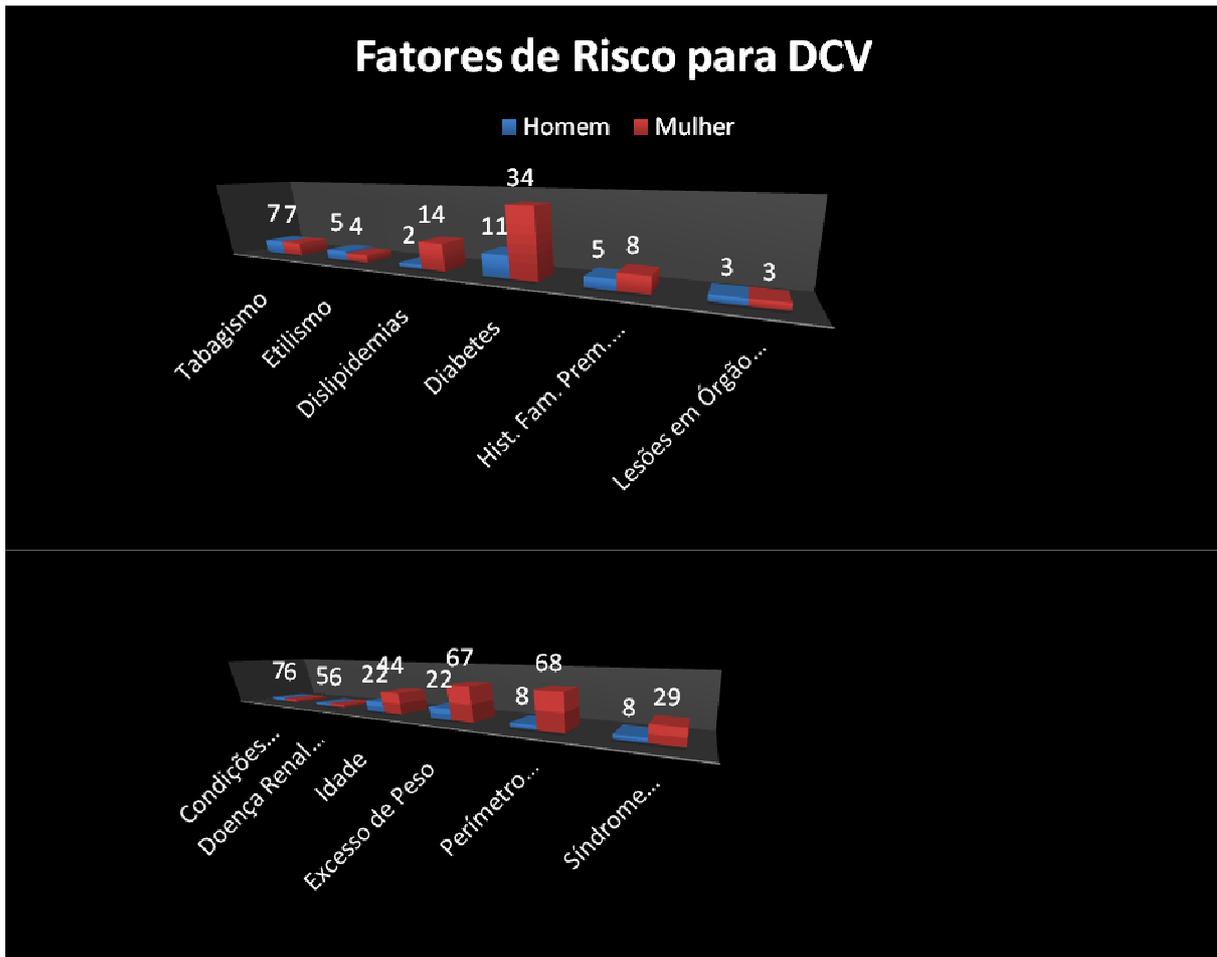


Gráfico 4. Fatores de risco para doença cardiovascular entre hipertensos de ambos os sexos da equipe 01 do Centro de Saúde São Tomás, Belo Horizonte – MG, 2010. Fonte: Dados obtidos de Prontuários de pacientes atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, BH/MG.

Em relação à idade, de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, homens acima de 55 anos e mulheres acima de 65 anos com hipertensão já tem a idade com um fator de risco para doenças cardiovasculares. Dentre as 82 mulheres pertencentes ao grupo de hipertensos estudados nesta pesquisa, 44, ou seja, 54% das mulheres estão na faixa de risco, acima de 65 anos. Já os homens, que tem a idade acima de 55 anos, considerada um fator de risco masculino, foram um total de 22, o que representa 67% do total da população masculina. A partir dos resultados, foi visto que, apesar da população masculina ser menor que a feminina, o acometimento do fator de risco Idade, foi bem aproximado quando comparamos ambos os sexos. O gráfico 5 demonstra a ocorrência desse fator de risco para a população hipertensa feminina e para a masculina. Unindo todos os pacientes, chegou-se ao resultado de 57,4% da população com a idade considerada como fator de risco cardiovascular.

Ainda em 2010, a pesquisa “Risco cardiovascular global em pacientes de USF” revelou que “Em geral, o aumento da idade se relacionou ao aumento do risco

cardiovascular global em ambos os sexos. O avanço da idade apresentou significância estatística quando relacionado ao alto risco cardiovascular” (SAMPAIO et al, 2010). Esses autores coletaram informações de prontuários de pacientes acima de 30 anos o que coincide com a população alvo deste estudo que iniciou a partir da mesma faixa etária.

Ao abordar especificamente a população idosa, Borelli et al (2008) publicaram um artigo para relatar sobre a importância do tratamento da hipertensão arterial no idoso.

“A HA no idoso está intimamente relacionada com grande número de eventos cardiovasculares e, conseqüentemente, à menor sobrevida. Uma pior qualidade de vida é fato nessa população, quando não tratada adequadamente. Vários estudos mostraram que tratar HA, independentemente da faixa etária, traz melhora na qualidade de vida e na sobrevida, diminuindo eventos e permitindo envelhecimento mais digno.” (BORELLI et al, 2008)

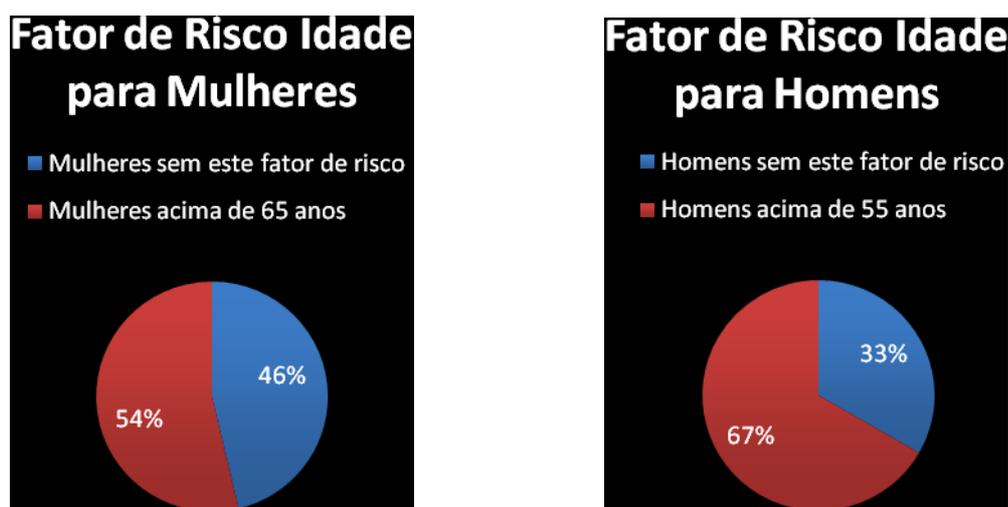


Gráfico 5. Idade como fator de risco cardiovascular nas mulheres e nos homens atendidos pela equipe 1 do Centro de Saúde São Tomás em BH, MG. Fonte: Dados obtidos de Prontuários de pacientes atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, BH/MG.

Ao coletar os dados de pressão arterial sistêmica, foram considerados os valores mais recentes (dentro do ano de 2010) e aqueles que foram possíveis de aferir em grupos operativos, acolhimentos e em consultas de enfermagem. De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, considera-se que existem três graus de hipertensão: leve (140/149-90/99), moderado (160/179-100/109) e severo (≥ 180 - ≥ 110). Valores abaixo de 120-80 mmHg são considerados ótimos, abaixo de 130-85 mmHg são normais e os limítrofes, aqueles próximos da hipertensão são com sistólica entre 130 e 139 mmHg e diastólica entre 85 e 89 mmHg.

Na população estudada, entre os 115 pacientes, 73% tinham níveis pressóricos acima do limítrofe no momento da aferição. Dos demais 27%, 6% tinham grau severo de HA, 33,3% apresentaram grau moderado e os restantes 60,7% tinham grau leve de hipertensão.

Entre os homens e as mulheres, como é possível notar no gráfico 6, em porcentagem, havia maior índice de mulheres com grau severo, maior índice de homens no grau moderado e mais mulheres no grau leve. Entretanto 73% dos homens apresentaram hipertensão arterial no momento da aferição e 77% das mulheres tiveram o mesmo evento.

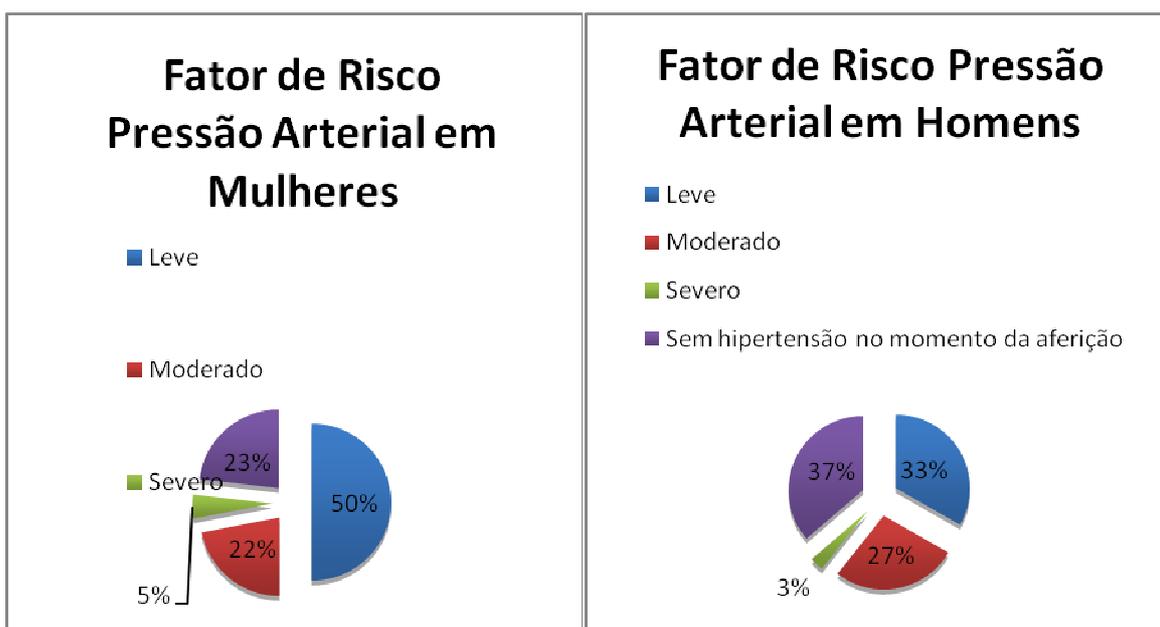


Gráfico 6. Pressão Arterial como fator de risco cardiovascular presente nas mulheres e nos homens atendidos pela equipe 1 do Centro de Saúde São Tomás em BH, MG. Fonte: Dados obtidos de Prontuários de pacientes atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, BH/MG.

Ao levantar o número de mulheres e de homens que fumam, unindo o total de pacientes, chegou-se a 12,2% de fumantes. Ao considerar os pacientes como um todo, homens e mulheres juntamente, Sampaio et al (2010), encontrou aproximadamente a metade dos índices de tabagismo encontrados pelo presente estudo: “O tabagismo foi descrito em 6,3% (n=8) dos indivíduos. A análise estatística mostrou forte relação do alto risco cardiovascular com o tabagismo.”(SAMPAIO et al, 2010)

Entretanto, ao levantar os dados individualmente para mulheres e para homens, obtivemos resultados diferentes, como mostra o Gráfico 7. Dentre as 82 mulheres incluídas nessa pesquisa, 9% se disseram fumantes. Em contrapartida, dentre os 33 homens incluído no estudo, 21% disseram ser fumantes, algo que demonstra um maior índice de tabagismo entre homens que entre as mulheres.



Gráfico 7. Tabagismo como fator de risco cardiovascular presente nas mulheres e nos homens atendidos pela equipe 1 do Centro de Saúde São Tomás em BH, MG. Fonte: Dados obtidos de Prontuários de pacientes atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, BH/MG.

Já em relação ao consumo de álcool, é notado que, nem sempre o paciente assume o vício ou consumo moderado da bebida. Portanto, os dados encontrados nos prontuários relativos a etilismo eram anotados quando havia relato do consumo pelo próprio paciente ou quando o caso era claro de alcoolismo. Por este motivo, acreditamos que este fator de risco pode não ser fidedigno ao real consumo de álcool por parte da população alvo. De acordo com o Gráfico 8, podemos ver que dentre as 82 mulheres, 5% foi tida como etilista. Já os homens tiveram maior número desse fator de risco entre eles, assim como ocorrido com o tabagismo. Dentre os 33 homens participantes da pesquisa, 15% entraram para o índice de pacientes homens etilistas.



Gráfico 8. Etilismo como fator de risco cardiovascular presente em mulheres e em homens atendidos pela equipe 1 do Centro de Saúde São Tomás em BH, MG. Fonte: Dados obtidos de Prontuários de pacientes atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, BH/MG.

O peso tem entrado como fator de risco para eventos cardiovasculares entre os hipertensos. E, juntamente com o peso, consideram-se o IMC e o Perímetro Abdominal. Foi levantado o IMC de cada paciente incluso neste estudo e os resultados foram bem decisivos. O IMC de 77,4% da população alvo está acima do normal, ou seja, acima de 25 (BRASIL, ABC, 2010). Entre as mulheres, 82%, ou 67 apresentaram-se acima do peso ideal. Os homens acima do peso ideal, por sua vez, foram 67%. Isso demonstra que, apesar do perfil de carência socioeconômica da população, grande parte dela está com alimentação inadequada e excesso de peso.

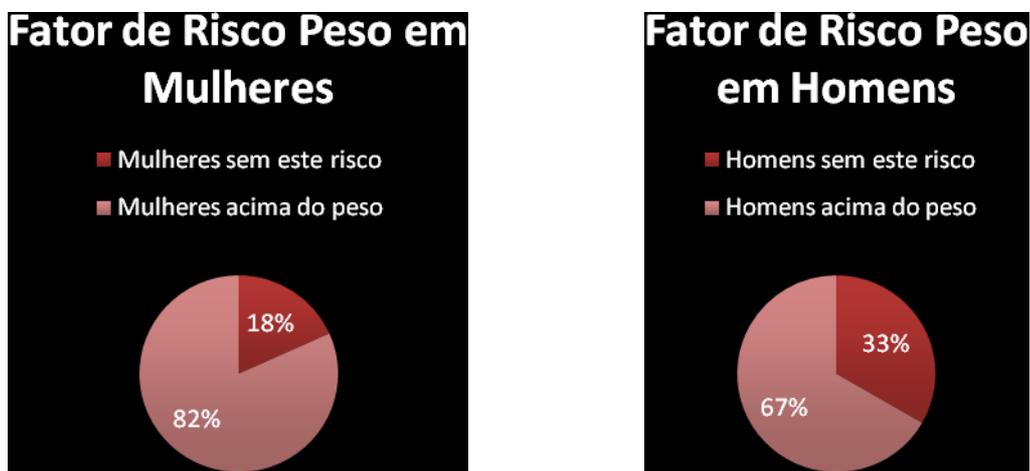


Gráfico 9. Excesso de peso como fator de risco cardiovascular em mulheres e em homens atendidos pela equipe 1 do Centro de Saúde São Tomás em BH, MG. Fonte: Dados obtidos de Prontuários de pacientes atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, BH/MG.

A partir do total de indivíduos acima do peso, foram divididos entre pacientes em sobrepeso, obesos e pacientes com obesidade mórbida. Em sobrepeso, dos 115 pacientes, 40 foram classificados para essa característica, ou seja, 34,8%. Mas, entre as mulheres, foram 37% em sobrepeso, do total de 67 acima do peso. Entre os homens, 70% dos 22 acima do peso, apresentaram-se em sobrepeso. Já ao falar de pacientes obesos, unindo homens e mulheres, 37,4% estão dentro deste parâmetro.

Apesar desses dados, o número de mulheres obesas foi maior que o número de homens obesos, ao considerarmos a porcentagem em relação ao total de mulheres e ao total de homens, como mostra o Gráfico 9. Assim, podemos notar que a maioria das mulheres, 57%, encontra-se em grau de obesidade, diferente dos homens obesos que são 23% do total deles.

Já falando em obesidade mórbida, apesar dos números terem sido menores, 6% das mulheres e 7% dos homens entraram para este fator de risco cardiovascular. Entretanto, em

comparação de homens e mulheres, os primeiros estiveram em menor número nos graus de obesidade e obesidade mórbida, em detrimento das mulheres, estiveram em maior número para esses parâmetros.

Pode ser que o sedentarismo esteja relacionado ao excesso de peso, mas nem sempre os indivíduos sedentários encontram-se nessa faixa de risco. No artigo de Sampaio et al, (2010) ao menos 85% dos sedentários apresentaram-se nas faixas de risco cardiovascular. Isso demonstra que, normalmente, o risco cardiovascular pode estar relacionado ao sedentarismo e esse relacionado ao excesso de peso. Hoepfner & Franco em julho deste ano (2010) publicaram um artigo sobre a avaliação da hipertensão arterial e, um dos erros observados por eles ao atendimento ao paciente hipertenso foi a ausência do relato de sedentarismo ou não no prontuário dos pacientes atendidos pela Unidade Básica de Saúde: “A prevalência da obesidade, no presente estudo, está muito elevada, não sendo encontrado registro do sedentarismo nos prontuários”.(HOEPFNER & FRANCO, 2010)

Carneiro et al. (2003) no artigo “Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos”, demonstrou que a quando maior o grau de excesso de peso dos pacientes estudados, maior era o índice de hipertensão arterial. Neste mesmo estudo, os autores relatam que a maior prevalência de obesidade foi encontrada entre as mulheres.

É interessante notar que a porcentagem de mulheres obesas iguala-se à porcentagem de mulheres com nível de risco alto e muito alto. Porém, esse fator não indica que exatamente as mesmas mulheres com alto grau de risco são também obesas, mas demonstra que os valores de sobrepeso influem no grau de risco cardiovascular.

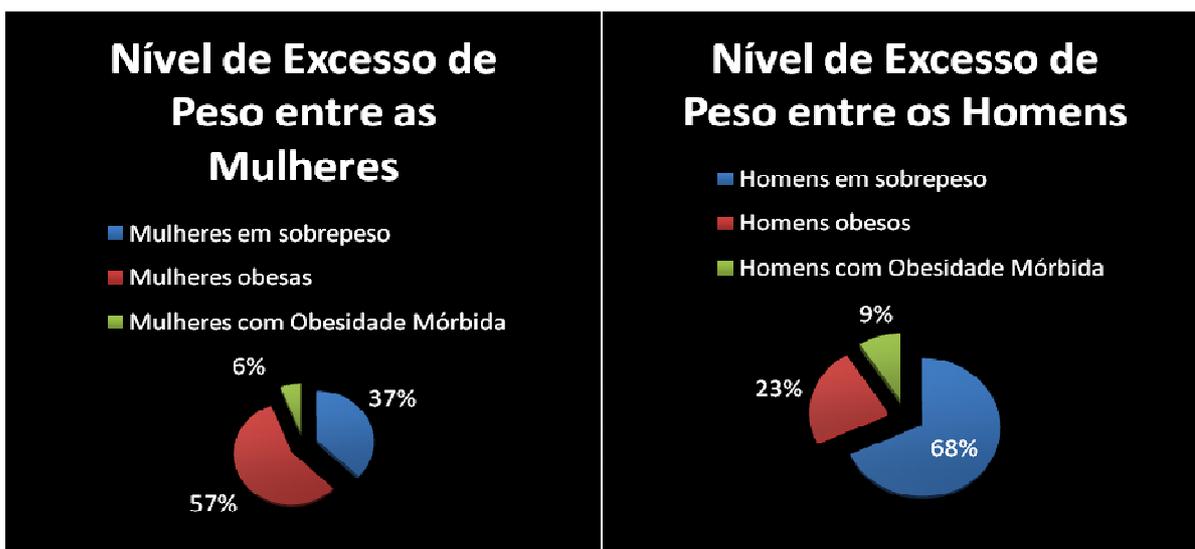


Gráfico 10. Excesso de peso como fator de risco cardiovascular em mulheres e em homens atendidos pela equipe 1 do Centro de Saúde São Tomás em BH, MG, com diferenciação dos índices de indivíduos em sobrepeso, obesos e com obesidade mórbida. Fonte: Dados obtidos de Prontuários de pacientes atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, BH/MG.

O fator de risco perímetro abdominal, nem sempre relacionado ao IMC (Índice de Massa Corporal), pode ser considerado um fator de risco (Brasil, 2010) e para este estudo foi incluído como fator relevante, influenciando assim na estratificação do risco cardiovascular global da população alvo.

Carneiro et al. (2003) levantaram dados sobre a relação do peso, do perímetro abdominal e relação cintura-quadril com os níveis de hipertensão e, em razão desses dados concluíram o seguinte:

“Os dados confirmam resultados de outros estudos que mostram a importância da obesidade no desenvolvimento dos fatores de risco cardiovascular. Em nossa população, a distribuição central da adiposidade corporal se destacou especialmente como fator importante no desenvolvimento da hipertensão arterial.” (CARNEIRO et al, 2003)

Os autores da citação acima assinalaram a relação do perímetro abdominal com maiores prevalências de hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia. Além disso, fizeram menção ao fato de que 50% dos seus entrevistados tinham outros riscos cardiovasculares.

Ao falar em perímetro abdominal aumentado, queremos dizer acima de 88 cm para mulheres e acima de 102 cm para homens (BRASIL, 2010). Foi notado que as mulheres, mais uma vez se sobressaíram negativamente neste quesito (Gráfico 11). De 82 mulheres, 68 delas ou 89% tinham obesidade central. Já nos homens, este fator de risco apareceu em 24% deles.



Gráfico 11. Perímetro abdominal como fator de risco cardiovascular em mulheres e em homens atendidos pela equipe 1 do Centro de Saúde São Tomás. Fonte: Dados obtidos de Prontuários de pacientes atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, BH/MG.

As dislipidemias são as alterações em triglicérides e em colesterol (Brasil, 2010), considerando os seguintes parâmetros: triglicérides ≥ 150 mg/dl; LDL colesterol > 100 mg/dl; e HDL < 40 mg/dl. Através da análise de resultados de exames recentes dos pacientes incluídos na pesquisa em questão, foram encontrados valores que incluíram alguns dos indivíduos dentro do fator de risco para dislipidemias. Para as mulheres e para os homens a prevalência desse fator de risco foi de 17% e 6%, respectivamente.

Carneiro et al, (2003), desenvolveram uma tabela com todas as alterações de triglicérides, colesterol e glicemia dos indivíduos da população alvo e chegaram ao resultado de que as Dislipidemias predominaram entre os sujeitos obesos.



Gráfico 12. Dislipidemias como fatores de risco cardiovascular em mulheres e em homens atendidos pela equipe 1 do Centro de Saúde São Tomás em BH, MG. Fonte: Dados obtidos de Prontuários de pacientes atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, BH/MG.

A Diabetes, doença normalmente relacionada a riscos cardiológicos e vasculares, foi incluída dentro dos fatores de risco. Talvez por este fator, 39,1% do total de pacientes tenham diabetes e hipertensão, concomitantemente. Avaliando mulheres e homens individualmente, esse número não se modificou tanto: 41% em mulheres e 33% em homens.

Sampaio et al (2010), fizeram as seguintes considerações após os resultados de seu estudo: “Diabetes Mellitus (DM) foi uma comorbidade descrita em 19,68% (n=25) dos prontuários analisados. Sua distribuição nas faixas de risco mostrou que representa 78,57% dos indivíduos na faixa de alto risco, o que foi estatisticamente bastante significativo” (SAMPAIO et al, 2010).

Já Roepfner & Franco (2010), questionando as formas de atenção básica ao paciente hipertenso, encontraram grande ligação entre a diabetes e a hipertensão arterial, quando 41% de 415 portadores de hipertensão eram diabéticos.



Gráfico 13. Diabetes como fator de risco cardiovascular em mulheres e em homens atendidos pela equipe 1 do Centro de Saúde São Tomás em BH, MG. Fonte: Dados obtidos de Prontuários de pacientes atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, BH/MG.

Quanto ao fator de risco genético, relacionado à presença de doenças cardiovasculares precoces na família, pudemos observar que a maior parte (92%) dos casos positivos para este fator de risco tiveram a informação obtida por meio de relato verbal. Os demais casos (8%) foram identificados através da análise prontuários de familiares dos pacientes selecionados para este estudo. Entre as mulheres, 10% apresentavam familiares com casos de Doença Cardiovascular (DCV) precoce e, entre os homens, 15%. Pelo fato da maior parte desta informação ter sido obtida através de falas dos próprios pacientes, acreditamos que possa haver uma discrepância entre o real e o que foi relatado, já que a população pode equivocar-se quanto aos relatos e pode não saber exatamente o que ocorrera com seus familiares.

Para Roepfner & Franco (2010), esse fator de risco está entre outros assim como LOA e sedentarismo, os quais não estão sendo comumente relatados nos prontuários, dificultando o tratamento e a estratificação de riscos cardiovasculares.

Entretanto, Giroto et al (2009) encontrou grande índice de positividade para este fator de risco, em comparado ao presente estudo. Os acidentes vasculares cerebrais e os infartos agudos do miocárdio em familiares próximos menores de 55 anos para homens e de 65 anos para mulheres, foram encontrados em 30% dos pacientes.

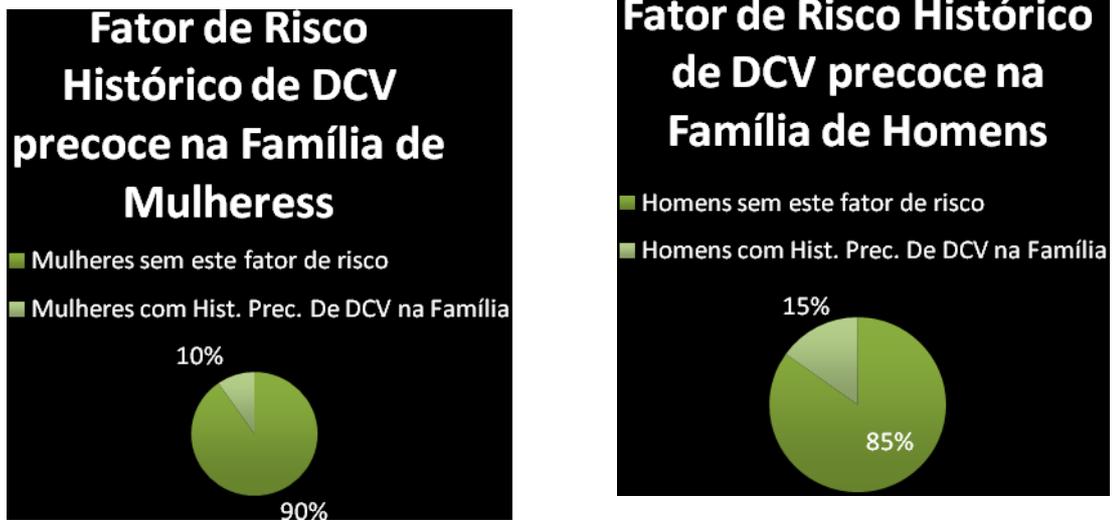


Gráfico 14. Histórico de DVC precoce na família como fator de risco cardiovascular em mulheres e em homens atendidos pelo Centro de Saúde São Tomás em BH, MG. Fonte: Dados obtidos de Prontuários de pacientes atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, BH/MG.

O fator de risco “Lesões em Órgãos Alvo” (LOA) foi analisado criteriosamente, já que os pacientes são acompanhados pela Equipe de Saúde da Família e essas lesões precisam ser consideradas para o tratamento adequado dos pacientes. Os órgãos em questão são principalmente o coração, o cérebro e os rins. Apenas 5,2% dos pacientes acompanhados pela equipe um do Centro de Saúde São Tomás, apresentaram LOA. Entretanto, entre os homens, esse número é maior que entre as mulheres, levando em consideração o total de casos em relação ao total de homens e de mulheres. Dessa forma, 4% do total de mulheres apresentam alguma lesão em órgão alvo e, o 8% dos homens possuem alguma dessas lesões.

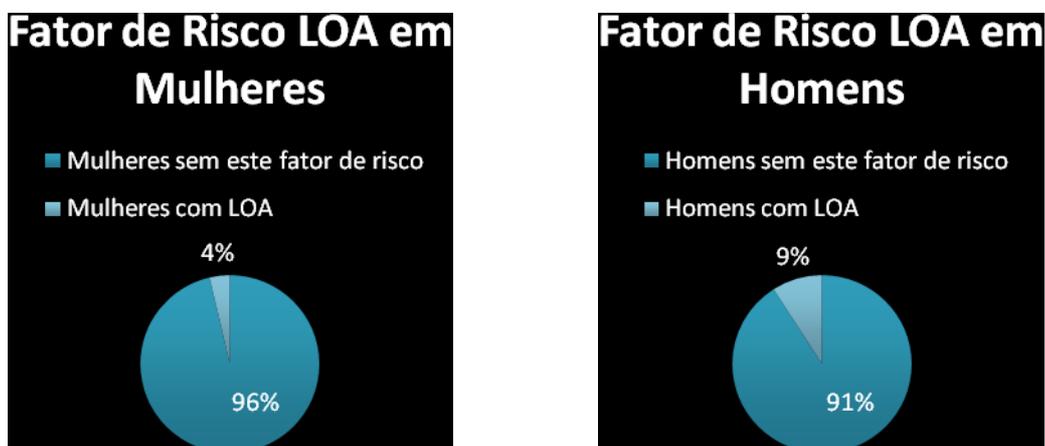


Gráfico 15. LOA como fator de risco cardiovascular em mulheres e em homens atendidos pelo Centro de Saúde São Tomás em BH, MG. Fonte: Dados obtidos de Prontuários de pacientes atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, BH/MG.

Os pacientes hipertensos podem ter Condições Clínicas Associadas à hipertensão, algo que pode elevar o Risco de haver DCV nos próximos 10 anos. As condições são: Doenças cerebrovasculares, doenças cardíacas, renais, retinopatias avançadas e doença arterial periférica. Dentre todos os pacientes, incluindo homens e mulheres juntamente, 11,3% possuem alguma condição clínica associada à hipertensão. Mas, avaliando separadamente, 7% das mulheres e 21% dos homens possuem esse fator de risco (Gráfico 16). Ao possuir essas condições clínicas associadas à hipertensão, os pacientes vão, obrigatoriamente, para a condição de risco muito alto de terem DCV.

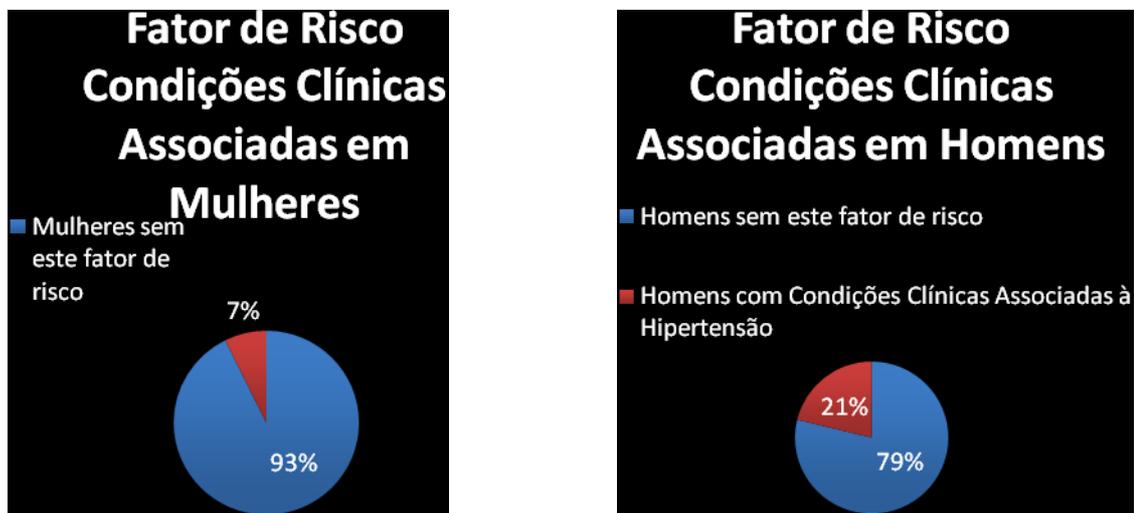


Gráfico 16. Condições Clínicas associadas à HA como fator de risco cardiovascular em mulheres e em homens atendidos pelo Centro de Saúde São Tomás em BH, MG. Fonte: Dados obtidos de Prontuários de pacientes atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, BH/MG.

As doenças renais crônicas interferem no grau de risco cardiovascular dos pacientes hipertensos, assim como outras condições clínicas relatadas anteriormente. Todavia, uma vez observado que essas doenças foram de grande prevalência na população hipertensa atendida pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde, ou Centro de Saúde São Tomás, consideramos interessante levantar esses dados separadamente. Chegou-se à conclusão que 7% das mulheres e 15% dos homens possuem alguma Doença Renal Crônica (DRC). Em 2008, Arantes publicou um artigo que relaciona as DRC's com eventos cardiovasculares, considerando importante a avaliação do risco cardiovascular em pacientes acometidos a estas doenças. Para Arantes (2008) "não existe nenhuma condição, nem mesmo o diabetes, que se associe com um risco cardiovascular tão elevado quanto aquele conferido pela

doença renal crônica (DRC). A DRC aumenta o risco tanto de doença como de eventos cardiovasculares.” (ARANTES, 2008).

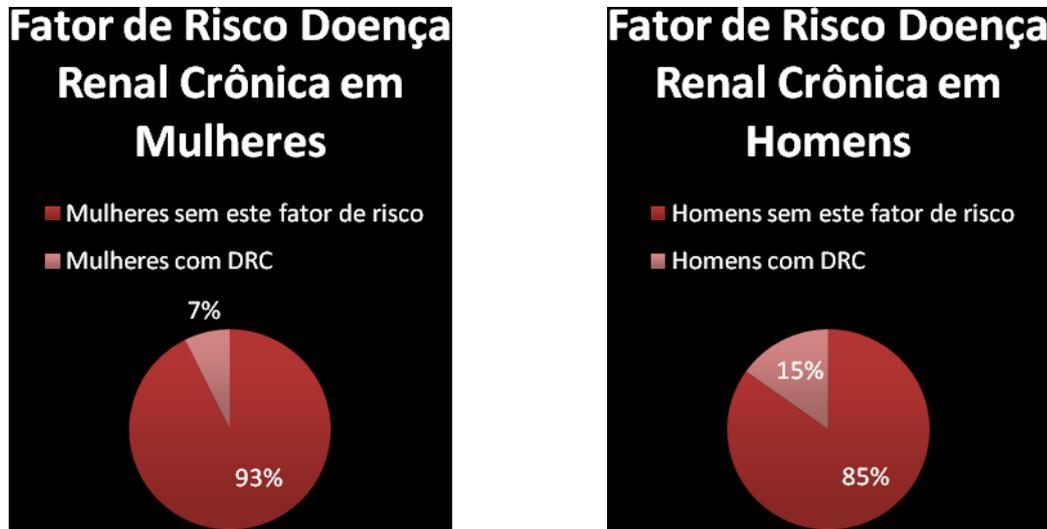


Gráfico 17. DRC como fator de risco cardiovascular em mulheres e em homens atendidos pela equipe 1 do Centro de Saúde São Tomás em BH, MG. Fonte: Dados obtidos de Prontuários de pacientes atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, BH/MG.

Um fator de risco essencial para estratificar o risco cardiovascular em hipertensos é a Síndrome Metabólica (SM). A SM é diagnosticada através da presença de ao menos 3 dos seguintes fatores de risco: oscilação de glicemia de jejum mesmo com uso de insulina, baixo HDL e alto LDL, ácido úrico aumentado, triglicérides aumentado, Pab aumentado, excesso de peso, e proteína C reativa muito aumentada. No grupo total de hipertensos, a prevalência da SM foi de 32,2%. As mulheres seguiram aproximadamente esse valor, contabilizando 35% delas com SM, mas os homens tiveram menor número, 24% deles com SM, apesar da proximidade.

Na finalização de sua pesquisa, Carneiro et al (2003) fizeram interessante observação relacionando a síndrome metabólica com outros fatores de risco:

“Os resultados encontrados no estudo comprovam que os indivíduos obesos, principalmente aqueles com excesso de adiposidade no abdômen, apresentam em relação à população normal uma associação maior a outros fatores de risco cardiovascular envolvidos na síndrome metabólica como a HA, o DM e a DL.” (CARNEIRO et al, 2003)

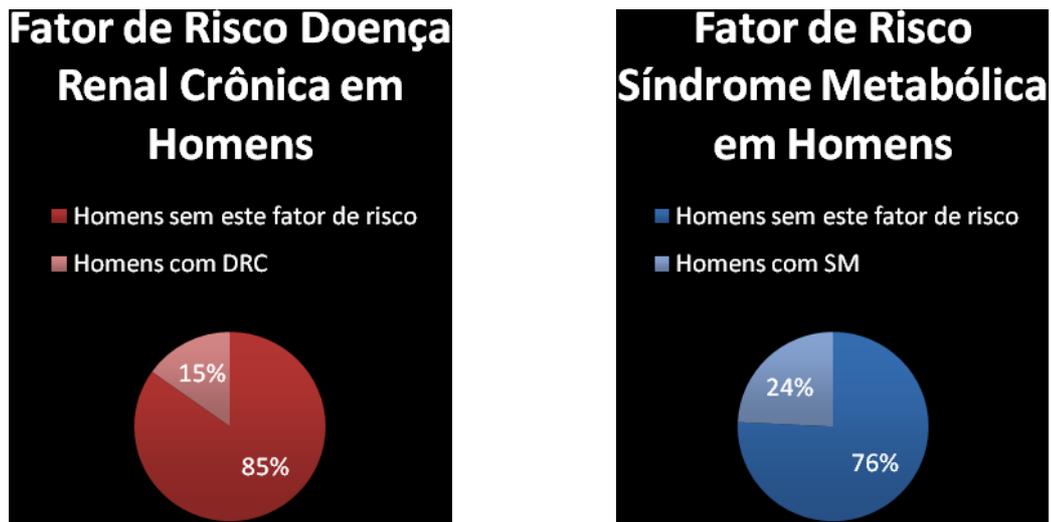


Gráfico 18. Síndrome Metabólica como fator de risco cardiovascular em mulheres e em homens atendidos pela equipe 1 do Centro de Saúde São Tomás em BH, MG. Fonte: Dados obtidos de Prontuários de pacientes atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, BH/MG.

Após analisar todos os doze fatores de risco encontrados nos pacientes selecionados para esta pesquisa, foi feita uma estratificação do risco cardiovascular de cada paciente. A partir de então, uniu-se todos os pacientes para fazer um levantamento do grau de risco de DCV da população como um todo. O gráfico abaixo descreve em porcentagem, a quantidade de indivíduos com Risco Basal ou Baixo, Moderado e Alto ou Muito alto. De acordo com Tabela 3, cuja fonte foram as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial decididas em 2009 e publicadas em 2010, foi estratificado o risco de DCV da população alvo da pesquisa em questão (Gráfico 19).

Os números foram surpreendentes, representando que a maioria (54%) da população tem risco alto ou muito alto de DCV's. Seguindo a ordem, os indivíduos com risco moderado representaram 28% do total dos pacientes, em detrimento dos pacientes com risco basal ou baixo, que foram minoria (18%). Em contrapartida, no estudo apresentado pelo artigo de Sampaio et al em 2010, "Verificou-se que 75 indivíduos (59,05%) apresentaram baixo risco para DCV em 10 anos, 38 indivíduos (29,92%) estavam na faixa do risco médio e 14 indivíduos (11,01%) apresentavam alto risco". Entretanto, vale salientar que os fatores de risco utilizados pelo autor basearam-se no escore de Framingham apenas e o presente trabalho, por sua vez, considerou os fatores de risco narrados pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), excluindo sedentarismo, ingestão de sal, etnia, fatores socioeconômicos e genética, por falta de informações suficientes nos prontuários. Quanto a essa população o Gráfico 20 revela em números o que representam as porcentagens do Gráfico 19.

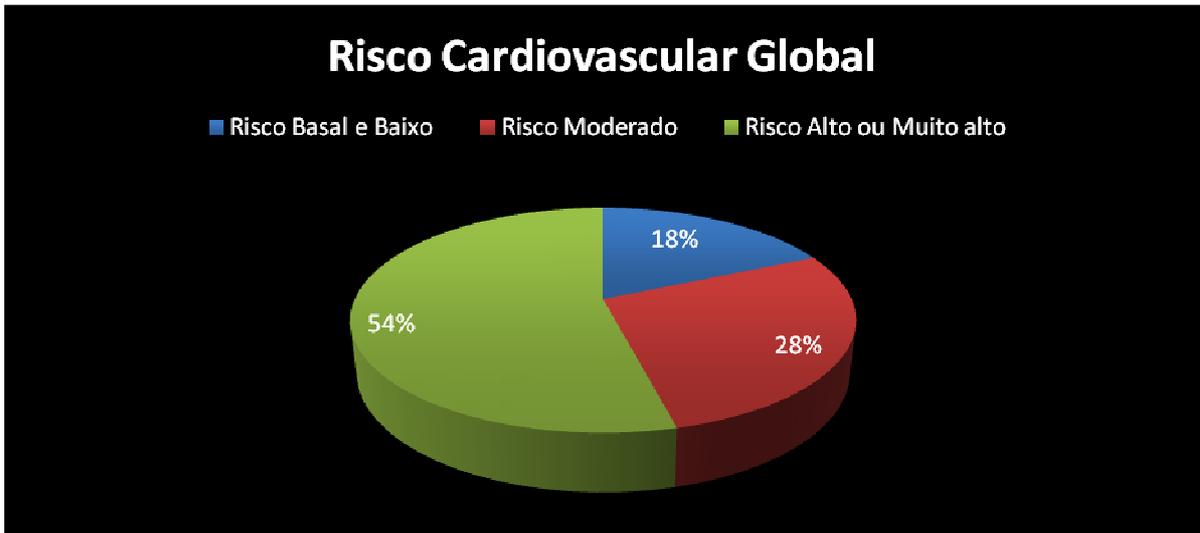


Gráfico 19. Grau de risco cardiovascular global de pacientes atendidos pela equipe 1 do Centro de Saúde São Tomás em BH, MG, em porcentagem. Fonte: Dados obtidos de Prontuários de pacientes atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, BH/MG.

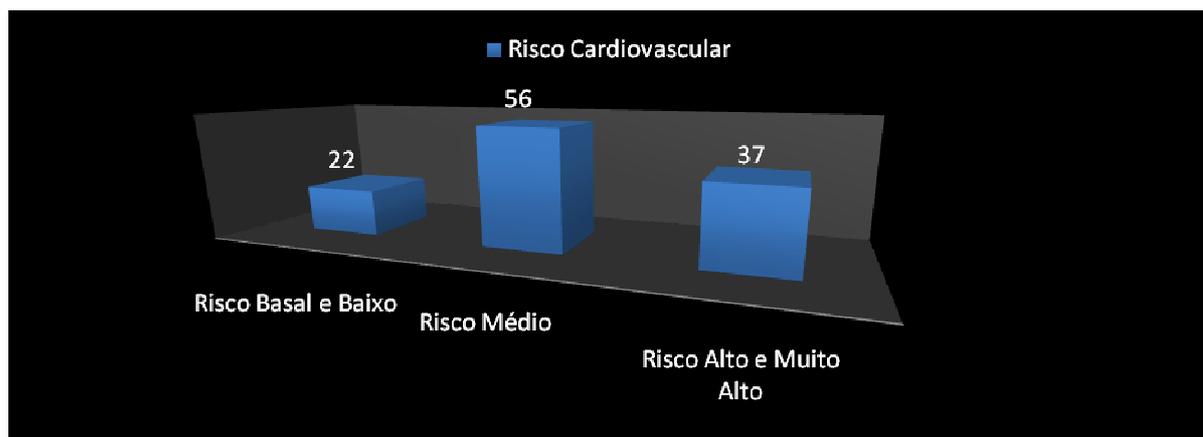


Gráfico 20. Grau de risco cardiovascular de pacientes atendidos pela equipe 1 do Centro de Saúde São Tomás em BH, MG, em números. Fonte: Dados obtidos de Prontuários de pacientes atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, BH/MG.

Foi desenvolvido o gráfico de distribuição das faixas etárias para os graus de risco cardiovasculares, para proporcionar melhor visualização da abrangência de cada um dos graus de risco, não apenas como um todo (como nos gráficos 19 e 20) e por sexo (Gráfico 23), mas especificamente como faixa etária. Os riscos Alto e Muito Alto sobressaíram-se nas faixas etárias de 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e igual ou acima de 80 anos. Entretanto, são as faixas de 50 a 59 anos e as duas primeiras da frase anterior que abrigam maior número de pacientes, em detrimento da faixa de 30 a 39, maior ou igual a 80 e 40 a 49 anos, nessa ordem. Portanto vamos equalizar os dados de cada faixa etária em porcentagens:

Grau de risco cardiovascular por faixa etária e em porcentagem

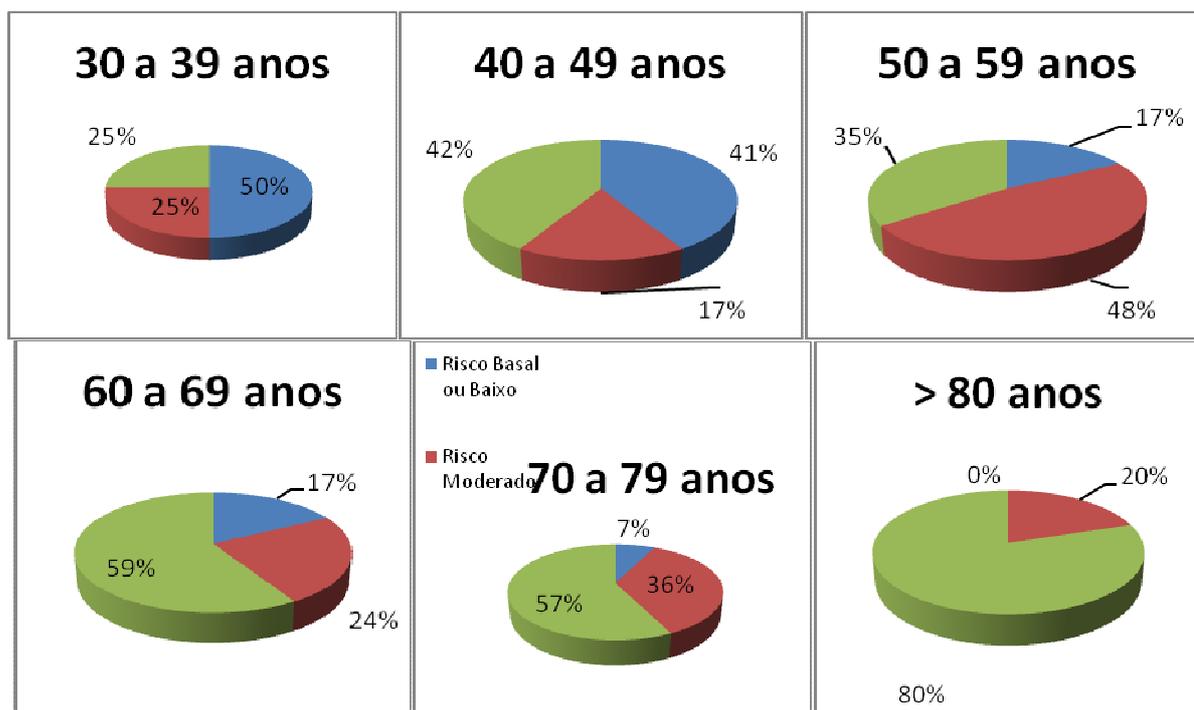


Gráfico 21. Grau de risco cardiovascular por faixa etária e em porcentagem dos pacientes atendidos pela equipe 1 do Centro de Saúde São Tomás em BH, MG. Fonte: Dados obtidos de Prontuários de pacientes atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, BH/MG

Através dos gráficos 21 e 22, podemos notar a prevalência por idade de cada grau de risco cardiovascular: Para a faixa etária de 30 a 39 anos os graus de risco predominantes foram o Basal e o Baixo; para a faixa etária de 40 a 49 anos, os graus de risco predominantes foram o Alto e o Muito Alto, entretanto, quase empatando com o risco Basal ou baixo, em contrapartida; para a faixa etária de 50 a 59 anos, o risco Moderado predominou; para a faixa etária de 60 a 69 anos os riscos Alto e Muito Alto se sobressaíram; para a faixa etária de 70 a 79 anos e para a faixa etária igual ou acima de 80 anos os graus de risco Alto e Muito Alto também foram de maior prevalência. Portanto, a população a partir de 60 anos atendida pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás em Belo Horizonte, deverá receber maior atenção o quanto antes, de forma que os eventos ou doenças cardiovasculares que podem surgir entre este grupo de pessoas sejam evitados. Contudo, não deixa de ser importante trabalhar o tratamento e educação em saúde de toda a população hipertensa, para que este quadro atual possa se modificar, trazendo maior qualidade de vida, menos morbidades e menor mortalidade entre a população hipertensa.

Assim como o presente estudo, o artigo de Sampaio et al (2010) desenvolveu um gráfico com os números coletados de pacientes com cada grau de risco cardiovascular, considerando cada faixa etária. Contudo, diferente da presente pesquisa que adicionou as faixas etárias de pacientes entre 70 e 79 e pacientes acima de 80 anos, as faixas etárias

escolhidas pelos autores foram: entre 30 e 39, entre 40 e 49, entre 50 e 59, entre 60 e 69 e ≥ 60 anos. Apesar das divergências encontradas no risco cardiovascular global total da população deste trabalho (Gráfico 19) em comparação com os achados de Sampaio et al, possivelmente geradas a partir da diferença entre as características da população, encontra-se agora uma semelhança. Através das palavras a seguir pode-se notar uma concordância em comparação com as características do aumento do risco cardiovascular encontradas nesta pesquisa: “Em geral, o aumento da idade se relacionou ao aumento do risco cardiovascular global em ambos os sexos. O avanço da idade apresentou significância estatística quando relacionado ao alto risco cardiovascular.”(SAMPAIO et al.)

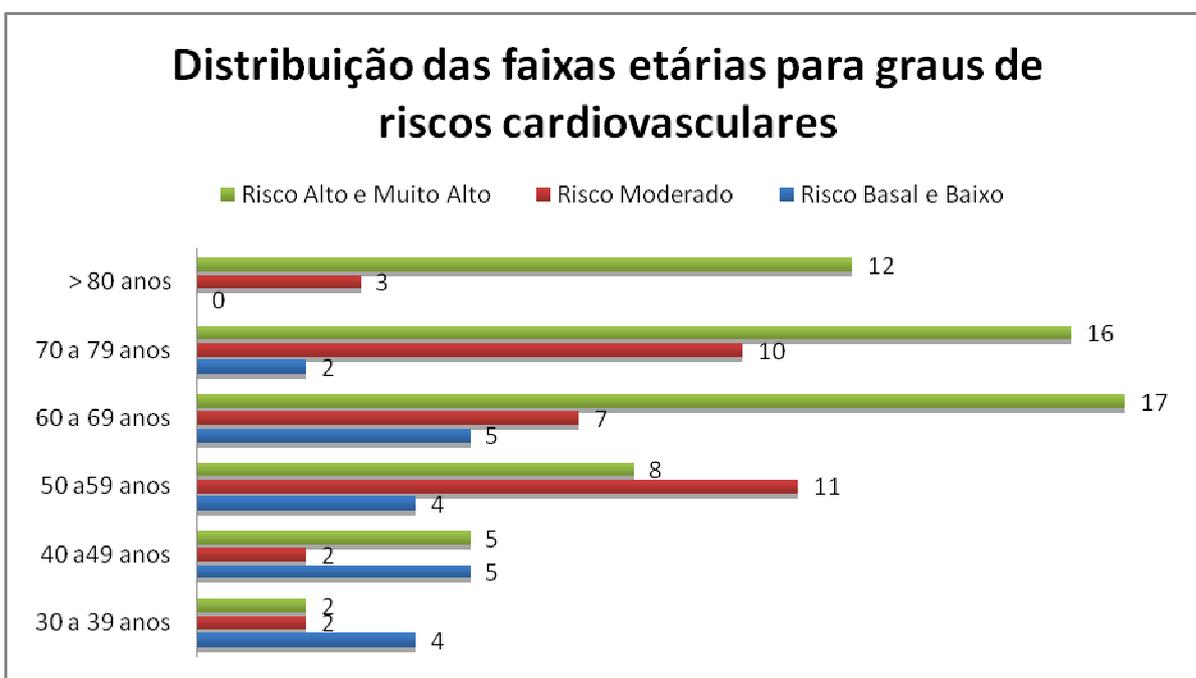


Gráfico 22. Distribuição das faixas etárias para os graus de risco cardiovasculares dos pacientes atendidos pela equipe 1 do Centro de Saúde São Tomás em BH, MG. Fonte: Dados obtidos de Prontuários de pacientes atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, BH/MG.

Para verificar a diferença da estratificação do risco de DCV em mulheres e em homens, foi montado o Gráfico 23. A diferença dos riscos em mulheres e em homens ficou clara a partir de observar que a maioria (57%) das mulheres possui Risco de DCV Alto ou Muito Alto, diferente dos 30% dos homens com este risco. Dentre as 82 mulheres e os 33 homens participantes dessa pesquisa, o risco Moderado foi aproximado com uma diferença de 5 %, sendo 29% e 24% respectivamente. Além da surpresa do alto número de pacientes com Risco de DCV Alto e Muito alto, no total da população, a diferença do grau de risco Basal e Baixo entre mulheres e homens também nos surpreendeu: foram 14% das mulheres com Risco Alto e Muito Alto, diferente dos homens que tiveram 30% deles com este grau de risco.

Considerando o total de indivíduos, foram 62 em 115 o número deles com os Riscos Altos e Muito Altos. Isso representa que 54% do total da população têm riscos elevados de desenvolver Doenças Cardiovasculares, diferente de Sampaio et al, que encontraram aproximadamente 11% de pacientes com estes graus de risco. Encontraram, inclusive, 30% de nível moderado e 59% de nível basal e baixo de risco cardiovascular foram apresentados pelos mesmos autores.

Assim podemos notar a diferença de valores entre populações diversas, de acordo com as influências do meio externo. Com tantas variações, possível vislumbrar as diferentes diversidades que o profissional de saúde encontra para trabalhar e este deverá saber utilizar de sua capacidade e criatividade para educar e orientar cada tipo de população, prevenindo agravos, recuperando a saúde e promovendo saúde, de acordo com cada peculiaridade de cada grupo de indivíduos.

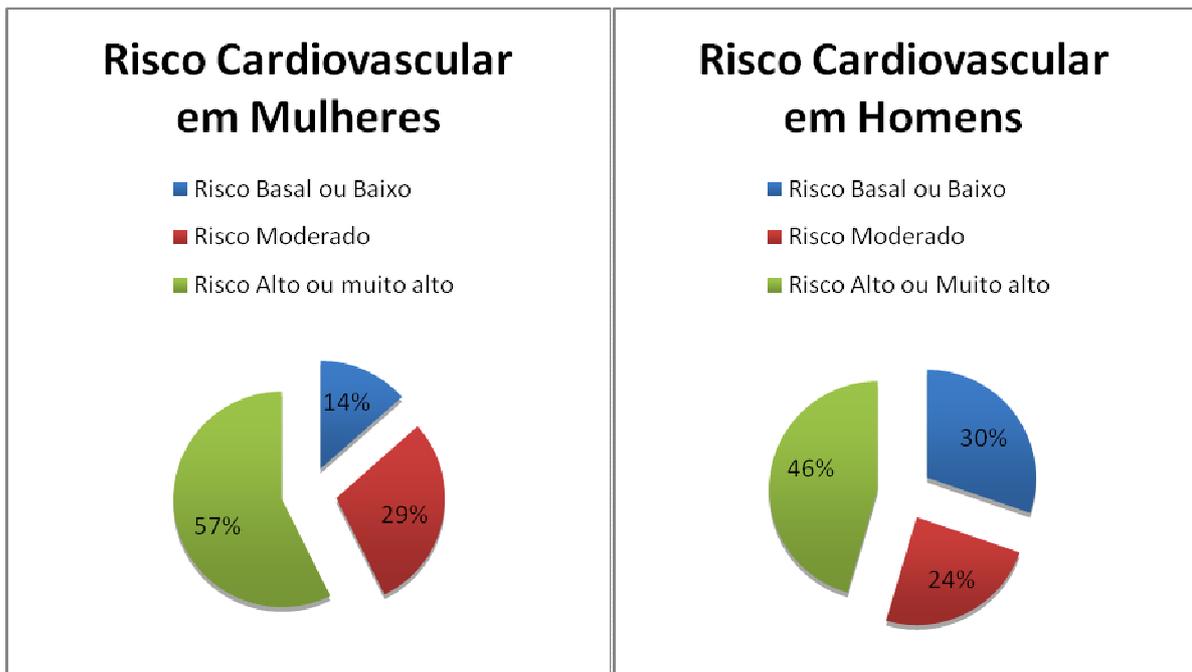


Gráfico 23. Graus de risco cardiovasculares em porcentagem presentes em mulheres e em homens atendidos pela equipe 1 do Centro de Saúde São Tomás em BH, MG. Fonte: Dados obtidos de Prontuários de pacientes atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, BH/MG.

Através da definição dos fatores de risco da população alvo e da estratificação do Risco de DCV, pôde-se obter uma visão ampla e, ao mesmo tempo, específica do perfil da população hipertensa. A partir do momento em que a ESF possui o conhecimento desses fatores na população hipertensa, fica mais fácil elaborar planos de ações específicos para o tratamento, prevenção de agravos e controle da hipertensão dos pacientes. Os planos de ações envolvem tratamento medicamentoso, ações de educação em saúde, específicas para os riscos mais presentes, além de ações educativas com

homens e mulheres, separadamente, uma vez que o perfil observado através dos dados coletados é diferente para cada sexo. A ESF pode desenvolver atendimento domiciliar incluindo educação em saúde, aos pacientes que não podem freqüentar as reuniões na Unidade Básica de Saúde.

A intervenção ativa da Equipe de Saúde deverá ser iniciada posteriormente ao levantamento de dados e estratificação do risco cardiovascular dos pacientes. Gus et al (2004) acreditam que:

“[...]ações em nível populacional e individual direcionadas ao controle do peso corporal obteriam impacto importante sobre a prevalência de hipertensão arterial sistêmica, seu reconhecimento e controle.(...)a maneira mais eficaz de diminuir o impacto das doenças cardiovasculares em nível populacional é o desenvolvimento de ações de prevenção e tratamento dos seus fatores de risco, ou seja, o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e de prevenção primária.” (GUS et al, 2004).

Estratégias do Programa de Saúde da Família, quando aplicadas com base em conhecimento rigoroso da população que é atendida, trazem resultados positivos e visíveis. Carvalho et al. (2009) em “Doenças Cardiovasculares antes e após o Programa Saúde da Família, Londrina, Paraná”, concluíram que “os resultados mostraram a redução das taxas de mortalidade por DAC no município, após a implantação da estratégia Saúde da Família, como consequência da diminuição da mortalidade por doenças cerebrovasculares, notadamente na população idosa.” (CARVALHO et al., 2009).

Portanto, assim como relatado por Giroto et al (2009), faz-se necessário um programa de educação da população hipertensa, para mudança de hábitos alimentares, conscientização sobre a doença e seus perigos, introdução de atividades físicas na rotina semanal, estimulação de autocuidado e busca pelo bem estar. Apesar das ricas informações obtidas através das bibliografias utilizadas, as maiores dificuldades presentes neste trabalho foram a escassez de artigos com objetivo de estratificar o risco cardiovascular de determinada população, além da escassez de informações suficientes sobre os riscos cardiovasculares de cada indivíduo na maior parte dos prontuários. Entretanto, este estudo pode ser considerado como importante motivação para demais pesquisas e para maior conhecimento dos hipertensos por parte das Unidades Básicas de Saúde

7 - Considerações Finais

Avaliar o perfil da população que se atende torna-se de extrema importância para uma Equipe de Saúde da Família uma vez que o objetivo primordial do trabalho desta equipe é prevenir agravos, tratá-los precocemente e promover a saúde da população. Falando de uma população hipertensa, esses objetivos ficam ainda mais claros, já que é função da Equipe de Saúde da Família realizar o diagnóstico dessa população e propor um plano de tratamento eficaz, de acordo com a classificação de risco cardiovascular de cada indivíduo.

Para conhecer a população hipertensa, não basta se conhecer nome, endereço, condições de moradia, aferir pressão de quando em quando e averiguar se o paciente faz uso correto das medicações. Através do presente trabalho, verificou-se a necessidade de conhecer a população hipertensa mais profundamente, com a realização do diagnóstico local, levantamento dos principais problemas e definição de prioridades no atendimento dessa população. De tal forma, que os fatores de risco para doença cardiovascular, possam ser abordados precocemente e que se possa promover um acompanhamento qualificado, dentro das necessidades e condições de vida de cada paciente.

Ao se pesquisar os riscos que os pacientes da população alvo tinham para desenvolverem Doenças Cardiovasculares, foi possível levantar dados fundamentais para estratificar os hipertensos atendidos pela Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde São Tomás, em Belo Horizonte. Ao se realizar a Estratificação do Risco Cardiovascular Global dos hipertensos selecionados para este estudo, notou-se que os riscos Alto e Muito Alto tiveram predominância. Contudo, ao diferenciar a prevalência desses riscos em mulheres e em homens, encontraram-se resultados divergentes, o que pode auxiliar na intervenção da equipe de saúde em cada grupo de pessoas ou até individualmente. Apesar das mulheres apresentarem menor número de fatores de risco em relação aos homens, foram elas os pacientes em maior porcentagem para o Risco de Doença Cardiovascular Alto e Muito Alto. Mesmo considerando a relevância dos Riscos de DCV Alto e Muito Alto que sobressaíram nas mulheres, os homens tiveram maior número de fatores de risco, tais como: Idade, Tabagismo, Etilismo, Histórico de Doença Cardiovascular Precoce na Família, Lesões em Órgãos Alvo, Condições Clínicas Associadas e Doença Renal Crônica.

Portanto, o presente estudo reuniu os resultados encontrados na população hipertensa atendida pela Equipe 1 do Centro de Saúde São Tomás em Belo Horizonte (MG) e as considerações trazidas por diversos autores sobre a necessidade de se atentar mais para as ações previstas ao Programa de Saúde da Família (PSF) para melhoria no atendimento e da qualidade de vida da população hipertensa.

Unindo os resultados encontrados com as contribuições bibliográficas, fica clara a importância da Equipe de Saúde da Família no desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde, além da sistematização da assistência aos portadores de hipertensão arterial, visando a diminuição da morbidade e mortalidade causadas por essa patologia e por outros fatores de riscos cardiovasculares.

A partir de então, fica explícita a importância do trabalho da Equipe de Saúde da Família no atendimento adequado da população hipertensa da sua área de abrangência, além da Estratificação do Risco Cardiovascular desses hipertensos em uma Unidade Básica de Saúde, uma vez que agindo na base do problema fica mais fácil a redução da morbimortalidade pelas doenças do aparelho cardiovascular.

BIBLIOGRAFIA

ARANTES, R L. Avaliação do risco cardiovascular em pacientes com doença renal crônica – Importância e limitação dos diferentes métodos. **Rev Bras Hipertens** . vol.15(3):173-176, 2008. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-3/15-jovem-pesquisador.pdf>> Acesso em Set. 2010

BORRELLI et al. Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar. **Rev Bras Hipertens** vol.15(4):236-239, 2008. Disponível em <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-4/18-caso-clinico%20.pdf> Acesso em Jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica 14. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília; 2006. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad14.pdf> Acesso em Set. 2010.

_____. ABC. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51 . Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/vi_diretrizes_hipertensao_arterial.pdf> Acesso em Ago. 2010.

_____. Arquivos Online. **Fluxograma de Classificação de Risco Cardiovascular**. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/prevencao_clinica_doenca_cardiovascular_fluxograma.pdf Acesso em Jul. 2010.

_____. Arquivos online. **Escore de Framingham em Mulheres**. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/score_framingham_mulheres.pdf Acesso em Jul. 2010.

_____. Arquivos online. **Escore de Framingham em Homens**. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/score_framingham_homens.pdf Acesso em Jul. 2010.

_____. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica, n 15. Brasília, 2006. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf Acesso em Jul. 2010.

_____. Caderno de Atenção à Saúde do Adulto – **Hipertensão e Diabetes**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: 2008.

_____. Arquivos online. **Quase metade dos brasileiros tem excesso de peso**.

Junho 2010. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_ar ea=124&CO_NOTICIA=11458 Acesso em Set. 2010.

CARDOSO, AM.; MATTOS, IE.; KOIFMAN, RJ.. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população Guaraní-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, Mar. 2001 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000200009&lng=en&nrm=iso Acesso em Set 2010.

CARNEIRO, G. et al . Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 3, Set. 2003 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000300036&lng=en&nrm=iso Acesso em Jun. 2010.

CARVALHO et al. Doenças Cardiovasculares antes e após o Programa Saúde da Família, Londrina, Paraná. **Arq Bras Cardiol** 2009; 93(6) : 645-650. Disponível em <http://www.arquivosonline.com.br/2009/9306/pdf/9306014.pdf> Acesso em Jun. 2010.

CASSANI, RSL et al . Prevalência de fatores de risco cardiovascular em trabalhadores de uma indústria brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 92, n.1, Jan. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009000100004&lng=en&nrm=iso Acesso em Ago. 2010.

FILHO e cols. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, SC. **Arq Bras Cardiol** 2007; 89(5) : 319-324. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n5/07.pdf> Acesso em jul. 2010

GIROTTO, E. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família - DOI: 10.4025/actascihealthsci.v31i1.4492. **Acta Scientiarum. Health Science**, Brasil, 31 mai. 2009. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/4492/4492>. Acesso em Jul. 2010.

GUS et al. Prevalência, Reconhecimento e Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** - Volume 83, Nº 5, Novembro 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abc/v83n5/22137.pdf> Acesso em Ago 2010.

HOEPFNER, C; FRANCO, SC. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária à saúde. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 2, Aug. 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001200013&lng=en&nrm=iso Acesso em Ago. 2010

PASSOS et al. Estimativa de prevalência de hipertensão no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Volume 15 - Nº 1 - jan/mar de 2006. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a03.pdf> Acesso em Jun. 2010

PEIXOTO e cols. Circunferência da Cintura e Índice de Massa Corporal como Preditores da Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol** 2006; 87: 462-470. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n4/11.pdf> Acesso em Set. 2010.

PEREIRA, JC; BARRETO, SM; PASSOS, VMA. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. **Rev Panam Salud Publica**. 2009;25(6):491–8. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n6/v25n6a04.pdf> Acesso em Jul. 2010.

REZENDE e cols. Índice de Masa Corporal e Circunferência Abdominal: Associação com Fatores de Risco Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol** 2006; 87(6) : 728-734. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n6/08.pdf> Acesso em Set. 2010.

ROSÁRIO et al. Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobres – MT. **Arq Bras Cardiol** 2009; 93(6) : 672-678. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n6/18.pdf> Acesso em Jul. 2010.

ROSINI et al. Estudo de Prevalência e Multiplicidade de Fatores de Risco Cardiovascular em Hipertensos do Município de Brusque, SC. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, vol 86, n 03, Março, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v86n3/a10v86n3.pdf> Acesso em Jul 2010.

_____ et al. Prevalência de síndrome metabólica e estratificação de risco para DAC em pacientes hipertensos-tabagistas. **RBAC**, vol. 39(3): 223-226, 2007. Disponível em http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_39_03/rbac_39_3_14.pdf Acesso em Ago. 2010.

SAMPAIO et al. Estratificação do Risco Cardiovascular Global em Pacientes Atendidos numa Unidade de Saúde da Família (USF) de Maceió, Alagoas. **Rev Bras Cardiol**. 2010;1(1):51-60. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2010_01/a2010_v23_n01_05marcussampaio.pdf > Acesso em Jul. 2010.

SCHAAN, BD; HARZHEIM, E; GUS, I. Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, Aug. 2004 . Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000400008&lng=en&nrm=iso Acesso em Jul 2010.