

ANÁLISE DE RISCO CARDIOVASCULAR EM HIPERTENSOS ADSCRITOS A UMA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA¹

Evelise Moraes Berlezi²
Rodolfo Herberto Schneider³

Resumo

O objetivo do presente estudo foi verificar o risco cardiovascular de uma população de hipertensos de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. A amostra foi constituída por 130 sujeitos selecionados de forma sistemática, com idade superior a 20 anos. As variáveis foram dados sociodemográficos e fatores de risco, coletados por meio de entrevista, exames físicos e laboratoriais. Em relação aos resultados destaca-se: população de baixa renda e baixa escolaridade; 94,6% dos participantes não estão com os níveis de pressão arterial controlados; a obesidade, estresse e dislipidemia são os principais fatores de risco. Houve associação estatística entre fatores de risco e idade, estágios de pressão arterial e renda. A população do estudo apresenta elevado risco cardiovascular, tendo em vista o não controle dos níveis de pressão arterial e interação de fatores de risco modificáveis. Os dados reforçam a necessidade de estratégias não medicamentosas para reduzir o risco cardiovascular, considerando aspectos individuais, sociais e econômicos da população-alvo.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares. Hipertensão arterial sistêmica. Fatores de risco. Unidade de Estratégia de Saúde da Família.

Analysis of Cardiovascular Risk in hypertensive ascribed to a Strategy Unit Family Health

Abstract

The objective of the study was to check the cardiovascular risk of a hypertensive population of a strategy unit family health. The sample was composed of 130 subject selected systematically among those aged over 20 years. Variables were: socio-demographic data and risk factors; collected through the interview, physical examinations and laboratory. The highlights: low-income and low education; 94,6% of the subject are not with the levels of blood pressure monitored; obesity, stress and dislipidemic are the main risk factors. There was association between statistical risk factors and age, stages of blood pressure and income. The subjects of the study have got high cardiovascular risk, in view of the non - control levels of blood pressure and interaction of modifiable risk factors. The data reinforce the need of non-medicinal strategies to reduce the cardiovascular risk, considering individual aspects, social and economic of the target population.

Keywords: Cardiovascular diseases. Systemic high blood pressure. Risk factors. Strategy Unit Family Health.

¹ Este artigo foi elaborado com base na tese de Doutorado intitulada “Estudo de Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares em Indivíduos Hipertensos Adscritos a uma Unidade de Saúde da Família”, apresentada ao programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da PUCRS.

² Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí. Doutora em Gerontologia Biomédica. Autora da tese. Rua do Comércio, 3000. Bairro Universitário, CEP. 98700-000 Ijuí/RS. Fone para contato: (55) 3332 0460 comercial ou (55) 3333-3883 residencial. E-mail: evelise@unijui.edu.br

³ Médico, docente do Programa de Pós-graduação em Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS. Doutor em Ciências Médicas. Orientador da tese. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Av. Ipiranga, 6690, 3º andar. Porto Alegre – RS – Brasil. CEP 90610-000. Fone: (51) 3336.8153 / 3320.3000 Ramal 2590. E-mail: Rodolfo.schneider@pucrs.br

Ao longo dos dois últimos séculos, em decorrência da revolução tecnológica e industrial, as consequências econômicas e sociais deste processo resultaram em uma mudança no perfil de morbimortalidade da população, com predomínio de doenças e mortes devido às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), dentre elas o câncer e as moléstias cardiovasculares. O montante dos eventos gerados pelas DCNTs produz elevados custos ao sistema de saúde e à Previdência Social devido à mortalidade e à invalidez precoce, e, sobretudo, para a sociedade, as famílias e as pessoas portadoras destas doenças (Brasil, 2006).

De acordo com dados do Ministério da Saúde do Brasil (2006), as doenças circulatórias são responsáveis por impacto expressivo na mortalidade da população brasileira, correspondendo a 32% dos óbitos em 2002, o equivalente a 267.496 mortes. O infarto agudo do miocárdio e a doença cerebrovascular representam, atualmente, no Brasil a maior causa de morte e têm na hipertensão arterial sistêmica (HAS) o fator de risco de maior expressão para o seu desenvolvimento, sendo esta responsável por mais de 50% dos óbitos por acidentes vasculares cerebrais e doença coronária.

Segundo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (2001) a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma entidade clínica multifatorial, conceituada como síndrome e caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados. Esses níveis tensionais estão associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíacas e vasculares).

Para Moriguchi e Vieira (2000), a expressão fator de risco define as características que, quando encontradas em indivíduos saudáveis, estão associadas de forma independente à manifestação subsequente de uma determinada doença. Podem ser modificáveis, como o estilo de vida ou características bioquímicas, e não modificáveis, como idade, sexo e história pessoal e familiar de doença coronariana.

De acordo com Lessa (2004), o número estimado de hipertensos e diabéticos – fatores potencialmente controláveis – na população brasileira chega a 23 milhões, todavia com perspectivas reais de cresci-

mento nos próximos anos em virtude de dois aspectos primordiais: o envelhecimento populacional e a persistência das políticas de saúde do país de optar pela medicina curativa.

Ainda segundo Lessa (2004), o número elevado de hipertensos na população brasileira constitui um sério problema de saúde pública, agravado pelas diferenças sociais, econômicas, culturais e étnicas próprias do país. Se por um lado há situações de dificuldades de acesso aos serviços de saúde, por outro as equipes de saúde encontram-se despreparadas para o manejo adequado desta entidade clínica, e enfrentando obstáculos para planejar e pôr em prática estratégias de controle desta doença.

No panorama epidemiológico e social as previsões futuras para o Brasil em relação às DCNTs, principalmente a HAS, até o momento são ameaçadoras. As políticas de saúde do país persistem em optar pela medicina curativa, pelo atendimento e tratamento das DCNTs em serviços de urgência, emergência ou sob hospitalização. O custo elevado dessas opções não favorece as mudanças desejáveis. Este é um aspecto conhecido daqueles que lidam com DCNTs, dependente de burocracia e de difícil resolução, impedindo a prática da proteção e promoção da saúde, mesmo que se tenha incorporado essa ideia nos programas oficiais para tais doenças em períodos governamentais sucessivos desde a década de 80 (Lessa, 2004).

Neste universo, a estratégia dos Programas de Saúde da Família, instituída pelo governo federal em 1994, teve como objetivo ampliar a cobertura de atenção, atingir a equidade e melhorar a qualidade de atenção à população, com medidas de promoção e prevenção. Sendo este um espaço de aproximação do serviço de saúde com a população, pressupõe-se que haja o estabelecimento de vínculo e estratégias voltadas para as necessidades desta população adscrita à unidade de saúde, respeitando os aspectos sociais, econômicos e culturais da população (Dominguez, 1998).

Nas Unidades de Estratégia da Saúde da Família não raras vezes persiste uma atenção “curativa” aos hipertensos, em especial por meio de tratamento medicamentoso, o qual tem alto custo econômico

para a nação e resolutividade limitada. Poucas são as estratégias que buscam detectar os fatores de risco e estudar suas interações de forma individual e/ou coletiva. Neste contexto, estudos de populações delimitadas e adscritas geograficamente a uma Unidade de Estratégia da Saúde da Família, e com características que possam servir de referências para outras pesquisas, são relevantes para o enfrentamento deste importante problema de saúde pública, a hipertensão arterial sistêmica, que se revela o fator de risco de maior expressão para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Assim sendo, o objetivo do estudo foi verificar o risco cardiovascular de uma população de hipertensos de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família considerando os níveis de pressão arterial e o número de fatores de risco modificáveis.

Casística e Métodos

Trata-se de um estudo do tipo observacional, transversal, descritivo-analítico. A população do estudo foi composta de hipertensos residentes na área de abrangência da Unidade de Estratégia da Saúde da Família (ESF) Luiz Fogliatto, Ijuí/RS, todos com diagnóstico médico, cadastrados na Unidade e acima de 20 anos. Foram excluídos os sujeitos acamados, dependentes funcionais, com déficit de cognição e distúrbio de fala.

A amostra é probabilística e foi selecionada por sorteio. Para determinar o tamanho da amostra foi realizado o levantamento do número de hipertensos residentes na área de abrangência da ESF, por micro-área. Foi sorteada para cada microárea uma amostra representativa de 30%, com reposição no caso de o sorteado não cumprir com os critérios de inclusão. A amostra final foi de 130 hipertensos.

Metodologicamente, este estudo foi realizado em etapas descritas na sequência. Na primeira etapa procurou-se conhecer a população-alvo do estudo e selecionar a amostra. Para tanto foram utilizadas as seguintes estratégias: revisão dos cadastros das famílias da Unidade de Saúde (US) e mapeamento

do território mediante a construção de um “mapa dinâmico”, o qual permitiu o controle das avaliações e a cobertura territorial.

Na segunda etapa foi realizado o agendamento para a avaliação (entrevista, aplicação de protocolos e avaliação do peso e estatura) no espaço domiciliar. Posteriormente foram agendados os exames laboratoriais, todos realizados no Laboratório de Análises Clínicas do curso de Farmácia da Universidade Regional do Noroeste do Estado do RS (Unijuí).

As variáveis analisadas foram avaliadas por meio de entrevista, exames físicos e laboratoriais. Os fatores de risco foram autorreferidos na entrevista e constatados pela prescrição médica de medicamentos, por avaliação da pressão arterial, antropométrica e laboratorial, e igualmente pela aplicação de protocolos para avaliação do nível de estresse pelo Inventário de Stress (Lipp; Guevara, 1994) e avaliação do nível de atividade física pelo Questionário Internacional de Atividade Física (Pardini et al., 2001).

Didaticamente, segundo Gagliardi (2000), os fatores de risco foram divididos em dois grupos: fatores de risco não modificáveis (idade, sexo, etnia, cor e hereditariedade) e fatores de risco modificáveis (tabagismo, alcoolismo, uso de drogas, estresse, uso de anovulatórios, obesidade, sedentarismo, dislipidemias e diabetes mellitus).

Os fatores de risco não modificáveis foram identificados por entrevista estruturada abordando os seguintes fatores: identificação e dados socioeconômicos e culturais, curso da doença, fatores de risco (parte destes foi abordada na entrevista) e histórico genético-familiar.

O nível de pressão arterial foi estabelecido pela média dos valores de pressão arterial (PA) dos últimos 6 meses, obtido nas anotações da “Carteirinha de Saúde do Hipertenso”. Diante de mais de uma anotação mensal da PA na carteirinha foi considerado o primeiro registro efetuado.

Para a determinação do estágio da pressão arterial, adotou-se a classificação proposta pelo *VII Joint National Committee on Prevention, Detection, Evolution and Treatment of High Pressure* (2003),

que classifica como “normal” a PAS < 120 mmHg e a PAD < 80 mmHg; “pré-hipertenso” a PAS de 120 a 139 mmHg e a PAD de 80 a 89 mmHg; “estágio 1 de hipertensão” a PAS de 140 a 159 mmHg e a PAD 90 a 99 mmHg e “estágio 2 de hipertensão” a PAS > 160 mmHg e a PAD > 100 mmHg.

Os dados coletados por meio dos instrumentos foram analisados com a utilização do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS-PC). Os métodos de análise estatística incluem a estatística descritiva, teste qui-quadrado, coeficiente de correlação de Pearson e análise de correspondência. Para todos os casos foi considerada uma confiabilidade de 95%.

Para a efetivação da presente pesquisa o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), aprovado sob o parecer consubstanciado nº 07/03687.

Apresentação dos Resultados

Este estudo teve a amostra constituída por 130 hipertensos, dos quais 25,3% (33) eram do gênero masculino e 74,6% (97) do feminino, todos com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e cadastrados na Unidade de Estratégia da Saúde da Família do Bairro Luiz Fogliatto, Ijuí/RS. A média de idade da amostra foi $60,3 \pm 11,5$ anos, a mínima 31 anos e a máxima 89. Quanto à média de idade do diagnóstico de HAS, esta foi de $51,2 \pm 12,6$ anos. Quando observada a distribuição dos participantes do estudo por faixa etária constata-se que o maior percentual situa-se entre 50 e 70 anos, 64,6% (84) da população estudada.

Em relação ao estado civil, 60,5% (78) dos participantes do estudo são casados; no que diz respeito às condições socioeconômicas observa-se que 87% (113) têm renda familiar de até 2 salários mínimos, o que caracteriza baixa condição econômica. Também é expressivo o percentual de sujeitos com baixa escolaridade: 66,9% (87) não concluíram o Ensino Fundamental e 20% (26) são analfabetos.

A estatística descritiva da pressão arterial segundo os estágios pressóricos pode ser visualizada na Tabela 1.

Quando relacionado o gênero com os estágios de pressão arterial identificou-se que 69,7% (23) dos participantes eram do sexo masculino e estavam situados entre o estágio 1 e o estágio 2 de hipertensão. No sexo feminino, a distribuição observada em relação à classificação dos valores de pressão arterial mostra que é expressivo o percentual de mulheres que não têm controle da pressão; 59,8% (58) delas apresentam pressão arterial sistólica acima de 139 mmHg e diastólica acima de 89 mmHg.

Tabela 1: Estatística descritiva da pressão arterial segundo os estágios pressóricos

Estágios	PA	Li	Ls	Média	Desvio- Padrão	CV (%)
Normal	Sistólica	100	110	108,57	3,78	3,48
	Diastólica	60	70	65,71	5,35	8,14
Pré-hipertenso	Sistólica	120	130	125,95	4,97	3,95
	Diastólica	60	100	77,74	8,99	11,56
Estágio 1 de hipertensão	Sistólica	140	150	143,88	4,92	3,42
	Diastólica	70	120	87,86	11,55	13,15
Estágio 2 de hipertensão	Sistólica	160	260	178,44	22,88	12,82
	Diastólica	70	160	102,03	21,25	20,83

Legenda:

Li = Limite inferior

Ls = Limite superior

CV = Coeficiente de Variação

Fonte: Berlezi (2007).

Na Figura 1 observa-se a distribuição dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular de acordo com os estágios de pressão arterial. Ressalta-se que dos fatores de risco avaliados, o diabetes, a dislipidemia, a obesidade, o estresse, o tabagismo e o uso de álcool foram os mais evidentes na população estudada.

De acordo com os dados deste estudo, a obesidade é o fator de risco modificável mais prevalente, posto que 87,69% (114) dos participantes encontravam-se com o IMC acima de $24,9 \text{ Kg/m}^2$. Quando analisados os estágios pressóricos segundo o IMC acima de $29,9 \text{ Kg/m}^2$ (obesidade), observou-se

que entre os participantes com níveis de pressão normal, 56,9% (4) encontram-se nesta situação; dos pré-hipertensos 52,3% (22) são obesos; já entre os indivíduos do estágio 1, 63% (31) estão nesta condição, e dos que se encontravam no estágio 2 de hipertensão, 68,7% (22).

O segundo fator de risco mais prevalente foi o estresse. 71,53% (93) da amostra apresentava sinais e sintomas de estresse. Do total da amostra e que apresenta estresse, 5,7% (7) estão em fase inicial, 42,3% (52) na fase intermediária e 27,6% (34) na fase de exaustão. Quando comparados os níveis pressóricos com as fases de estresse, foi possível observar que um percentual significativo de participantes nos estágios 1 e 2 de hipertensão encontravam-se na fase de exaustão, ou seja, 60% (21).

O terceiro fator foi a dislipidemia, com 70,76% (92). Para a determinação deste fator de risco considerou-se dislipidêmicos os sujeitos com colesterol total aumentado, e/ou frações de colesterol LDL aumentado, e/ou triglicerídios aumentados, e/ou a fração de colesterol HDL baixo (< 40 mg/dl).

O tabagismo apresentou-se como o quarto fator de risco mais presente, 26,15% (34), seguido por diabetes, 24,61% (32), alcoolismo, 14,61% (19) e sedentarismo 7,6% (10).

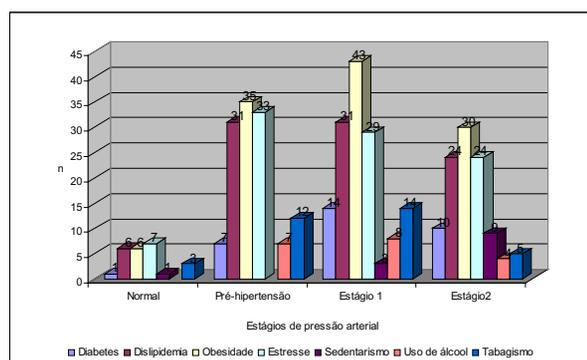


Figura 1: Estágios de pressão arterial segundo os fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular

Fonte: Berlezi (2007).

Segundo dados obtidos com relação às complicações decorrentes da HAS, detectou-se que dos sujeitos sedentários 50% (5) já apresentavam com-

plicações; dos tabagistas, 47% (16); dos diabéticos, 46,8% (15); dos dislipidêmicos, 42,3% (39); dos com sinais e sintomas de estresse, 40,8% (38); dos com sobrepeso/obesidade, 40,3% (46) e dos que referiram uso de álcool, 36,8% (7).

O número de fatores de risco associado aos níveis de pressão arterial estabelece o risco cardiovascular de forma proporcional. Considerou-se, para fins de análise, a associação de até dois fatores de risco cardiovascular associados e mais de dois. Evidenciou-se que o maior percentual dos participantes do estudo tem mais de dois fatores associados, independentemente do estágio de pressão arterial. Os percentuais de participantes com mais de dois fatores de risco associados de acordo com os estágios de pressão foram: “normal” 85,7% (6), “pré-hipertensos” 61,9% (26), “estágio 1” 65,3% (32) e “estágio 2” 25% (8).

Com a finalidade de confirmar os achados descritivos sobre os fatores de risco cardiovascular, empregou-se para a estatística analítica a análise de correspondência, uma técnica de análise multivariada que tem como objetivo realizar a verificação quanto à frequência de acontecimentos. Foi avaliado o comportamento dos fatores de risco no que se refere à idade, estágios de pressão arterial e renda. Nestas associações foi observada significância estatística considerando valor de $p < 0,05$.

A análise dos dados mostrou que entre os sujeitos com menos de 50 anos os fatores de risco mais presentes foram sobrepeso/obesidade e estresse; nos de 50 a 60 anos, além destes dois fatores de risco, há a ocorrência de dislipidemia, e nos participantes com mais de 60 anos estes mesmos fatores de risco estão presentes. Estes resultados mostraram-se estatisticamente significativos.

Na análise em que se considerou os fatores de risco e estágios de pressão, foi confirmada, estatisticamente, a associação entre nível de pressão normal e estresse, pré-hipertensão e estágio 1 com sobrepeso/obesidade, estresse e dislipidemia e estágio 2 sobrepeso/obesidade, estresse, dislipidemia e diabetes (Figura 2).

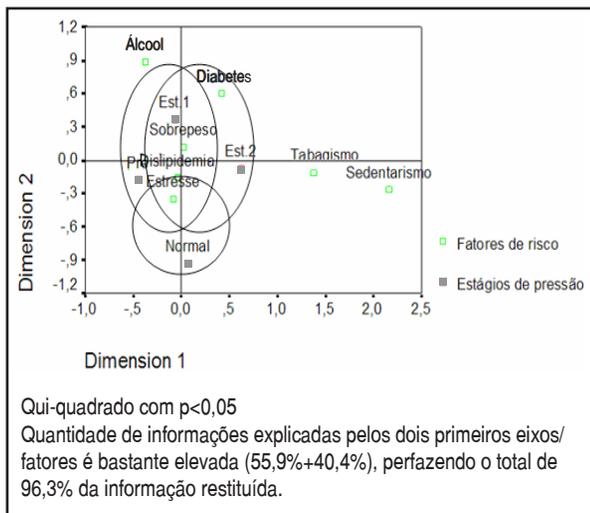


Figura 2: Análise de correspondência das variáveis: estágios pressóricos e fatores de risco

Fonte: Berlezi (2007).

Também observou-se associação entre renda abaixo de um salário mínimo com sobrepeso/obesidade, estresse e dislipidemia; com os mesmos fatores de risco foi constatada associação com renda de 1 a 2 salários mínimos e acima de 2 salários mínimos a associação foi significativa, com estresse, sobrepeso/obesidade e tabagismo.

Discussão

A baixa renda e a baixa escolaridade têm implicações diretas nas condições de saúde das populações; a precária condição socioeconômica associada à baixa escolaridade interfere em todos os aspectos de saúde, no entendimento mais amplo do seu conceito. Este é um desafio da saúde pública não só no Brasil, mas também em outros países em desenvolvimento.

Essa relação é observada em diversos estudos com as mais diferentes correlações. Um deles, produzido pela *World Health Organization* (2003), relaciona a baixa renda e a baixa escolaridade com a aderência ao tratamento de doenças crônicas. Este estudo constatou que em países em desenvolvimento a adesão ao tratamento tende a ser 50% menor que na população de países desenvolvidos, e conclui que este fato ocasiona um ciclo difícil de ser modificado, haja vista que as pessoas de baixa escolaridade dispõem de uma oferta laboral restrita

a atividades que necessitam mais da força física, e estando doentes tornam-se mais facilmente incapazes para o trabalho, o que, conseqüentemente, reduz a renda da família e compromete a possibilidade de escolarização de seus descendentes.

Segundo Perlini (2000), a baixa escolaridade dos sujeitos igualmente pode ser um fator contribuinte para o surgimento de doenças. A falta de instrução, associada a fatores sociais, culturais e econômicos, dificulta a conscientização sobre a necessidade de cuidados com a saúde impede a continuação de tratamento adequado e colabora para a manutenção de um estilo de vida exposto aos fatores de risco

Sobre os fatores de risco é relevante destacar sua prevalência na população do estudo, pois o conhecimento acerca dos fatores de risco para doenças cardiovasculares provém de pesquisas realizadas em países desenvolvidos da América do Norte e Europa Ocidental. Devem, no entanto, ser respeitadas as particularidades das populações para fins de comparação. Neste viés, os dados epidemiológicos de países como EUA não podem ser parâmetro para a população brasileira pelas diferenças étnicas, culturais e ambientais.

O fato de a obesidade ter sido um fator de risco expressivo na população deste estudo traz para a discussão vários elementos, como a relação entre condições socioeconômicas e obesidade e desta com os níveis de pressão arterial, bem como com a idade, pela associação estatisticamente significativa que este fator teve entre as variáveis citadas. Estudos têm mostrado que a obesidade é um problema de saúde pública e que se associa ao surgimento de outros transtornos, como hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, entre outros. O primeiro questionamento ocorre no sentido de entender que a obesidade não é um problema vivenciado somente pelos países ricos, mas que se manifesta igualmente nas nações periféricas.

As constatações deste estudo, no que diz respeito à obesidade, não difere das referências consultadas e reforçam a necessidade de adotar estratégias de atenção que reduzam este fator de risco e, conseqüentemente, doenças cardiovasculares.

Estudos desenvolvidos por Anjos et al. (1992) mostraram que nas populações de baixa renda a ingestão proteica é baixa e a ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono e gordura é elevada.

Essa dieta poderia, sem suprir as necessidades energéticas do organismo, fornecer gordura para ser depositada. Associada aos fatores alimentares, é possível que ocorra uma adaptação fisiológica à baixa ingestão energética nas primeiras décadas de vida, levando à desnutrição na infância e ao excesso de peso na vida adulta.

Quando analisada a relação entre sobrepeso e gênero, este mesmo estudo traz o suporte teórico de que as meninas são mais resistentes à desnutrição por estresse ambiental do que os meninos. Verdade ou não, essa diferença na “adaptação nutricional” ao estresse ambiental poderia explicar o fato de mulheres americanas de baixa renda e/ou menor nível educacional terem maior gordura corporal, medida por meio das dobras cutâneas ou o IMC, do que mulheres americanas de renda mais alta e/ou maior nível educacional. Dados da população hispânico-americana (descendentes de cubanos, porto-riquenhos e mexicanos), dita de condições socioeconômicas menos privilegiadas, mostram semelhança do IMC entre os sexos até os 17 anos de vida, mas as mulheres adultas apresentam valores de IMC sistematicamente maiores do que os homens, como foi o caso na amostra de Manguinhos (Fanelli-Kwczmarski; Woteki, 1990).

No entendimento de Silva e Souza (2004), o estilo de vida contemporâneo, com dietas industrializadas, ricas em sódio, carboidratos e colesterol, aponta para fatores de risco, não só para a hipertensão arterial, mas também para a obesidade, a dislipidemia e o diabetes. Estes fatores, agravados pelo sedentarismo, favorecem a elevação de riscos para as complicações tardias e imediatas da doença. O aspecto físico, somado a hábitos alimentares inadequados, indica uma dieta hipersódica e hipercalórica que contribui para a elevação da pressão.

Estes pressupostos auxiliam no entendimento do que foi constatado no presente estudo e levam à reflexão de como enfrentar este problema emergente, bem como modificar o foco de trabalho das unidades de saúde no controle deste fator de risco. Uma das alternativas para o enfrentamento da problemática da obesidade é a inclusão da prática de atividades físicas nos hábitos diários.

O terceiro fator de risco cardiovascular modificável evidenciado neste estudo foi a dislipidemia, a qual teve associação com os estágios de pressão arterial, renda e idade. Com relação à idade, estudos

epidemiológicos mostram que o colesterol sérico parece ter um pico nos homens entre 50 e 59 anos e nas mulheres entre 60 e 69. Há uma elevação dos triglicerídeos séricos com o decorrer da idade e provavelmente esta elevação reflete o declínio da taxa metabólica e a dificuldade em processar a gordura circulante, condição associada ao processo de envelhecimento (Duarte; Nascimento, 2000).

Na inter-relação entre os fatores de risco modificáveis observa-se comportamentos diferenciados. Os fatores de risco que se destacaram no estudo foram: obesidade, estresse e dislipidemia; já quando investigada a relação entre fatores de risco com complicações decorrentes da HAS o sedentarismo, o tabagismo e o diabetes se sobressaem evidenciando que a associação destes fatores de risco com a HAS eleva o risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Conclusões

A amostra do estudo caracteriza-se com predominância do gênero feminino, 74,6%, uma média de idade de 60,3±11,50 anos, baixa condição social e econômica e baixo nível de escolaridade. Do total da amostra 5,4% apresentaram valores de pressão arterial dentro da normalidade e 94,6% apresentaram alguma alteração.

Estatisticamente foi verificada associação ($p < 0,05$) entre idade e obesidade, estresse e dislipidemia. Os normotensos apresentaram associação com o fator estresse; os pré-hipertensos e hipertensos estágio 1 com os fatores obesidade, estresse e dislipidemia. O estágio 2 de hipertensão mostrou associação com obesidade, estresse, dislipidemia e diabetes.

Entre a renda e fatores de risco também foi percebida associação significativa. Renda abaixo de 1 salário mínimo mostrou relação com obesidade, estresse e dislipidemia. O mesmo foi verificado para a renda de 1 a 2 salários mínimos e acima de 2 salários mínimos a associação se deu com obesidade, estresse e tabagismo.

Observou-se correlação entre o IMC e PAS ($p < 0,05$); IMC e PAD ($p < 0,01$); IMC e idade ($p < 0,01$); IMC e colesterol total ($p < 0,01$), HDL e o número de fatores de risco ($p < 0,01$) e IMC e triglicerídios ($p < 0,05$).

Os achados deste estudo sugerem que a população apresenta alto risco para eventos cardiovasculares. Constatou-se um significativo número de hipertensos não controlados e com associação de mais de dois fatores de risco modificáveis.

A principal contribuição desta pesquisa é instigar as equipes da ESF a trabalharem na identificação e enfrentamento dos fatores de riscos modificáveis. É urgente a revisão do que a ESF oferece de ações que auxiliem de forma efetiva na redução de peso, na prática regular de atividade física, no abandono do uso de tabaco e álcool. A atenção não farmacológica qualificada e que atenda às particularidades dos usuários e a adesão ao tratamento farmacológico, quando for o caso, é, sem dúvida, o caminho para modificar o panorama de morbidade e mortalidade da população brasileira.

Referências

- ANJOS, L. A. et al. Vigilância nutricional em adultos: experiência de uma unidade de saúde atendendo população favelada. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 8(1): 50-56, mar. 1992 Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 ago 2007.
- BERLEZI, Evelise Moraes. Estudo de fatores de risco para doenças cardiovasculares em indivíduos hipertensos adscritos a uma unidade de saúde da família. 2007. 135 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CONSENSO Brasileiro de Hipertensão Arterial, 3. Hipertensão arterial: diagnóstico e classificação. Brasília, DF, 2001. Capítulo I. Disponível em: <http://www.dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/IIIconsensobraship_artterial.pdf>.
- DOMINGUES, B. N. R. Programa de saúde da família: como fazer. São Paulo: Parma, 1998.
- DUARTE, A. L. M.; NASCIMENTO, M. L. Condições Dietéticas. In: PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia – a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2000.
- FANELLI-KWCZMARSKI, M.; WOTEKI, C. E. Monitoring the nutritional status of the hispanic population: Selected findings for Mexican Americans, Cubans and Puerto Ricans. *Nutrition Today*, 25:6-11, 1990.
- GAGLIARDI R. J. Prevenção das doenças cerebrovasculares. In: MELO-SOUZA, S. E. (Org.). *Tratado de doenças neurológicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 90-92.
- JOINT National Committee on Prevention, Detection, Evolution and Treatment of High Pressure. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evolution and Treatment of High Pressure. *Jama*, 289(19):2560, 2003.
- LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciência Saúde Coletiva*, 2004.
- LIPP, M. E. N.; GUEVARA, A. J. H. *Validação empírica do inventário de sintomas de stress*. Estudos de psicologia, 1994.
- MORIGUCHI, E. H.; VIEIRA, J. L. C. Conceito de fatores de risco – hierarquia dos principais fatores de risco e suscetibilidade individual para diferentes cardiopatias. In: GIANNINI, S.; FORTI, N.; DIAMENT, J. (Eds.). *Cardiologia preventiva*. São Paulo: Atheneu, 2000.
- PARDINI, R. et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (Ipaq – versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. *Rev Bras Cien e Mov.*, 2001;9(3):45-51.
- PERLINI, N. G. *Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar*. 2000. Dissertação – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. *Rev Eletr Enf.*, 2004;6(3).
- WORLD Health Organization. *Adherence to long term therapies*. Evidence for action. 2003.