

# A ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM ADULTOS DE MEIA-IDADE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ADSCRITOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Walter da Rocha Moutinho Neto<sup>1</sup>, Luciana de Oliveira Fumian Brasil(\*)<sup>2</sup>, Josyleide Ribeiro Dutra de Souza<sup>2</sup>, Sara Macedo Nuss<sup>2</sup>, Braulio Brasil de Almeida<sup>3</sup>, Gisele Simas dos Santos<sup>4</sup> & Arandir de Souza Carvalho<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Faculdade Santo Antônio de Pádua – FASAP, Pádua, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>2,4</sup> Universidade Iguazu – *Campus V*, Itaperuna, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Unida de Vitória – UNIDA, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

\*Autor para correspondência: lucianafumian@gmail.com

## RESUMO

A estratificação do risco cardiovascular pelo Escore de Framingham a todos os adultos hipertensos adscritos na Estratégia Saúde da Família deve ser concebido como item essencial ao processo de trabalho dos profissionais médicos e enfermeiros. O presente trabalho teve como objetivo a avaliação do risco cardiovascular dos clientes adultos de meia-idade com hipertensão arterial sistêmica adscritos na Estratégia Saúde da Família do Distrito de Ipituna, Município de São Sebastião do Alto. Foram pesquisadas também as faixas etárias de ambos os gêneros que apresentaram o risco mais elevado de um evento cardiovascular nos próximos dez anos assim como também a associação de alguns fatores de riscos e o desenvolvimento do evento cardiovascular. As bibliografias de maior relevância utilizadas foram manuais e informes técnicos do Ministério da Saúde (2006); Mendes (2010); Minas Gerais (2006). Trata-se de estudo epidemiológico descritivo com uma abordagem quantitativa exploratória. Os resultados obtidos demonstraram que a 38% do total dos sujeitos pesquisados apresentaram risco médio para um evento cardiovascular nos próximos dez anos com um predomínio geral do risco alto nos homens e do risco baixo nas mulheres.

**Palavra- chave:** Atenção Básica, hipertensão arterial, risco cardiovascular.

## ABSTRACT

The stratification of cardiovascular risk by the Framingham score to all ascribed hypertensive adults in the Family Health Strategy should be designed as an essential item to the work process of doctors and professional nurses. This study aimed to evaluate cardiovascular risk in middle-aged adult clients with hypertension ascribed in the Health Strategy Ipituna District Family, Municipality of Sao Sebastiao do Alto. They

were also surveyed age groups of both genders who had the highest risk of a cardiovascular event in the next ten years as well as the association of some risk factors and the development of cardiovascular events. The most relevant bibliographies were used manuals and technical reports of the Ministry of Health (2006); Mendes (2010); Minas Gerais (2006). Treatment is a descriptive epidemiological study with an exploratory quantitative approach. The results showed that 38% of all of the subjects had an average risk for a cardiovascular event in the next ten years with an overall prevalence of high risk in men and low-risk women.

**Keywords:** Primary, high blood pressure, cardiovascular risk.

## INTRODUÇÃO

No Brasil há cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, sendo que desse grupo 35% são pessoas compreendidas na faixa etária acima de 40 anos. E esse número é crescente. Seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial se constitui como sendo um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006c).

De acordo com o Ministério da Saúde (2013a), a mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial; cerca de 1.700.000 pessoas têm doença renal crônica (DRC), sendo o diabetes e a hipertensão arterial responsável por 62,1% do diagnóstico primário dos submetidos à hemodiálise.

Vários estudos populacionais demonstraram a importância do controle da hipertensão arterial para a redução da mortalidade e morbidade cardiovascular. A utilização de modernas tecnologias em relação aos medicamentos pouco tem cooperado para melhorar as taxas de controle da doença. Estima-se que apenas um terço da população hipertensa tenha sua pressão controlada. No Brasil são deficientes os dados concernentes à real prevalência da hipertensão arterial, sendo também deficientes as informações referentes ao grau de controle e tratamento (ROSARIO et al., 2009).

A Hipertensão arterial é definida pela persistência dos níveis da pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg, e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg. É considerada uma patologia que provoca sérias consequências no sistema cardiovascular e renovascular devido aos seus sinais e sintomas serem, muitas das vezes, silenciosos (MINAS GERAIS, 2013).

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica (2010) o momento da consulta clínica ao adulto com mais de 18 anos de idade é importante para a classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual.

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família se configura como principal modelo de reorganização assistencial tendo como objetivo o de “melhorar o estado de saúde da população mediante a construção de um modelo baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde”, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. No modelo em questão a atenção está centrada na família entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes de saúde, ligadas a este modelo, uma maior compreensão do processo saúde/doença e da necessidade de intervenção, que vão além de práticas curativas (FRANCO; MERHY, 2003).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) menciona que *“A Hipertensão arterial sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle sendo considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública.”*

A situação de saúde no Brasil se caracteriza por uma transição demográfica acelerada e por uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças. Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo às condições crônicas, em especial doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade (MENDES, 2012).

Diante da magnitude e dos sérios problemas relacionados à hipertensão arterial sistêmica, principalmente por se tratar de uma doença que representa correlações ao alto custo social na saúde mundial, torna-se necessário estratificar a população hipertensa quanto ao risco cardiovascular, a fim de promover uma melhor qualidade de vida para essa população e contribuir para o aprimoramento das políticas públicas voltadas ao controle desse agravo (LIMA, 2009).

## MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal, de abordagem quantitativa exploratória que será realizada na Unidade de Saúde da Família (USF) em Ipituna, 3º distrito de São Sebastião do Alto/RJ.

A equipe da Estratégia Saúde da Família (eSF) referida é composta dos seguintes profissionais: um médico, um enfermeiro, um auxiliar e/ou técnico de enfermagem, um cirurgião-dentista (CD), um auxiliar em saúde bucal (ASB) e 8 agentes comunitários de saúde (ACS).

A Estratégia Saúde da Família de Ipituna possui em seu cadastro no sistema de informação em saúde da atenção básica 2.810 pessoas num total de 803 famílias sendo um total de 466 hipertensos, sendo destes 275 do sexo masculino e 191 do sexo feminino.

A população de estudo é constituída por 466 clientes hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Ipituna, terceiro distrito do Município de São Sebastião do Alto e foi determinada segundo características peculiares pertinentes à pesquisa, utilizando como critério de inclusão, ter idade superior a 40 e menos de 60 anos, ser cadastrado na área de abrangência da equipe de saúde da família e voluntariar-se a participar da pesquisa.

Tal definição de critério de inclusão está relacionada à classificação do Ministério da Saúde para o indivíduo adulto de meia-idade, o vínculo da equipe com a população e a proteção da integridade física e moral do sujeito da pesquisa.

Como critérios de exclusão foram desconsiderados os adultos que residiam fora da área de abrangência da equipe de saúde da família presentes no momento da visita, os adultos cadastrados fora da faixa etária compreendida como adulto de meia-idade, gestantes, e também, o indivíduo que, no momento da pesquisa, negou-se a participar da mesma.

Os sujeitos da pesquisa que participaram deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE de acordo com a Resolução 466/2012, do Ministério da Saúde, referente ao estudo envolvendo seres humanos, o qual não apresentou riscos à saúde e à integridade física e moral dos participantes, pois se tratou de um estudo com objetivo de demonstrar a realidade epidemiológica e planejar ações de promoção, proteção e prevenção à saúde do adulto a fim de reduzir um evento cardiovascular nos próximos 10 anos.

A coleta de dados foi desenvolvida durante a jornada de trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família, por meio das visitas domiciliares do aluno junto aos Agentes Comunitários de Saúde das microáreas, nas quais os clientes adultos de meia-idade estão adscritos, no período compreendido entre os meses de junho a julho do ano de 2015.

Para isto a pesquisa partiu de um diagnóstico situacional com o levantamento epidemiológico do número de adultos de 40 a 59 anos cadastrados no sistema de informação da atenção básica com estratificação em relação ao gênero.

Para a realização da coleta de dados foi utilizado o instrumento adaptado por D'Agostinho et al. (2008) denominado "Escore de Framingham" revisado tanto para os sujeitos da pesquisa do sexo masculino quanto para os sujeitos do sexo feminino, levando em consideração algumas variáveis e para os quais há um ponto de corte e uma pontuação pré-estabelecida.

De acordo com Santos e Mendez (2014) o Escore de Risco de Framingham estima o risco absoluto de o indivíduo apresentar um evento cardiovascular em dez anos. Para o Escore de Framingham, o risco cardiovascular pode ser classificado em três categorias: baixo, moderado e alto. São considerados indivíduos de baixo risco cardiovascular aqueles que apresentam uma estimativa inferior a 10%, moderado os indivíduos com risco entre 10 e 20% e alto risco aqueles com estimativa superior a 20% em 10 anos.

Logo, foram pesquisadas, por meio da técnica de amostragem simples, uma amostra por conveniência de 100 pessoas acima de 18 anos de idade, as quais estão cadastradas no Programa Municipal de Controle da Hipertensão Arterial.

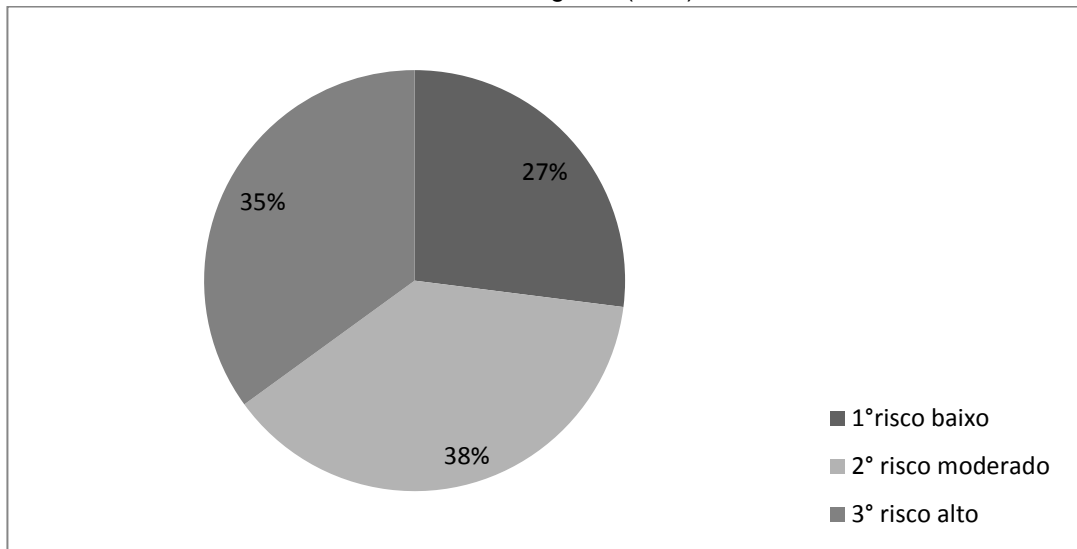
Após a aplicação do instrumento, o valor total obtido com o somatório da pontuação de cada variável foi utilizado para a realização da estimativa do risco cardiovascular de cada sujeito da pesquisa de forma isolada e diferencial a fim de utilizar a epidemiologia descritiva como instrumento de análise dos dados.

## **RESULTADO E DISCUSSÃO**

Os dados dessa pesquisa foram formatados por meio da epidemiologia descritiva estabelecida em forma de gráficos e foram executados por meio do programa EXCEL 2007.

Os dados foram obtidos a partir dos 100 sujeitos pesquisados para a estratificação do risco cardiovascular em adultos com idade entre 40 a 59 anos, segundo o Escore de Framingham, demonstrando, conforme gráfico 1, que 27% dos indivíduos pesquisados tinham risco baixo, 38% apresentaram risco moderado e 35% risco alto para ocorrência de evento coronariano.

**Gráfico 1.** Distribuição percentual de todos os indivíduos de acordo com risco absoluto de evento coronariano conforme os Escores de Risco de Framingham (ERF)

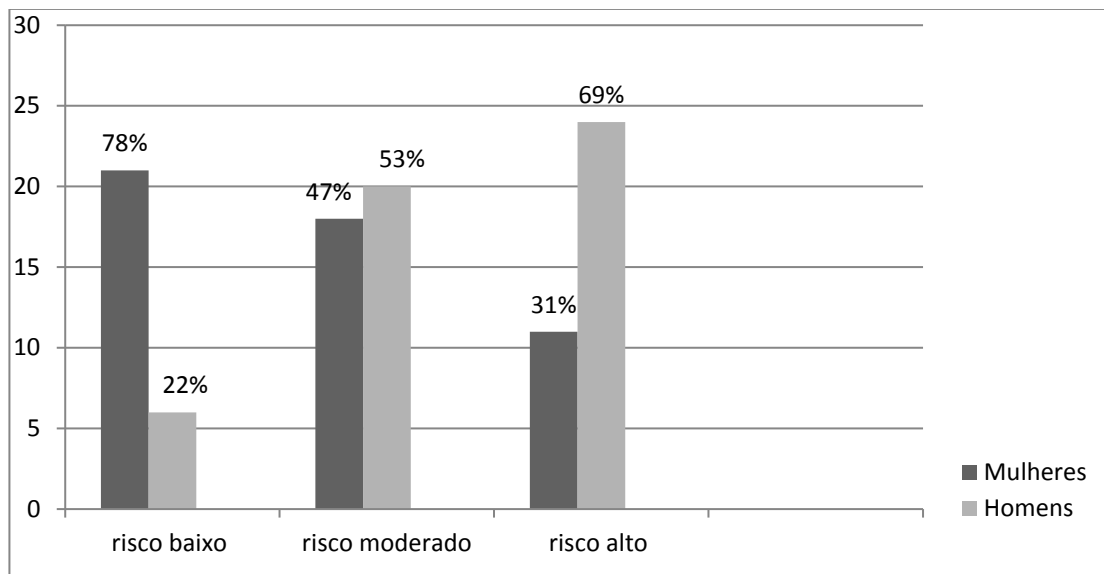


Fonte. Dados do autor

De acordo com a estratificação do risco cardiovascular global demonstrado no trabalho de Matos e Ladeia (2003), pode-se constatar que 35% da população adulta e hipertensa pesquisada apresentavam alto risco de desenvolver um evento coronariano em até dez anos; considerando a prevalência da idade média de 46,6 anos, o que ratifica os resultados encontrados nesta pesquisa.

O gráfico 2, demonstra que dos pacientes classificados como de baixo risco, 21 (78%) eram mulheres e 6 (22%) eram homens; no grupo de médio risco, 18 (47%) eram mulheres e 20 (53%) eram homens; no grupo de alto risco, 11 (31%) eram mulheres e 24 (69%) eram homens.

**Gráfico 2.** Distribuição percentual dos indivíduos por sexo, classificados em baixo risco, médio risco e alto risco para desenvolver evento coronariano em 10 anos.



Fonte. Dados do autor

Logo, percebe-se que há uma relevante diferença no que diz respeito ao grau de risco alto entre homens e mulheres, o que configura mais da metade dos sujeitos pesquisados (69%) sendo do sexo masculino.

Isso nos faz refletir acerca da saúde do homem como estratégia de política pública, uma vez que os clientes do sexo masculino não procuram frequentemente às unidades básicas de saúde para o acompanhamento da sua condição clínica. No entanto, apesar das pesquisas de modo geral demonstrarem maior prevalência da hipertensão arterial sistêmica no sexo masculino, tem ocorrido um aumento na prevalência da doença em mulheres (FERREIRA, 2015).

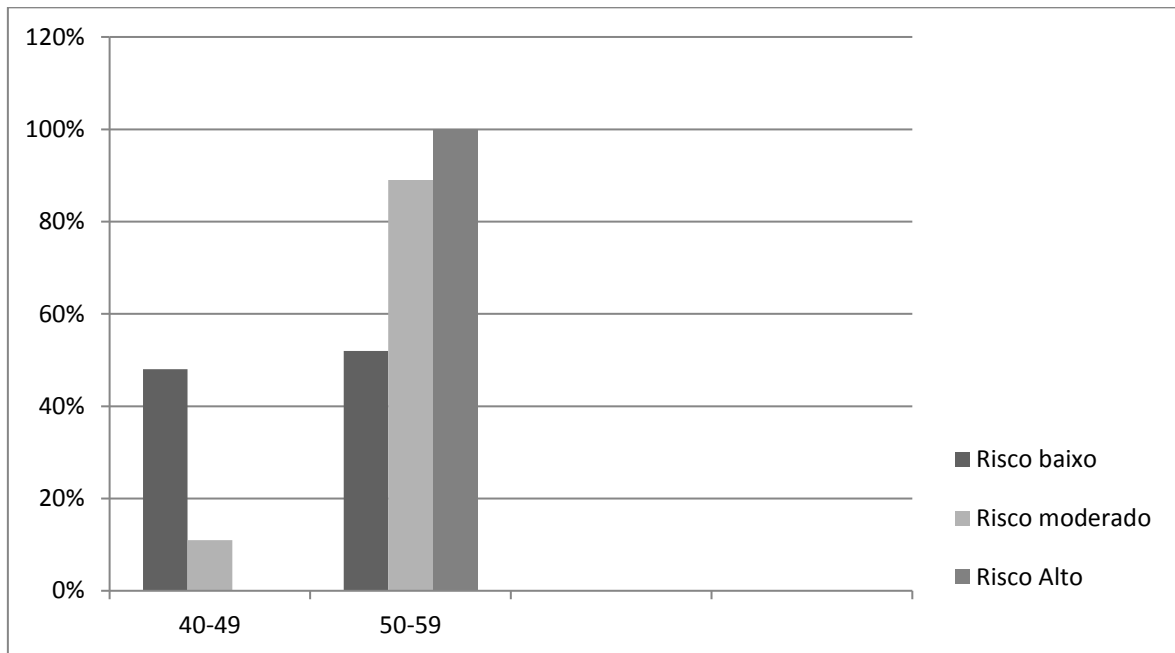
Uma das estratégias do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) para o conjunto de compromissos sanitários estabelecidos entre os gestores do SUS está a promoção integral da saúde do homem, como uma das prioridades elencadas do Pacto pela Vida.

O Ministério da Saúde recomenda como parte do processo de decisão terapêutica durante as consultas médicas e de enfermagem ao cliente com

hipertensão arterial sistêmica a realização e análise da estratificação de risco cardiovascular como elemento importante na longitudinalidade do cuidado à população deste grupo (BRASIL, 2006c).

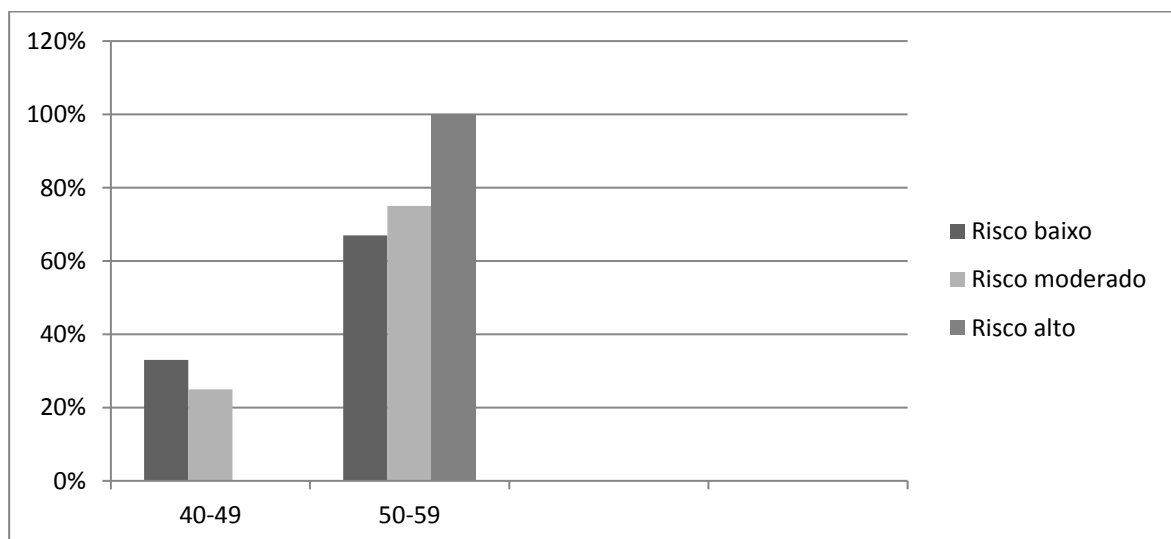
Ao analisar os dados contidos no gráfico 3 e 4, a pesquisa evidenciou que a faixa etária feminina e masculina mais vulnerável a eventos cardiovasculares está situada entre os 50 a 59 anos de idade, mostrando um total de 100% de clientes com risco aumentado nesta referida faixa etária.

**Gráfico 3.** Estratificação de risco segundo o Escore de framingham para o sexo feminino.



Fonte. Dados do autor

**Gráfico 4.** Estratificação de risco segundo o Escore de Framingham para o sexo masculino.



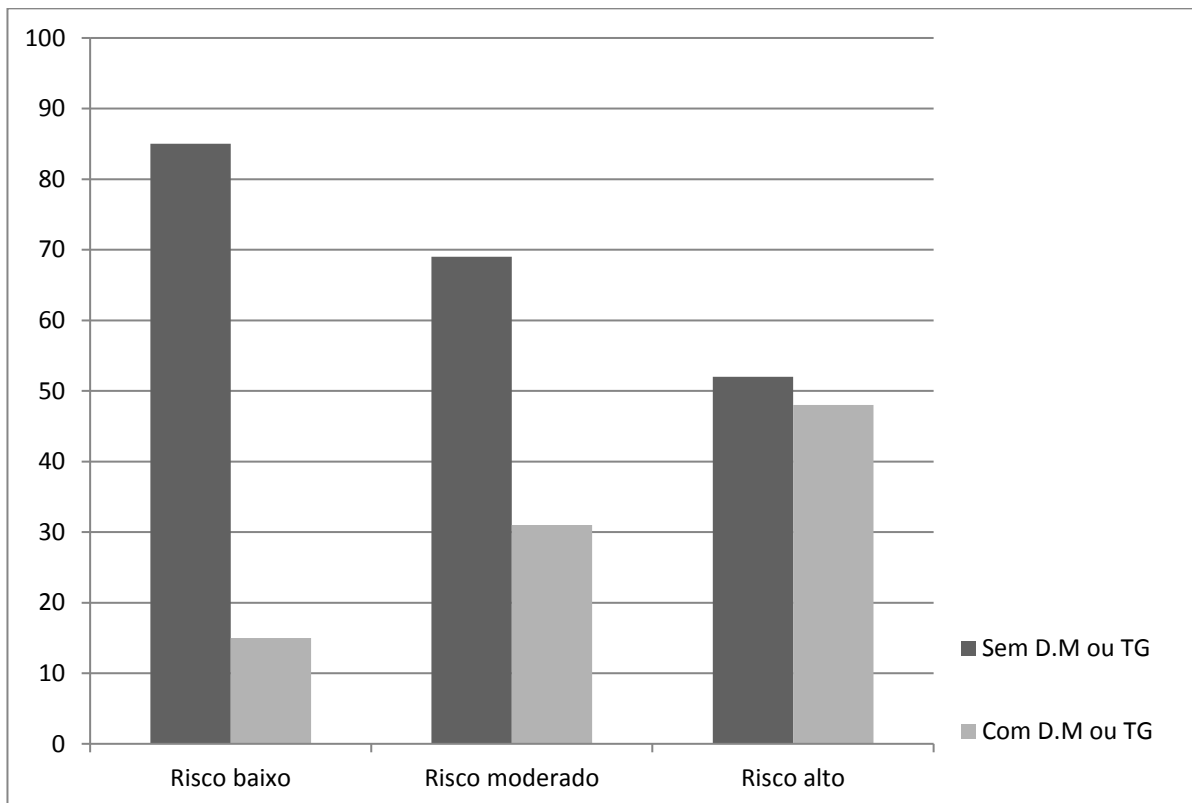
Fonte. Dados do autor



Os resultados obtidos através do Escore de Framingham evidenciam um quadro consternador com relação ao risco para doenças cardiovasculares dos clientes pesquisados, pois somente 11% das pessoas do estudo encontram-se nos padrões de risco cardiovascular considerado normal ou ótimo para a idade, já grande maioria, 89% estão com grau de risco acima destes valores (SILVA; CADE; MOLINA, 2012).

A associação com os fatores de risco como o diabetes e o tabagismo, demonstram que apenas 15% apresentaram baixo risco, 31% risco moderado e 48% alto risco, representando uma maior morbidade para as doenças cardiovasculares, conforme demonstrado através do gráfico 5.

**Gráfico 5.** Associação dos fatores de risco para desenvolver risco cardiovascular como tabagismo e diabetes.



Fonte. Dado do autor

Corroborando com a ideia Barreto (2006) a alta prevalência e agrupamento de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre hipertensos reforça a necessidade não só de evolução do diagnóstico e tratamento, como também da abordagem integral do perfil do risco dessa população. Considerando-se que o risco cardiovascular aumenta progressivamente com o número de fatores de risco

presentes, a distribuição desses fatores na população estudada caracteriza uma situação de maior risco para esses eventos.

A educação em saúde é um instrumento impactante de ação propulsora da qualidade de vida de uma população, pois possibilita a construção do conhecimento entre a população, oferecendo elementos estruturantes para a adoção de novos hábitos de vida (FREITAS, 2005).

## **CONCLUSÃO**

O presente estudo demonstrou a importância da realização do Escore de Framingham em adultos hipertensos adscritos na área de atuação de uma equipe de saúde da família a fim de avaliar a probabilidade de um evento cardiovascular nos próximos dez anos assim como ratificar a influência que alguns fatores de riscos possuem no aumento da prevalência das doenças cardiovasculares (D'AGOSTINO et al, 2008).

Os resultados reforçam estudos e hipóteses já realizadas por outros pesquisadores no tocante às ações de promoção e proteção à saúde assim como de prevenção e diagnóstico precoce com a finalidade de minorar os danos e as consequências advindas da hipertensão arterial sistêmica ( CADAVAL et al, 2009).

O objetivo geral nos proporcionou uma visão mais cristalina acerca da estimativa do risco cardiovascular entre os adultos de 40 a 59 anos de idade com hipertensão arterial sistêmica pesquisados e adscritos na Estratégia Saúde da Família de Ipituna do Município de São Sebastião do Alto de acordo com os critérios de Framingham, o que configurou um predomínio do risco moderado 38%.

Este fato proporciona a partir dos estratos e critérios para a estratificação da hipertensão arterial sistêmica quanto ao risco cardiovascular, segundo o Escore de Framingham, a confirmação da estimativa do risco cardiovascular neste grupo, a qual está entre 10% a 20% em 10 anos. Este panorama possibilita a reflexão da importância de se intensificar ações no nível primário de atenção à saúde em todos os pontos da rede a fim de que haja um planejamento estratégico situacional das ações e serviços realizados pela equipe de saúde da família aos adultos hipertensos adscritos (D'AGOSTINO et al, 2008).

Ao se analisar os dados primários coletados a fim de responder ao primeiro objetivo específico, este trabalho possibilitou também a construção do conhecimento quanto à prevalência da idade dos adultos pesquisados em relação ao gênero, o que demonstrou que os adultos, de ambos os gêneros, apresentaram uma estimativa maior em relação ao risco cardiovascular acima dos 50 anos de idade, sendo que esta faixa etária também, em ambos os gêneros, foi a que mais configurou risco médio.

É mister intensificar as ações de saúde pública voltadas aos pacientes com doenças e agravos não transmissíveis, como a hipertensão arterial sistêmica, objeto deste trabalho, a fim de que haja uma continuidade das ações e um aprofundamento do processo terapêutico ao longo do tempo entre o profissional de saúde e o usuário (ARAÚJO, 2004).

Logo, é de suma importância que a equipe de saúde da família planeje por meio de uma gestão compartilhada da atenção integral, ações e serviços aos hipertensos adscritos na área de abrangência, na qual a equipe de saúde da família tem responsabilidade sanitária, a fim de que estes atores sociais sejam informados sobre os fatores de riscos que contribuem para a elevação da pressão arterial associados a um maior risco cardiovascular e assim, se tornem coparticipes do processo do seu próprio cuidado, e possibilite a formulação de hipóteses que facilitem o trabalho de outros pesquisadores para que possam fazer análises semelhantes e contribuir para a construção do mesmo, uma vez que o tema abordado além de estar em permanente construção é reconhecido como um sério problema de saúde pública, com implicações epidemiológicas e repercussões sociais (ABRAHÃO, 2007).

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**. Niterói, v.03, n.01, p.01-03, jan-jun, 2007.

ARAÚJO, Lorena Aparecida de Oliveira; BACHION, Maria Márcia. **Programa Saúde da família**: perfil de idosos assistidos por uma equipe. Brasília, p.586, 2004. Disponível em <http://www.pmf.sc.gov.br>>Acesso em: 24 de abril de 2015.

BARRETO, Sandhi Maria; ASSIS, Tiago Duarte; PASSOS, Valeria Maria de Azeredo. Hipertensão Arterial no Brasil estimativa de prevalência a partir de base populacional. Brasília, revista Epidemiol. Serv. Saude, v.15, n. 1, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais, Pacto Pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006b.

BRASIL, Ministério da saúde. **Hipertensão arterial** sistêmica. Caderno de atenção básica nº15, Brasília, 2006 c.

CADAVAL, Ricardo; MARTINEZ, Jose Eduardo; MAZZOLI, Milena; BARROS, Renata; ALMEIDA, Fernando Antônio. **Avaliação do Risco coronariano em mulheres com lúpus eritematoso sistêmico**. São Paulo, revista Brasileira de Reumatologia, v. 49, n 6, p. 658- 669, 2009.

COSTA, Alinny Rodrigues Iama Juliana e Silva; MATOS, Ronivaldo Menegussi. **O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde**. São Paulo, p.379, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br>>acesso em: 07 de agosto de 2015.

D'Agostino RB, Vasan RS, Pencina MJ, et al. **General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care – The Framingham Heart Study**. Circulation. 2008; 117: 743-753.

DIRETRIZES. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, 2010, p 95(1 supl.1):1-51.

FERREIRA, Ricardo Corrêa; FIORINI, Vânia Maria Lopes; CRIVELARO, Everton. **Formação Profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente**. São Paulo, p.208, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br> >Acesso em: 20 de março de 2015.

FRANCO, T. B.; MERHY, Emerson E. **Programa de Saúde da Família, PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. In: Merhy, E.E.; Magalhães Jr, H.M.; Rimoli, J.; Franco, T.B. (Org). O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003, v. 1, p 55-124.

FREITAS, Maria de Lourdes de Assis; MANDÚ, Nei Teixeira. **Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras.** São Paulo, p.202, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br> Acesso em: 11 de Abril de 2015.

LIMA, Cassiano Abreu. **Hipertensão de difícil controle: impacto do estilo de vida no controle da hipertensão.** São Paulo, 2009, p.46. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 06 de agosto de 2015.

MATOS, Andre costa; LADEIRA, Ana Marice. **Avaliação de fatores de risco cardiovascular em uma comunidade rural da Bahia.** Bahia, revista Eletrônica e Saúde, v.81, n.3, p.291-296, 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica.** 3. ed. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2013. 204 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégia para o cuidado de pessoas com doenças crônicas. Hipertensão arterial.** Caderno nº37, Brasília, 2013a.

ROSARIO, Tania Maria; SCALA, Luiz Cesar Nazário; FRANCA, giovanny Vinicius de Araujo; PEREIRA, Márcia Regina Gomes; JARDIM, Paulo Cesar Brandão Veiga. **Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial no SUS em Nobre, Mato Grosso. Mato Grosso.** 2009, p.673. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 14 de agosto de 2015.

SILVA; Viviane Rossela; CADE, Nágela Valadão; MOLINA, Maria Del Carmem Bisi. **Risco coronário e fatores associados em hipertensos de uma unidade de saúde da família.** Rio de Janeiro, Revista enfermagem UERJ.RJ, v.20, n. 4, p. 439-444, 2012.