



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E CARDIOVASCULAR ADICIONAL DE INDIVÍDUOS HIPERTENSOS

SOCIODEMOGRAPHIC, CLINICAL AND ADDITIONAL CARDIOVASCULAR PROFILE OF HYPERTENSIVE INDIVIDUALS

PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO, CLÍNICO Y CARDIOVASCULAR ADICIONAL DE LAS PERSONAS HIPERTENSAS

Erica Toledo Mendonça¹, Ligiane Copati Almeida², Marilane de Oliveira Fani Amaro³, Tiago Ricardo Moreira⁴, Nádia Aparecida Soares Diogo⁵, Rita de Cássia Lanes Ribeiro⁶

RESUMO

Objetivo: identificar o perfil cardiovascular adicional, clínico e sociodemográfico de indivíduos com hipertensão arterial. **Método:** estudo descritivo, com a utilização de amostragem por conglomerado e em domicílio, cuja amostra contou com a participação de 143 indivíduos do município de Viçosa, MG. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo n° 048/2012/CEPSH. **Resultados:** observou-se maior prevalência de hipertensão entre indivíduos compreendidos na faixa etária menor que 60 anos, seguido pelo contingente com 71 anos ou mais; na variável sexo, 74,1% dos participantes eram do sexo feminino; 58% dos entrevistados eram aposentados e 70,56% dos entrevistados contidos na classificação com alto ou muito alto risco cardiovascular. **Conclusão:** o presente estudo evidenciou que a classificação de risco cardiovascular adicional se mostrou mais sensível ao categorizar e classificar os pacientes hipertensos que a classificação de risco cardiovascular de Framingham. **Descritores:** Saúde da Família; Fator de Risco; Hipertensão Arterial; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: identifying the additional cardiovascular, clinical and socio-demographic profile of individuals with hypertension. **Method:** a descriptive study, with the use of conglomerate sampling and in domicile, whose sample included the participation of 143 individuals in the municipality of Viçosa, MG. The research project was approved by the Research Ethics Committee, Protocol 048/2012/CEPSH. **Results:** there was a higher prevalence of hypertension among individuals understood in the age group lesser than 60 years old, followed by contingent with 71 years old or over; the variable gender, 74,1% of participants were female; 58% of respondents were retired and 70,56% of respondents contained in the classification with high or very high cardiovascular risk **Conclusion:** this study showed that the additional cardiovascular risk classification was more sensitive to categorize and classify hypertensive patients that classification of Framingham cardiovascular risk. **Descriptors:** Family Health; Risk factor; Arterial Hypertension; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: identificar el perfil cardiovascular adicional, clínico y socio-demográfico de las personas con hipertensión. **Método:** es un estudio descriptivo, con el uso de muestreo por conglomerados y en domicilio, cuya muestra contó con la participación de 143 personas en el municipio de Viçosa, MG. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación, el protocolo 048/2012/CEPSH. **Resultados:** se observó una mayor prevalencia de hipertensión entre las personas comprendidas en el grupo de edad de 60 años, seguido por el contingente con 71 años o más; la variable género, el 74,1% de los participantes eran mujeres; 58% de los encuestados eran jubilados y 70,56% de los encuestados que figuran en la tabla de posiciones con alto o muy alto riesgo cardiovascular. **Conclusión:** este estudio mostró que la clasificación de riesgo cardiovascular adicional fue más sensible para categorizar y clasificar a los pacientes hipertensos que la clasificación de riesgo cardiovascular de Framingham. **Descriptores:** Salud de la Familia; Factor de riesgo; Hipertensión; Enfermería.

¹Enfermeira, Professora, Curso de Enfermagem, Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa/UFV. Viçosa (MG), Brasil. Email: ericapoty@yahoo.com.br; ²Discente, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa/UFV. Viçosa (MG), Brasil. Email: ligiane.copati@gmail.com; ³Enfermeira, Professora, Curso de Enfermagem, Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa/UFV. Viçosa (MG), Brasil. Email: marilaneamaro@yahoo.com.br; ⁴Enfermeiro, Professor, Curso de Enfermagem, Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa/UFV. Viçosa (MG), Brasil. Email: tiago.ricardo@ufv.br; ⁵Enfermeira, Centro de Atenção à Saúde HIPERDIA, Prefeitura Municipal de Viçosa. Viçosa (MG), Brasil. Email: nadiasdiogo@gmail.com; ⁶Enfermeira, Docente, Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa/UFV. Viçosa (MG), Brasil. Email: rribeiro@ufv.br

INTRODUÇÃO

A sociedade brasileira vem vivenciando, ao longo dos últimos séculos, diversas transformações relativas aos aspectos socioculturais, à demografia e epidemiologia. Características essas herdadas da Revolução Industrial e que culminaram em significativas mudanças no perfil de morbimortalidade da população, ocasionando um crescimento e predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas o câncer e as doenças cardiovasculares.¹

A mudança no perfil de adoecimento da população culmina em elevados custos aos sistemas de saúde e à previdência social, oriundo das elevadas taxas de mortalidade e/ou invalidez precoces, e ainda, gastos com ações de prevenção, controle e intervenções, com o intuito de reparar complicações e sequelas.¹

Sabe-se que o número estimado de indivíduos com Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é de 23.000.000, sendo que a doença cardiovascular é responsável pelo ônus das maiores causas de morte no Brasil. Dentre os fatores de risco, que estão associados ao surgimento de um conjunto de agravos, estão o sedentarismo, a dislipidemia, a obesidade e o tabagismo.^{1,2} É inquestionável a importância da HA como fator de risco preponderante e diretamente associado às doenças cardiovasculares. Devido a sua elevada prevalência na sociedade esta doença é considerada como um problema de saúde pública no Brasil.³

A prevalência da HA em população de adultos com 40 anos ou mais atinge valores entre 40% a 50%, podendo alcançar escores mais elevados nos estratos etários acima de 60 anos. Trata-se de uma patologia que, muitas vezes mesmo assintomática, é responsável por originar complicações cardiovasculares, encefálicas, coronárias, renais e vasculares periféricas, e que quando associada ao DM aumenta consideravelmente as possíveis complicações.⁴

O grau da HA que pode levar a complicações cardiovasculares está intimamente associado ao desconhecimento do diagnóstico por grande parte da população, longo curso assintomático, repercussão danosa sobre a função cardiovascular e renal, e por fim, complicações em órgãos alvo devido à presença de trombos e inflamações.²

No entanto, o Ministério da Saúde considera que tão importante quanto o diagnóstico da HA é a avaliação do indivíduo

quanto ao risco cardiovascular, cerebral e renal. A classificação da HA pode se dar em três níveis de risco para desenvolvimento de eventos cardiovasculares maiores, que são: baixo, médio e alto.¹

Seus principais fatores de risco são: tabagismo, hipercolesterolemia (LDL-c elevado), homem com mais de 45 anos e mulher com mais de 55 anos, HA, DM, obesidade (IMC maior ou igual a 30 kg/m²), gordura abdominal, sedentarismo, dieta pobre em frutas e vegetais, estresse psicossocial e história familiar de doença cardiovascular prematura (familiar de 1º grau, sexo masculino menor que 55 anos e feminino menor que 65 anos). Indivíduos que apresentam nove desses fatores possuem quase que 90% de chances de desenvolver a doença.⁵

Tem-se sugerido também como marcadores de risco adicional, glicemia de jejum (100 a 125 mg/dL) e hemoglobina glicada fora dos padrões de anormalidade, obesidade abdominal (circunferência da cintura >102 cm para homens e > 88 cm para mulheres), pressão de pulso > 65 mmHg (em idosos), história de pré-eclâmpsia na gestação, história familiar de hipertensão arterial (em hipertensos limitótrofos).⁶

A estratificação de risco baseia-se ainda na obtenção de um exame clínico focalizado em manifestações de aterosclerose. Alguns achados no exame clínico podem ser indicativos de alto risco (infarto do miocárdio prévio, acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório prévio, doença aneurismática da aorta, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca congestiva de etiologia isquêmica, angina de peito, doença renal crônica). Para se classificar o indivíduo quanto ao grau de risco ao qual pertence faz-se necessário também a utilização de exames complementares sempre que o indivíduo apontar para grau de risco intermediário a alto.⁵

Logo, para se obter a decisão terapêutica quanto ao risco cardiovascular o profissional deverá se atentar para presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida.^{5,6}

O objetivo de se avaliar o risco cardiovascular se dá com o intuito de se traçarem esforços para prevenção de novos eventos cardiovasculares; para tal os portadores serão orientados e atendidos de forma mais global, sendo avaliados não somente fatores de risco isolados, como pressão arterial, mas também outros fatores, estimado pelo risco absoluto de cada indivíduo. Sendo assim, o cenário da

intervenção é: quanto maior o risco, maior o potencial de benefício de uma intervenção terapêutica ou preventiva.^{5,7}

No Brasil, o alicerce estruturante das ações de atenção primária em saúde centra-se na Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo esta responsável por desenvolver atividades de prevenção de agravos e promoção da saúde visando uma assistência efetiva e contínua. Porém, indivíduos portadores de risco cardiovascular ainda possuem um perfil desconhecido, o que dificulta o desenvolvimento de ações nesse âmbito de cuidados em saúde. Dessa forma, o estabelecimento de metas e propostas a nível individual e populacional a fim de diagnosticar e prevenir agravos cardiovasculares no grupo referido fica dificultado.⁸

Sob essa perspectiva, a promoção da saúde deve ser uma estratégia utilizada a fim de proporcionar visibilidade à população de risco, verificando quais fatores condicionantes e determinantes de adoecimento devem ser objetos de intervenção por parte da equipe de saúde. Tais ações devem objetivar o cuidado singular, considerando as necessidades de cada indivíduo, viabilizando um cuidado que mais se aproxime da integralidade.^{1,5,9}

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo identificar o perfil cardiovascular adicional, clínico e sociodemográfico em indivíduos com hipertensão arterial.

METODOLOGIA

Estudo descritivo em uma amostra de pacientes hipertensos acompanhados pelas Equipes de Saúde da Família do município de Viçosa, MG. Os dados foram coletados através de questionários aplicados nos domicílios.

Segundo dados do *Sistema de Informação em Atenção Básica* (SIAB) do município, em julho de 2011, estavam cadastrados 5881 hipertensos.¹⁰ Essas informações foram usadas para o cálculo do tamanho da amostra necessário para o desenvolvimento do estudo. Aceitou-se um erro (d) de 5,0 pontos percentuais, em um nível de confiança de 95% e adotou-se a estimativa de 90% de pacientes em acompanhamento pelas equipes de PSF. Com esses parâmetros, chegou-se a uma amostra de 135 pacientes hipertensos. Questões de tempo e de custo para o desenvolvimento das entrevistas foram relevantes nesse cálculo. Considerou-se que, como as entrevistas seriam realizadas durante

o dia, poderia haver uma importante perda por ausência do entrevistado e, então, acrescentou-se 20% ao tamanho original, o que resultou no tamanho final da amostra de 162 pacientes hipertensos. No entanto, o estudo contou com a amostra de 143 indivíduos, pois os demais não se encontravam no domicílio no período diurno.

Para seleção dos entrevistados foi utilizada a amostragem por conglomerado. A primeira unidade de conglomerado foi a ESF, a segunda unidade os Agentes comunitários de Saúde (ACS) e por último a casa dos pacientes com HA cadastrados e acompanhados pela ESF. Foi realizado um sorteio para escolha de sete equipes de um total de 15 do município. Para cada equipe selecionada um ACS foi escolhido para seleção dos pacientes hipertensos. A seleção dos entrevistados ocorreu de forma sistemática de acordo com a ordem da família no cadastro do SIAB. Se uma família apresentasse mais de um paciente com hipertensão seria realizado um sorteio para a escolha de qual membro seria entrevistado.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário pré-codificado, elaborado a partir da ficha de cadastramento do sistema HIPERDIA¹¹ e por Cotta et al.¹² Para testar este instrumento, foi realizado um pré-teste, em uma unidade básica de saúde do município de Viçosa, no mês de fevereiro de 2012, com posteriores ajustes do questionário e construção de um manual de preenchimento para nortear os pesquisadores durante a coleta dos dados.

O questionário foi composto por informações socioeconômicas e demográficas, questões relacionadas à saúde, acesso e satisfação dos usuários para com os serviços de saúde. Foi analisado também o nível pressórico atual, a circunferência da cintura e quadril, peso e altura referida e glicemia.

Para classificação dos indivíduos quanto ao grau de risco cardiovascular adicional ao qual estão inseridos, foram analisados dados relativos ao número de fatores de risco, número de lesão em órgãos alvo e grau de HA. O grau de HA foi classificado conforme critérios estabelecidos pela VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1. Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos).

Classificação*	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limitrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

*Quando as pressões sistólica e diastólica de um paciente situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.
Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.

Tabela 2. Estratificação de risco individual do paciente hipertenso: risco cardiovascular adicional de acordo com os níveis de pressão arterial e a presença de fatores de risco, lesões em órgãos-alvo e doença cardiovascular.

Fatores de risco	Pressão Arterial*				
	Normal	Limitrofe	Hipertensão estágio 1	Hipertensão estágio 2	Hipertensão estágio 3
Sem fator de risco	Sem risco adicional		Risco baixo	Risco médio	Risco alto
1 a 2 fatores de risco	Risco baixo	Risco baixo	Risco médio	Risco médio	Risco muito alto
3 ou mais fatores de risco ou lesão de órgão-alvo ou diabetes mellitus	Risco médio	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
Doença cardiovascular	Risco alto	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

*Quando as pressões sistólica e diastólica de um paciente situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.
Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.

Os critérios utilizados como fatores de risco cardiovascular foram: antecedentes familiares cardiovasculares; diabetes (tipo 1, tipo 2 ou diabetes e não sabe o tipo); idades acima de 60 anos; tabagismo; relação cintura quadril aumentada; dislipidemia; e ainda, presença de infarto agudo do miocárdio; presença de outras coronariopatias e doença renal.

Com a totalidade dos dados coletados, construiu-se o banco de dados no Excel 2007. Posteriormente, foi realizada a análise descritiva e estratificada dos dados com o software EPI INFO 7.0.

O presente estudo está vinculado ao projeto de extensão interface com pesquisa intitulado: *"Promoção da saúde e prevenção de agravos em lesões cutâneas em pacientes diabéticos no centro de atenção secundária (HIPERDIA) no município de Viçosa, MG: uma proposta de interlocução entre extensão e pesquisa"*, e a realização da pesquisa foi realizada mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (UFV), protocolo n° 048/2012/CEPSH.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo obteve-se como amostra o total de 143 indivíduos. Para melhor compreensão das variáveis a serem discutidas fragmentaram-se os achados em

duas seções, sendo elas: perfil sociodemográfico e perfil clínico e risco cardiovascular dos usuários hipertensos.

♦ Características sociodemográficas dos participantes

Ao analisar os conteúdos relativos ao aspecto sociodemográfico, apresentados na Tabela 3, obteve-se, na variável sexo, 74,1% do sexo feminino. Dados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado com hipertensos e/ou diabéticos no município de Teixeira-MG, revelando predominância deste sexo em 74,4%¹². Estudos realizados com hipertensos na cidade de Formiga-MG e em Salvador-BA, encontrou valores de 53,6% e 87,8% respectivamente^{13,14}. Essa predominância é justificada por diversos autores devido à maior busca das mulheres pelos serviços de saúde, e à concepção de cuidado que é intrínseco a este gênero.^{13,15}

Tais resultados podem ser justificados ao se analisar dados relativos ao status ocupacional, em que um número significativo dos entrevistados são aposentados (58%) e se associado às faixas etárias estudadas, temos a prevalência de: 37,1% com idade inferior a sessenta anos e 36,4% com setenta anos ou mais, o que pode ser explicado pelo fato das mulheres se aposentarem mais precocemente que os homens. Os resultados obtidos podem também ser atribuídos aos papéis de

cuidadoras do lar, ainda comumente empregado a elas.

Observou-se maior prevalência de hipertensão entre indivíduos compreendidos na faixa etária com menos de 60 anos, seguido pelo contingente com 71 anos ou mais. Segundo dados da VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão, cerca de 7,6 milhões de pessoas morrem por ano devido à hipertensão, das quais, 80% das mortes se dão em países em desenvolvimento, sendo que a faixa etária mais prevalente são os que possuem entre 45 e 69 anos ⁶.

No aspecto relativo à faixa etária, 37,1% possuem menos que 60 anos, e 36,4 % estão inclusos na faixa etária entre 71 anos ou mais. Ao avaliar aspectos relativos à situação familiar, observou-se que o maior contingente, 28%, está disposto no convívio familiar em que se mantêm laços conjugais e

filhos, sendo que 23,1% dos entrevistados convivem com companheiro com laços conjugais e sem filhos.

Na análise da variável religião, observou-se que 79,7% dos entrevistados pertencem à religião Católica e 19,6% à Evangélica/Protestante. Quanto à escolaridade, 53,3% possuem ensino fundamental incompleto.

Em relação à escolaridade, 125 usuários totalizam o grupo de baixa escolaridade, uma vez que 22,5% não sabem ler e escrever; 12,05 são alfabetizados e 53,5% cursaram o ensino fundamental incompleto. Estudos demonstram que indivíduos que possuem essas variáveis mais elevadas corroboram com efeito protetor para a hipertensão arterial. ¹⁶

Tabela 3. Distribuição das variáveis sociodemográficas em pacientes hipertensos cadastrados na ESF de Viçosa-MG.

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	106	74,1%
Masculino	37	25,9%
Faixa Etária		
Menor de 60 anos	53	37,1%
60-70	38	26,6%
71 ou +	52	36,4%
Cor		
Branca	38	26,6%
Preta	48	33,6%
Amarela	13	9,1%
Parda	39	27,3%
Ignorado	5	3,5%
Situação Familiar		
Convive c/ companheira(o) e filho(s)	49	28%
Convive c/ companheira(o) c/ laços conjugais e s/ filhos	33	23,1%
Convive c/ companheira(o), filhos e/ou outros familiares	18	12,6%
Convive c/ familiares, sem companheira(o)	33	23,1%
Convive c/ outra(s) pessoa(s), sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais	4	2,8%
Vive só	15	10,5%
Religião		
Católica	114	79,7%
Espírita	1	0,7%
Protestante/Evangélica	28	19,6%
Escolaridade		
Não sabe ler e escrever	32	22,5%
Alfabetizado	17	12,0%
Fundamental incompleto	76	53,5%
Fundamental completo	06	4,2%
Médio incompleto	3	2,1%
Médio completo	7	4,9%
Especialização/residência	1	0,7%
Status ocupacional		
Aposentado	83	58,0%
Desempregado	35	24,5%
Em auxílio doença	04	2,8%
Empregado	08	5,6%
Empregador	01	0,7%

◆ **Perfil clínico**

Ao analisar variáveis contidas no perfil clínico observou-se que a circunferência da cintura estava aumentada em 90,9%; e a relação cintura/quadril aumentada esteve presente em 32,2% dos entrevistados. Achados deste estudo são semelhantes aos encontrados em estudo realizado com hipertensos acompanhados em unidades ambulatoriais na cidade de São Paulo ¹⁷, onde constatou-se que 80,6% dos homens apresentaram valores maiores que 94 cm e que 94,9% das mulheres possuíam valores maiores que 80 cm para o quesito medida da cintura (Tabela 4).

Ao se analisar a medida da RCQ obteve-se que 44,4% dos homens apresentaram valores maiores ou iguais a 1,0, e 82,1% das mulheres tiveram RCQ maior ou igual a 0,85. Uma pesquisa realizada com mulheres idosas de São Paulo constatou que alterações nos valores de RCQ e circunferência da cintura elevadas (> que 88 cm para mulheres e > que 102 cm em homens), aumentam em 83% as chances de desenvolver doenças cardiovasculares ¹⁶. Ainda em consonância com outros estudos, tem-se que a obesidade aumenta em 2,2 vezes as chances de se desenvolver hipertensão, sendo, portanto um reconhecido fator de risco para o desenvolvimento de doenças do aparelho circulatório e de DM ^{13,16,17}.

No que tange à variável presença de doença cardíaca, 28,7% dos indivíduos apresentavam a patologia supracitada, e ainda que 45,5% relataram ser diabéticos. Ao se avaliar o grau de hipertensão dos entrevistados notou-se que 34,5% são pertencentes à HAS grau 1; 15,5% grau 2 e 14,8% grau 3, totalizando 64,3% dos entrevistados são hipertensos apresentando níveis pressóricos descontrolados e 46,4% pertencendo ao grupo de hipertensos com níveis pressóricos ótimos ou limítrofe, graças a terapêutica adotada. As VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão ⁶ preconizam quanto à necessidade da estratificação correta dos indivíduos, conforme as patologias e grau de hipertensão apresentados para que assim os serviços de saúde sejam capazes de detectar lesões e classificar o risco cardiovascular de forma equânime e singular.

Ao interpolar dados da variável em que analisa a presença de risco cardiovascular e a sua classificação conforme potencialidade para que o indivíduo desenvolva doenças cardiovasculares, encontrou-se um percentual total de 70,56% dos entrevistados contidos na classificação com alto ou muito alto risco cardiovascular.

Tabela 4. Distribuição dos fatores de risco cardiovascular em pacientes hipertensos cadastrados na ESF de Viçosa-MG.

Variável	n	%
Circunferência da cintura aumentada		
Sim	130	90,9%
Não	13	9,1%
Relação cintura/Quadril aumentada		
Sim	46	32,2%
Não	97	67,8%
Doença cardíaca		
Sim	41	28,7%
Não	102	71,3%
Obesidade		
Sim	101	73,2%
Não	37	26,8%
Tabagismo		
Sim	16	12,2%
Não	127	88,8%
Etilismo		
Sim	21	14,7%
Não	122	85,3%
DM		
Sim	65	45,5%
Não	78	54,5%
Grau de Hipertensão		
Ótima/normal	33	23,2%
Limítrofe	17	23,2%
HAS Grau 1	49	34,5%
HAS Grau 2	22	15,5%
HAS Grau 3	21	14,8%
Risco cardiovascular		
Sem risco adicional	1	0,69%
Risco baixo	12	8,39%
Risco médio	29	20,27%
Risco alto	58	40,5%
Risco muito alto	43	30,06%

Diante dos dados expostos, depreende-se o papel estratégico da ESF no planejamento e implementação de ações que visem a redução do impacto das doenças crônicas, em especial a hipertensão arterial, visando a diminuição da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida dos portadores, por ser este nível de assistência à saúde o contato preferencial dos usuários e a principal “porta de entrada” ao serviço de saúde. Ademais, a promoção de estilos de vida mais saudáveis podem ser estabelecidos, visando uma redução dos fatores de riscos responsáveis pelo aumento da prevalência das doenças crônicas e seus agravos.¹⁸

CONCLUSÃO

A classificação de risco cardiovascular adicional se mostrou mais sensível ao categorizar e classificar os pacientes hipertensos que a classificação de risco cardiovascular de Framingham. Como fragilidade do estudo, pode-se relatar que para classificação do indivíduo quanto ao grau de risco cardiovascular em alto ou muito alto, não se utilizou de análises de exames complementares conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, devido a questões operacionais ou a não realização destes.

Mesmo quando há efetivos serviços de Saúde, em que são capazes de promover a resolutividade das doenças apresentadas pela população por meio do atendimento integral e do trabalho interdisciplinar e multiprofissional ao atendimento que é requerido, muitas vezes inexistem devido a não articulação dos serviços de referência e contra-referência, o que por diversas vezes constitui uma barreira intransponível, refletindo na fragmentação do atendimento e por consequência na ineficiência do tratamento.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o apoio financeiro recebido da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig) e à Universidade Federal de Viçosa.

REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde [Internet]. Brasília (DF) 2006. [cited 2012 Apr 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
- 2- Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (ES). Diretrizes clínicas de Hipertensão e Diabetes [Internet]. Vitória (ES) 2008. [cited 2012 June 06]. Available from:

http://www.saude.es.gov.br/download/34698_HIPERTENSO_DIABETES_MIOLO.pdf

- 3- Rosa TEC, Bersusa AAS, Mondini L, Saldiva SRDM, Nascimento PR, Venancio SI. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. Rev bras epidemiol [Internet]. 2009 June [cited 2012 Oct 21];12(2):158-71. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000200006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000200006>.
- 3- Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabete e hipertensão arterial. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2004 Dec [cited 2012 Apr 15];9(4):885-95. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400010>.
- 4- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais [Internet]. Brasília (DF) 2006 [cited 2012 Apr 15]. Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bcad14.pdf>
- 5- Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão [Internet]. 2010. Jan-Mar [cited 2012 Apr 15];17(1):[about 5 p.]. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf
- 6- Organização Pan-Americana da Saúde. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes [Internet]. Brasília (DF) Organização Pan-Americana da Saúde 2010. [cited 2012 June 06]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf
- 7- Sampaio MR, Melo MBO, Wanderley MSA. Estratificação do Risco Cardiovascular Global em pacientes atendidos numa Unidade de Saúde da Família (USF) de Maceió, Alagoas. Rev Bras Cardiol. 2010;23(1):47-56. [cited 2012 Aug 11]. Available from: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2010_01/a2010_v23_n01_05marcussampaio.pdf
- 8- Bezerra CTS. Risco Cardiovascular Global na clientela registrada no Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), em João Pessoa [Internet]. [cited 2012 June 06]. João Pessoa, Brasil. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde - CCS/ Universidade

- Federal da Paraíba. João Pessoa-PB. 2008; 87 p. Available from: <http://www.ccs.ufpb.br/ppgeold/dissertacoes2008/dissertacaocleanetoscano.pdf>
- 9- Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação da Atenção Básica - Cadastro Familiar [Internet]. [cited 2012 Jan 18]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFmg.def>
- 10- Ministério da Saúde (BR). Plano de Reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Ficha de Cadastro de Hipertenso e/ou Diabético [Internet]. Brasília (DF) 2002. [cited 2012 Jan 18]. Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>
- 11- Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FAF et al. Perfil sociossanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2009 Aug [cited 2012 Jan 15];14(4):1251-1260. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400031&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400031>.
- 12- Castro RAA, Moncau JEC, Marcopito LF. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Formiga, MG. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2007 Mar [cited 2012 Feb 10];88(3):334-339. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000300013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007000300013>.
- 13- Trindade FT, Antunes HS, Souza NS, Menezes TMO, Cruz CMS. Perfil clínico, social e motivos de faltas em consultas de hipertensos e/ou diabéticos. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 Apr/June [cited 2012 Feb 10];15(2):496-505. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.16909>.
- 14- Moreira TMM, Gomes EB, Santos JC. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus [Internet]. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2010 Dec [cited 2013 Jan 12];31(4):662-669. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000400008>.
- 15- Oliveira SMJV, Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Pierin AMG. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. Texto contexto- enferm

- [Internet]. 2008 Apr-June [cited 2012 Feb 10];17(2):241-9. Available from: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDOI/3854/art_OLIVEIRA_Hipertensao_arte_rial_referida_em_mulheres_idosas_prevalencia_2008.pdf?sequence=1
- 16- Cavallari E, Nogueira MS, Hayashida M, Cesarino CB, Alves LMM, Fava SMCL. Fatores relacionados aos níveis pressóricos de indivíduos hipertensos em seguimento ambulatorial. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2012 July-Sept [cited 2013 Dec 17];14(3):603-9. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a17.pdf
- 17- Carvalho AM, Santos IVB dos, Almeida CA de et al. Dialogando sobre o sistema único de saúde com a comunidade: um relato de experiência no contexto da educação em saúde [Internet]. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 Feb [cited 2013 Dec 17];8(2):478-83. Available from: [file:///C:/Users/Erica/Downloads/5472-52594-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Erica/Downloads/5472-52594-1-PB%20(1).pdf)

Submissão: 13/06/2014

Aceito: 11/10/2015

Publicado: 01/12/2015

Correspondência

Erica Toledo de Mendonça
Universidade Federal de Viçosa
Departamento de Medicina e Enfermagem
Rua Carlos Socias Schottfeldt, 31, Ap. 506,
Bairro Clélia Bernardes
CEP 36570000 – Viçosa (MG), Brasil