



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

NAIRA PEREIRA DE SOUSA

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

CEILÂNDIA-DF

2014

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA

NAIRA PEREIRA DE SOUSA

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Comissão de Graduação
para Trabalho de Conclusão de Curso da
Universidade de Brasília/ Faculdade de
Ceilândia, como exigência parcial para
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tânia Cristina Morais
Santa Bárbara Rehem

CEILÂNDIA

2014

SOUSA, Naira Pereira

Estratificação de Risco Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde

Monografia apresentada à Faculdade de
Ceilândia da Universidade de Brasília
como requisito para obtenção do título de
Enfermeiro

Aprovado em 25 de junho de 2014

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem
Orientadora
Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

Prof.^a Dr.^a Walterlânia Silva Santos
Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

Prof. Msc. Luciano Ramos de Lima
Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

SOUSA, Naira Pereira de.

Estratificação de Risco Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde/Naira Pereira de Sousa. Brasília. - 2014.

59p.

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia, 2014.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Fatores de Risco. 3. Enfermagem. I. Rehem, Tania Cristina Morais Santa Barbara. II. Universidade de Brasília - Curso de Enfermagem. III. Estratificação de risco cardiovascular na atenção primária à saúde

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pelo dom da vida e pelo privilégio de sentir o seu amor, cuidado e proteção durante os desafios dessa jornada.

Aos meus pais, Maria José e Joel pela dedicação sem limites. Não tenho palavras para agradecer tamanho amor. Essa conquista também é de vocês!

Aos meus irmãos, Felipe e Naiguel, por serem meus fiéis escudeiros e companheiros de vida. Aprendi com vocês a ser uma pessoa mais forte para superar as batalhas do dia a dia.

Aos demais membros da minha família por serem a minha base e meu porto seguro.

Aos meus amigos inseparáveis, Bárbara, Jéssica, Nathane, Stanlei e Leonardo pela amizade linda que construímos nesses cinco anos e que com certeza durará por muito mais tempo. Obrigada pelos aprendizados, conversas jogadas fora e risadas de doer a barriga.

Ao presente de Deus em minha vida, Erick pelo amor, cuidado, incentivo e paciência. A vida ficou mais leve e bonita com você do meu lado!

A todos os meus professores que desde o ensino primário contribuíram de alguma forma para a minha formação profissional.

À Prof.^a Dr.^a Tânia Cristina Morais Santa Bárbara Rehem, por me receber como orientanda e pelo cuidado tão especial para comigo. Obrigada por acreditar em mim e por me envolver ainda mais nesse universo único que é a Atenção Primária.

À Enf.^a Djane, pelo exemplo de cuidado a ser prestado aos pacientes e pela ajuda durante a coleta de dados. Aprendi com você o significado da palavra dedicação.

A todos os demais profissionais do Centro de Saúde nº 06 pela recepção e carinho durante o período de realização de estágios e coleta de dados.

A todos os pacientes que me ensinaram com suas próprias vidas o verdadeiro sentido do cuidar.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram com suas experiências, conhecimentos e orações. Muito obrigada!

*Não tenho palavras para agradecer tua bondade
Dia após dia me cercas com fidelidade
Nunca me deixes esquecer
que tudo o que tenho
tudo o que sou
o que vier a ser
vem de Ti Senhor.*

(Diante do Trono)

SOUSA, N.P. **Estratificação de Risco Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde.** 2014. 61 p. Monografia de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília.

RESUMO

A estratificação de risco caracteriza-se como ferramenta fundamental no processo de trabalho das equipes de saúde da família tendo em vista seu potencial orientador de condutas e estratégias de intervenção. **Objetivo:** Estratificar o risco cardiovascular em pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica cadastrados no Centro de Saúde nº 06 da Região Administrativa Ceilândia/DF. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa que utilizou método quantitativo por meio de um estudo descritivo. A seleção dos pacientes deu-se por meio de amostragem não-probabilística do tipo por conveniência. Os pacientes selecionados foram estratificados segundo o Escore de Risco de Framingham para Doença Cardiovascular, o qual estima o risco de indivíduos entre 30 e 74 anos desenvolverem um evento cardiovascular nos próximos 10 anos. O escore baseia-se em sete fatores de risco: sexo, idade, *Low Density Lipoproteins* (LDL) e *High Density Lipoproteins* (HDL) colesterol, pressão arterial, diabetes e tabagismo. O risco cardiovascular pode ser classificado em baixo (<10%), moderado (10 a 20 %) e alto (> 20%). **Resultados:** A amostra compreendeu 51 pacientes. Do total da amostra, 43,1% apresentou baixo risco, 41,2% moderado risco e 15,7% alto risco cardiovascular. **Conclusão:** A estratificação permite identificar indivíduos com características de saúde semelhantes que devem ser atendidos com recursos condizentes com suas necessidades. Por meio dessa ferramenta, é possível diminuir os erros referentes às subofertas e/ou sobreofertas de cuidados e contribuir para o enfrentamento das doenças crônicas na atenção primária por meio da oferta de um cuidado individualizado.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Fatores de Risco. Enfermagem

SOUSA, N.P. **Cardiovascular Risk Stratification in the Primary Health Care.** 2014. 61 p. Completion of course work (Nursing Course) - University of Brasilia, Undergraduate Nursing, Faculty of Ceilandia, Brasilia, 2013.

ABSTRACT

Risk stratification is characterized as an essential tool in the work process of family health care teams in view of its potential for guiding behavior and intervention strategies. **Objective:** To stratify cardiovascular risk in patients with systemic arterial hypertension registered in the Health Center nº 06 of the Administrative Region Ceilândia / DF. **Methodology:** This is an inquiry that used quantitative method through a descriptive study. The selection of patients occurred through non-probabilistic sampling type for convenience. The selected patients were stratified according to the Framingham Risk Score for Cardiovascular Disease, which estimates the risk of individuals between 30 and 74 years old developing a cardiovascular event in the next 10 years. The score is based on seven risk factors: gender, age, *Low Density Lipoproteins* (LDL) and *High Density Lipoproteins* (HDL) cholesterol, blood pressure, diabetes and smoking. Cardiovascular risk can be classified into low (<10%), moderate (10-20%) and high (> 20%). **Results:** The sample consisted of 51 patients. Of the total sample, 43.1% were low risk, 41.2% moderate risk and 15.7% high cardiovascular risk. **Conclusion:** The stratification allows us to identify individuals with similar health characteristics that must be attended with resources consistent with their needs. Through this tool, it's possible to minimize errors related to sub offers and/or high offers of care and contribute to facing chronic diseases in primary care through the provision of individualized care.

KEY WORDS: Primary Health Care. Risk Factors. Nursing

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Tendências de Mortalidade por DCNT no Brasil nos anos de 1996, 2000, 2007.....	20
Figura 2 - Proporção dos diferentes grupos etários da Região Administrativa de Ceilândia, DF, 2013.....	25
Figura 3 - Estratos de Risco Cardiovascular segundo Escore de Framingham, Centro de Saúde nº 06, Ceilândia-DF, 2014.....	32
Figura 4 - Estratos de Risco Cardiovascular segundo sexos, Centro de Saúde nº 06, Ceilândia-DF, 2014.....	33
Figura 5 - Estratos de Risco Cardiovascular segundo faixas etárias, Centro de Saúde nº 06, Ceilândia-DF, 2014.....	34
Figura 6 - Estratos de Risco Cardiovascular segundo valores de LDL-colesterol, Centro de Saúde nº 06, Ceilândia - DF, 2014.....	35
Figura 7 - Porcentagem de Estratos de Risco segundo níveis de pressão arterial, Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2014.....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estratos de Risco segundo faixas etárias, Centro de Saúde nº 06, Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2014.....	33
Tabela 2 - Estratos de Risco segundo sexo, LDL - colesterol e HDL-colesterol, Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2014.....	35
Tabela 3 - Estratos de Risco segundo pressão arterial, Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2014.....	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica para adultos maiores de 18 anos	21
Quadro 2 - Escore de Risco de Framingham para Homens	28
Quadro 3 - Total de Pontos e Risco para Evento Cardiovascular (REC) em Homens.....	28
Quadro 4 - Escore de Risco de Framingham para Mulheres.....	29
Quadro 5 - Total de Pontos e Risco para Evento Cardiovascular (REC) em Mulheres.....	29

LISTA DE SIGLAS

- ACS - Agente Comunitário de Saúde
- APS - Atenção Primária à Saúde
- CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas
- CEI - Campanha de Erradicação de Invasões
- CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- DCNT - Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
- DCV - Doença Cardiovascular
- DF - Distrito Federal
- EMAD- Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar
- EMAP - Equipe Multidisciplinar de Apoio
- ERF - Escore de Risco de Framingham
- ESF - Estratégia Saúde da Família
- HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
- HDL - *High Density Lipoproteins*
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- LDL - *Low Density Lipoproteins*
- MACC - Modelo de Atenção às Condições Crônicas
- NOB's - Normas Operacionais Básicas
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- OPAS - Organização Panamericana de Saúde
- PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PSF - Programa Saúde da Família
- PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
- RA - Região Administrativa
- RAS - Redes de Atenção à Saúde
- REC - Risco para Evento Cardiovascular
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVO GERAL	17
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3. REFERENCIAL TEÓRICO	18
4. METODOLOGIA	24
4.1 TIPO DE ESTUDO	24
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	24
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	26
4.3.1 Critérios de Inclusão	26
4.3.2 Critérios de Exclusão	27
4.4 COLETA DE DADOS	30
4.5 PROCESSAMENTO DOS DADOS	31
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	31
5. RESULTADOS	32
6. DISCUSSÃO	39
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA MULHERES	54
APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA HOMENS	55
APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	56
ANEXO 1 - RECOMENDAÇÕES PARA MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL	57
ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	58

1 INTRODUÇÃO

A Declaração de Alma-Ata, resultado final da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada no ano de 1978, estabeleceu mundialmente a responsabilidade do Estado sobre a saúde da população. Nesse período, no Brasil, intensas mobilizações populares buscavam transformações políticas e sociais no campo da saúde (VENTURA, 2003; SOUZA; COSTA, 2010; GOHN, 2004).

Tais mobilizações populares marcaram a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que se consolidou como marco para a reformulação do sistema de saúde no Brasil. Os temas principais de discussão envolviam a saúde como direito e a criação de um Sistema Nacional de Saúde, regido por princípios que envolviam tanto a organização dos serviços quanto as condições de acesso e qualidade (BRASIL, 1986; BRASIL, 2009; GIOVANELLA *et al.*, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado por meio da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica nº 8.080 de 1990, abrangendo a maioria das proposições discutidas na 8ª Conferência. A partir de então as ações e serviços de saúde que integram o SUS devem seguir os princípios fundamentais que abrangem a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social (BRASIL, 2010; BRASIL, 1990; PAIM, 2009).

Como instrumentos de concretização da implantação do SUS foram criadas, entre os anos de 1991 e 1996, as Normas Operacionais Básicas (NOB's) as quais são instrumentos que orientam a operacionalidade do sistema (BRASIL, 2009).

Em 2006, ocorreu a formulação do Pacto pela Saúde com envolvimento das três esferas de governo, com o objetivo de tornar o sistema de saúde brasileiro mais efetivo frente às necessidades de saúde da população. O Pacto pela Saúde envolve três dimensões: Pacto em Defesa do SUS, Pacto de Gestão e Pacto pela Vida, tendo o fortalecimento da Atenção Primária como prioridade instituída e a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como o meio preferencial de orientação da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2006a).

Porém, o SUS, assim como outros sistemas de saúde, enfrenta o desafio de consolidar a atenção primária como coordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2007; SOUZA; COSTA, 2010) as quais estão definidas, segundo a

Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como *“Arranjos organizativos, constituídos por ações, que resultarão na prestação de serviços de saúde equitativos e integrais à população, levando-se em consideração a base territorial e as diferentes missões assistenciais”* (OPAS, 2011; BRASIL, 2011a).

Os primeiros esforços para a reorganização da APS surgiram nos anos 90 com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), fruto de experiências exitosas realizadas na cidade de Planaltina-DF e em alguns estados do Nordeste (LAVOR A; LAVOR M; LAVOR I, 2004). O sucesso advinha das visitas domiciliares e atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos, realizadas por moradores, em sua maioria mulheres da própria comunidade, denominados auxiliares de saúde, que recebiam capacitação e supervisão de enfermeiros para realização das atividades (BARROS *et al.*, 2010). Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), denominação posterior para auxiliares de saúde, desempenham papel fundamental no estabelecimento do novo modelo assistencial, já que promovem uma comunicação em saúde nos dois sentidos - comunidade e profissionais de saúde, compondo em seu trabalho um aspecto híbrido (LAVOR A; LAVOR M; LAVOR I, 2004; NUNES *et al.*, 2002).

A prática bem sucedida do PACS propiciou, em 1994, o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF) que, posteriormente, no documento ministerial de 1998, recebeu a denominação de ESF. Em seguida, a ESF foi estabelecida pela PNAB como modelo prioritário de reorganização da APS e ainda, segundo Conill (2008) como política de reforma (FUNASA, 1994; BRASIL, 1997).

A ESF emergiu com o intuito de superar o comportamento passivo, desenvolvido pelas equipes de saúde tradicionais, bem como a prática do cuidado curativo e verticalizado (ROMAGNOLI, 2009). Seu modelo de trabalho multiprofissional deve estar baseado na territorialização, adscrição de indivíduos, intersetorialidade, identificação e resolução de problemas de saúde, detecção de condições de vulnerabilidade e realização de ações de prevenção e promoção à saúde que atendam as necessidades da população (BRASIL, 2005; SHIMIZU; JUNIOR DANIEL, 2012). Como forma de concretização desse processo de trabalho das equipes são realizadas visitas domiciliares, por meio das quais é possível

promover a construção de relações de confiança entre a comunidade e profissionais de saúde (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2007; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012).

Todos esses avanços culminaram na tentativa de tornar o SUS mais eficaz, orientando-o para a adoção da APS como reordenadora das RAS e centro de comunicação entre todos os níveis de atenção. Segundo a OPAS (2011) e Starfield (2002) os atributos necessários à APS, para que seja alcançado seu estado de coordenadora, envolvem: ser o primeiro contato, manter a longitudinalidade e integralidade do cuidado e considerar a família em seus aspectos sociais, econômicos e culturais. Estudos mostraram que quanto mais um país tem sua orientação voltada para a APS, menores são as taxas de mortalidade por todas as causas, dentre elas: mortalidade prematura por bronquite, asma, enfisema, pneumonia e doenças do aparelho circulatório (MENDES, 2010).

Assim, a APS deve está qualificada para ser resolutiva frente às necessidades de saúde da população, caracterizadas atualmente pela hegemonia das condições crônicas. Dentre elas, pode-se destacar a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que, dentre outros diagnósticos, consta na Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária – a qual foi definida como instrumento de avaliação da APS. Tal lista é composta por um grupo de diagnósticos cujas internações hospitalares podem ser evitadas caso a APS seja acessível e resolutiva (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; MENDES, 2010).

Dessa forma, considerando a atenção aos portadores de HAS no âmbito da atenção primária, têm-se como estratégia de gestão a Estratificação de Risco, a qual orienta tanto o manejo da condição, com mudança no estilo de vida e/ou tratamento medicamentoso, como a distribuição de consultas médicas e de enfermagem (MOYSÉS *et al.*, 2012; OPAS, 2011).

A estratificação dos indivíduos em subpopulações por riscos é uma das variáveis contidas no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), desenvolvido primeiramente nos Estados Unidos e adaptado para o SUS por Mendes (2010), a qual permite identificar indivíduos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos com recursos e tecnologias específicos. Quando uma população não é estratificada pode-se incorrer no erro de subofertar cuidados para portadores de maiores estratos de risco e/ou ofertar em demasia para

aqueles de menores estratos, tendo por consequência uma atenção à saúde ineficiente. A estratificação de risco está associada à melhor qualidade da atenção à saúde e maior eficiência no uso dos recursos de saúde (MENDES, 2010).

Dessa forma, a estratificação de risco caracteriza-se como uma ferramenta fundamental no processo de trabalho das equipes de saúde da família tendo em vista seu potencial orientador de condutas e estratégias de intervenção, permitindo a oferta de uma atenção que não seja única para todos os usuários do sistema, mas que seja específica para cada grupo populacional. Por meio desse instrumento é possível oferecer uma atenção à saúde mais eficiente no que diz respeito à pessoa, ao lugar e ao custo (MENDES, 2010).

Considerando a magnitude das doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil (DCNT), particularmente das doenças cardiovasculares, justifica-se a realização de estudos buscando-se estratificar o risco, a fim de que seja prestada uma atenção condizente com as reais necessidades de saúde da população.

Nesse sentido, de acordo com o exposto, a seguinte pergunta merece ser respondida: qual o risco cardiovascular dos pacientes hipertensos atendidos em Unidade Básica de Saúde?

Espera-se com este estudo, contribuir para o enfrentamento das doenças crônicas na atenção primária, mais especificamente com relação às doenças cardiovasculares, de modo que os usuários possam receber um cuidado mais individualizado, gerando por consequência, melhor qualidade de vida, menores índices de internações hospitalares e gastos ao sistema de saúde.

2 OBJETIVO GERAL

Estratificar o risco cardiovascular em pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica cadastrados no Centro de Saúde nº 06 da Região Administrativa Ceilândia/DF.

2.1 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil dos pacientes hipertensos selecionados e cadastrados no Centro de Saúde nº 4406 da Região Administrativa de Ceilândia/DF
- Aplicar o Escore de Framingham para Doença Cardiovascular segundo dados coletados por meio do Prontuário Clínico e de entrevistas aos pacientes hipertensos selecionados e cadastrados no Centro de Saúde nº 4406 da Região Administrativa de Ceilândia/DF

3 REFERENCIAL TEÓRICO

As condições de saúde são definidas como circunstâncias na saúde dos indivíduos, apresentando-se de forma persistente ou não, e exigindo uma resposta dos sistemas de saúde. Dessa forma, a inserção das pessoas nos sistemas de atenção à saúde dá-se pelo enfrentamento de determinada condição de saúde por meio de um ciclo integral de atendimento (MENDES, 2010). Atualmente são consideradas duas categorias de condições de saúde – as agudas e crônicas. Essas últimas são definidas segundo a OMS como (2003, p.15):

Problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas, abrangendo as doenças transmissíveis e não transmissíveis, incapacidades físicas e estruturais, condições maternas e infantis e distúrbios mentais de longo prazo.

Assim, as condições crônicas compreendem mais do que as doenças crônicas (doença cardiovascular, diabetes, doença respiratória crônica, câncer) ao envolverem: as doenças infecciosas que se manifestam de forma persistente (tuberculose, HIV/AIDS, hanseníase), as condições ligadas à maternidade, ao período perinatal, à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura), aos distúrbios mentais de longo prazo, às deficiências físicas e estruturais contínuas (cegueiras, amputações, deficiências motoras persistentes) e a grande maioria das doenças bucais (MENDES, 2012).

As condições crônicas apresentam período de duração superior a três meses, apresentando-se de forma permanente em alguns casos. Seu ciclo de evolução possui início e progressão lentos, múltiplas causas, e no geral ocasionam mais sintomas, podendo levar à perda da capacidade funcional. Muitas das condições agudas podem evoluir para condições crônicas, as quais também podem apresentar períodos de agudização (MENDES, 2010).

Tendo em vista que as condições crônicas estão atreladas ao processo de envelhecimento da população, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ressalta que os modelos de atenção atualmente voltados para as condições agudas não funcionam, pois andam em desencontro com a atual situação epidemiológica de aumento das condições crônicas (OMS, 2003; MENDES, 2010; OPAS, 2011). Além disso, Bengoa (2008) afirma que o envelhecimento e a transição demográfica estão

contidos no grupo de fatores contextuais, que juntamente com os fatores internos (cultura organizacional, formas de gestão) estabelecem estreita relação com os sistemas de atenção à saúde. Os sistemas mais atrelados aos fatores internos, não se adaptam tão rapidamente frente às transformações ocorridas nos fatores contextuais.

Em diferentes países, estudos apontam o dimensionamento do custo econômico das condições crônicas: nos Estados Unidos a perda de produtividade por doenças cardíacas está estimada em US\$ 6,45 bilhões ao ano e por diabetes US\$ 2,2 bilhões ao ano; na China e na Rússia, no período de 2005 a 2012, as mortes prematuras decorrentes de doenças cardiovasculares e diabetes causaram perda de aproximadamente US\$ 558 bilhões e US\$ 300 bilhões, respectivamente (WHO, 2005). O gasto total por doenças crônicas, no Brasil, no ano de 2002, chegou a mais de sete bilhões de reais, representando 69,1% dos gastos hospitalares e ambulatoriais do SUS (MENDES, 2010).

Estudos demonstraram que a incidência das condições crônicas é maior nos indivíduos com faixa etária mais avançada (BUENO, 2008; IBGE, 2008; VERAS, 2009; MENDES, 2012). Em 1991 o percentual da população brasileira com mais de 65 anos era de 4,8%, passando para 12,1% em 2011, sendo o resultado do atual processo de transição demográfica advindo das reduções nas taxas fecundidade e mortalidade e melhoria nas condições sanitárias (IBGE, 2011; IBGE, 2010).

Porém, a situação epidemiológica do Brasil apresenta um panorama típico de países em desenvolvimento: a superposição de etapas (coexistência de doenças infecciosas e carenciais e doenças crônicas), a contraposição (ressurgimento de doenças já tidas como controladas) e o surgimento de novas doenças. Tal situação é definida como tripla carga de doenças, já que envolve o desafio de superação de infecções, desnutrição, doenças crônicas e seus fatores de risco e ainda o forte crescimento dos óbitos por causas externas (FRENK, 2006).

As DCNT, compreendidas em sua maioria por quatro grupos de doenças (doenças cardiovasculares, diabetes, neoplasias e doenças respiratórias crônicas), foram responsáveis por cerca de 23,4 milhões de mortes (60%) em todo o mundo no ano de 2008 (ALWAN *et al.*, 2010).

No Brasil, em 2007, 72% das mortes foram atribuídas às DCNT, correspondendo a 80% dos óbitos por doenças crônicas. No mesmo ano, a taxa de mortalidade no Brasil por DCNT foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes. Mas, apesar de elevada, houve uma redução de 20% dessa taxa nos últimos dez anos, principalmente devido queda em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas, conforme mostra a Figura 1. O diabetes, ao contrário, manteve-se em níveis constantes (SCHMIDT *et al.*, 2011).

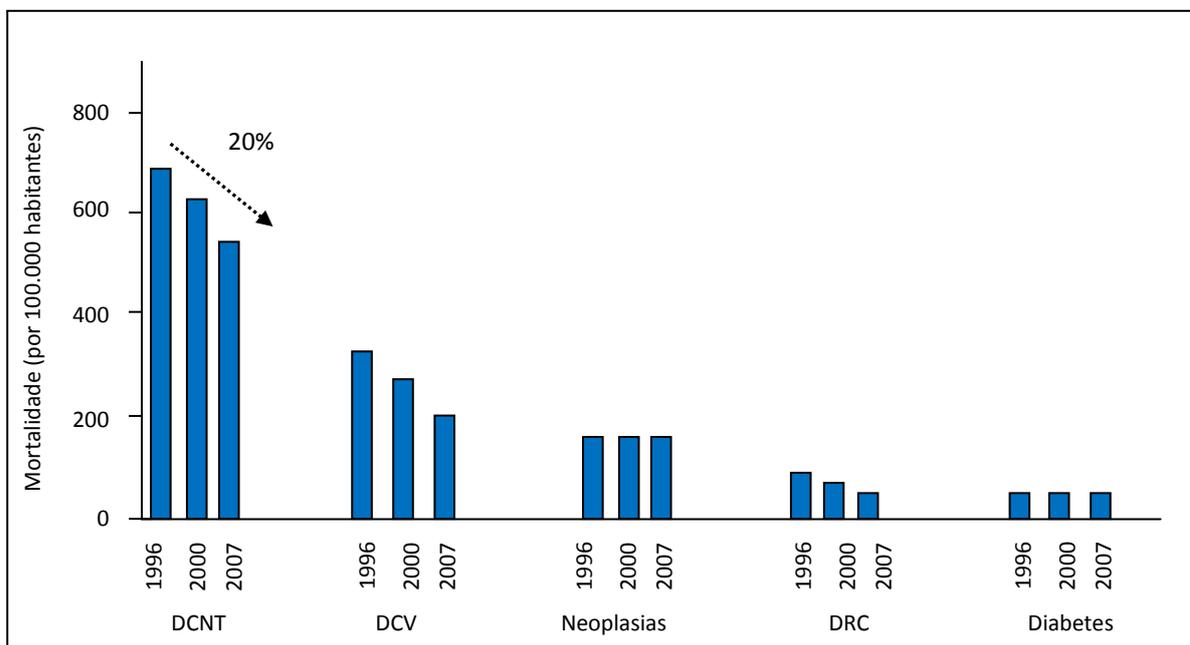


Figura 1 - Tendências de Mortalidade por DCNT no Brasil nos anos de 1996, 2000 e 2007. Adaptado de SCHMIDT *et al* (2011). DCNT= Doenças Crônicas Não - Transmissíveis. DCV= Doenças Cardiovasculares. DRC= Doenças Respiratórias Crônicas

Estudos em populações idosas indicam que as DCNT possuem impacto direto na qualidade de vida dos sujeitos, sendo responsáveis por 66% dos anos de vida perdidos por incapacidade, aumentando a dependência desses indivíduos frente às atividades de autocuidado (banho, troca de roupa) e de vida independente na comunidade, como fazer compras, dar telefonemas e realizar tarefas domésticas (SCHRAMM *et al.*, 2004; ALVES *et al.*, 2007).

Com o objetivo de desenvolver e implantar políticas públicas de prevenção e controle das DCNT, o Ministério da Saúde elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis no Brasil, para o

período de dez anos (2011-2022). O Plano aborda os quatro principais grupos de doenças que compreendem as DCNT e seus fatores de risco modificáveis em comum (tabagismo, etilismo, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade); definindo ainda as diretrizes e ações que envolvem a vigilância, informação, avaliação, monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2011c).

No que diz respeito aos fatores de risco selecionados, o Brasil apresenta o seguinte panorama: houve redução do tabagismo nas últimas décadas – passando de 34,8% em 1989 para 15,1% em 2010, porém o índice ainda é elevado; apenas 15% da população pratica alguma atividade física e 18,2% consome níveis adequados de frutas e hortaliças; 28% da população consome refrigerantes em cinco ou mais dias por semana; 48% dos adultos estão com excesso de peso e 14% com obesidade (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2011c). Segundo relatório da OMS a cada ano pelo menos 4,9 milhões de pessoas morrem devido uso do tabaco; 2,6 milhões morrem em decorrência do excesso de peso; 4,4 milhões morrem como consequência de níveis elevados de LDL (Low Density Lipoproteins) e 7,1 milhões de pessoas morrem devido pressão arterial elevada (WHO, 2005).

Assim, a hipertensão arterial sistêmica, como outras doenças crônicas não-transmissíveis, constitui-se um grave problema de saúde pública no Brasil. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) define Hipertensão Arterial Sistêmica, como condição clínica com múltiplos fatores causais, possui como característica fundamental níveis elevados ($\geq 140/90$ mmHg) e sustentados de pressão arterial. O Quadro 1 mostra os intervalos correspondentes à pressão sistólica e diastólica para correta classificação da HAS em estágios um, dois ou três.

Quadro 1 Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica para adultos maiores de 18 anos

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Hipertensão Estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão Estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: BRASIL, 2013

A HAS constitui-se como fator de risco para as principais causas de morte no Brasil que são: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e insuficiência cardíaca. Em nosso país, cerca de 20% da população possui hipertensão, representando cerca de 20 milhões de indivíduos. A prevalência dessa patologia varia de 5%, na faixa etária de 18 a 24 anos, a 58% entre a população com idade superior a 65 anos. A mortalidade por essa causa manteve níveis estáveis nos últimos anos, apresentando em torno de 20 óbitos por 100 mil habitantes na população com faixa etária de 40 a 59 anos e 150 óbitos por 100 mil habitantes na faixa populacional com mais de 60 anos de idade. Em relação às internações hospitalares, as doenças cardiovasculares relacionadas à HAS, representam 7,4% das internações, correspondendo a 13% (900 milhões de reais ao ano) dos gastos hospitalares do SUS (MENDES, 2010; BRASIL, 2011b).

Assim, dentre as metas traçadas pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT está a de reduzir a taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) por DCNT em 2% ao ano. Há ainda, inserida no eixo de ações referentes à Saúde Integral, a proposta de implantação de protocolos e diretrizes clínicas para as DCNT levando-se em consideração a vinculação entre o portador da doença e a Atenção Primária (BRASIL, 2011c).

Nesse panorama, o Ministério da Saúde enfatiza a importância das equipes multiprofissionais na atenção primária frente à necessidade de prevenção, acompanhamento e controle dos pacientes portadores de hipertensão. Porém, diversas dificuldades ainda necessitam de resolução a fim de que o cuidado prestado seja realizado de maneira mais efetiva. Um desses problemas envolve a operacionalização do acompanhamento aos pacientes diagnosticados com essa patologia, ou seja, a estruturação da rotina de consultas médicas e de enfermagem (BRASIL, 2013). Nesse contexto, estudos apontam que a classificação dos portadores de HAS segundo estratos de risco ainda não está inserido na rotina de trabalho dos centros de saúde, gerando por consequência a oferta de um cuidado que não agrega as reais necessidades do indivíduo (MENDES, 2010).

Assim, como forma de resolução do problema mencionado, o Ministério da Saúde preconiza a aplicação do Escore de Framingham, durante a consulta médica ou de Enfermagem. O objetivo da estratificação de risco é padronizar as condutas

referentes a cada grupo, além de ofertar e distribuir os recursos necessários para cada subpopulação estratificada. Com isso, o cuidado único para todos os portadores de HAS é substituído por outro mais individualizado, baseado em diferentes perfis de risco (BRASIL, 2006b, MENDES, 2010).

Dessa forma, tendo em vista o caráter progressivo das condições crônicas e a falência dos modelos de atenção voltados para as condições agudas, o gerenciamento do cuidado aos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica deve convergir com o processo de trabalho desempenhado pelos profissionais da atenção primária.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa que utilizou método quantitativo por meio de um estudo descritivo. Os estudos descritivos têm por objetivo determinar condições relacionadas à saúde ou a própria distribuição de doenças segundo as características do indivíduo, podendo com isso, identificar grupos de risco para que sejam geradas hipóteses causais e futuras investigações epidemiológicas (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Centro de Saúde de Ceilândia nº 4406, pois o mesmo está em processo de implantação da estratificação de risco para pacientes hipertensos. Dessa forma, a equipe está organizando as práticas do centro de saúde para a inserção desse modelo de atenção aos pacientes atendidos na unidade, em conformidade com o estabelecido pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal e pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b).

O referido centro de saúde possui os seguintes programas especiais: hipertensão, diabetes, DST/AIDS, automassagem, imunização, planejamento familiar, fisiologia, cárie zero, assistência à mulher, à criança e ao idoso. Tendo ainda, segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), uma equipe da Estratégia Saúde da Família composta por quatro Agentes Comunitárias de Saúde, uma Enfermeira, um Auxiliar de enfermagem e uma Médica de família e comunidade (DISTRITO FEDERAL, 2014a; BRASIL, 2014a).

Ceilândia, Região Administrativa (R.A.) nº IX do Distrito Federal (DF) e região onde o Centro de Saúde nº 4406 está localizado, foi instituída no ano de 1989. A nova R.A. surgiu como resultado da Campanha de Erradicação de Invasões (CEI) a qual era responsável pela transferência dos indivíduos que ocupavam a região central de Brasília de forma desordenada. Hoje, a RA-IX é a mais populosa do Distrito Federal contando com uma população urbana total de 449.592 pessoas, cuja

naturalidade em sua maioria (51,73%) é do próprio DF. Em relação às faixas etárias, a população de Ceilândia é majoritariamente jovem, possuindo, no entanto, expressivo grupo de indivíduos nas faixas etárias de 60 anos ou mais, os quais representam 14,4% da população total, conforme ilustrado na Figura 2 (CODEPLAN, 2013).

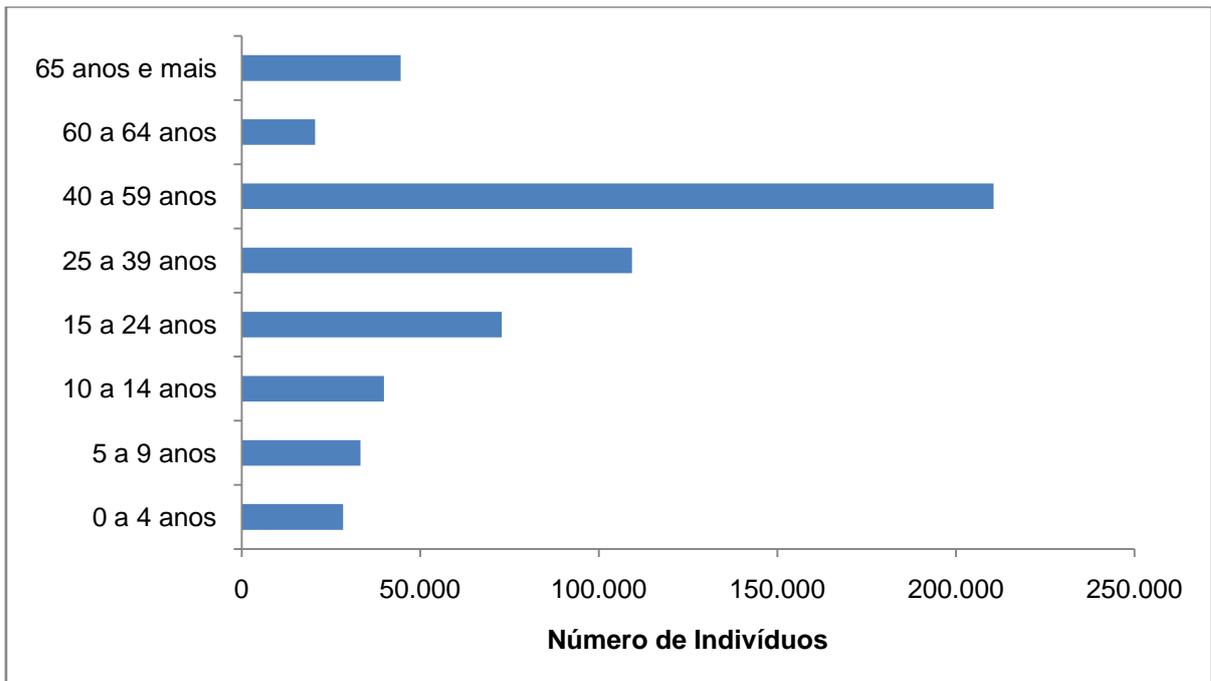


Figura 2 - Proporção dos diferentes grupos etários da Região Administrativa de Ceilândia, DF, 2013. CODEPLAN, 2013.

Em relação à escolaridade, a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios mostrou que 70% dos habitantes desta R.A. informaram que não estudavam, 37,8% relataram possuir fundamental incompleto e apenas 4,5% nível superior completo. No que diz respeito ao saneamento, 83,6% da população utiliza a rede geral de esgotamento e 9,17% fossas sépticas, porém em 7,5% dos domicílios há a presença de esgoto a céu aberto em seu entorno. Cerca de 92,6% usufrui do serviço de limpeza urbana porém em 11% dos domicílios possui entulho em suas cercanias (CODEPLAN, 2013).

A pesquisa citada apresentou ainda que cerca de 83% da população não possui plano de saúde. Além disso, 88,8% dos habitantes relataram utilizar os serviços do hospital público e 91,1% dos centros de saúde (CODEPLAN, 2013). A Regional de Saúde de Ceilândia conta com as seguintes estruturas de saúde: um

Hospital Regional que atende a diversas especialidades, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), um Laboratório Regional e doze Centros de Saúde. Os Centros de Saúde possuem classificação numérica, portanto são identificados pelos algarismos arábicos de um a doze. A regional conta ainda com uma Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) composta por três enfermeiros, cinco auxiliares de enfermagem, um fisioterapeuta e dois médicos; e uma Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP) composta por um assistente social, um nutricionista, um fonoaudiólogo e um terapeuta ocupacional. Além dessas equipes, Ceilândia conta com 16 equipes de Saúde da Família, duas equipes de Agentes Comunitários de Saúde e uma equipe de Consultório na Rua (CODEPLAN, 2013; DISTRITO FEDERAL, 2014a; BRASIL, 2014a).

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A seleção dos pacientes deu-se por meio de amostragem não-probabilística do tipo por conveniência, considerando que os participantes foram escolhidos por estarem disponíveis durante seu atendimento no Centro de Saúde selecionado. O atendimento de enfermagem geralmente referia-se à necessidade de participação nas atividades propostas no grupo para pacientes hipertensos. Este tipo de amostragem tem como limitação o fato de diminuir a possibilidade de inferir os resultados obtidos na amostra selecionada para o conjunto total de indivíduos (MARCONI; LAKATOS, 2010).

4.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos na amostra os usuários que atendiam, necessariamente, a todos os requisitos abaixo:

1. Homens e Mulheres com idade entre 30 e 74 anos – intervalo estabelecido pelo Escore de Framingham;
2. Cadastro no grupo de Hipertensos desenvolvido no Centro de Saúde nº 4406;

3. Prontuário eletrônico individual contendo resultados de exames referentes aos níveis de HDL (*High Density Lipoproteins*) colesterol e LDL colesterol realizados, no mínimo, no ano de 2013;
4. Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da amostra os usuários que não atenderam a pelo menos um dos critérios acima definidos.

Os pacientes selecionados foram estratificados segundo o Escore de Risco de Framingham (ERF) para Doença Cardiovascular (DCV), o qual estima o risco de indivíduos entre 30 e 74 anos desenvolverem nos próximos 10 anos um evento cardiovascular maior que inclui o infarto agudo do miocárdio ou morte por determinada causa cardiovascular (BRASIL, 2006b).

Este escore está proposto como forma de estratificação do risco cardiovascular no protocolo ministerial de Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal. O ERF baseia-se em diferentes fatores preditores de risco: idade, LDL colesterol, HDL colesterol, pressão arterial, diabetes e tabagismo. Cada variável possui valores numéricos correspondentes, os quais devem ser coletados e posteriormente somados para que seja estimado o risco cardiovascular em baixo (<10%), moderado (10 a 20 %) e alto (> 20%) (BRASIL, 2006b). Os valores das variáveis utilizados como parâmetro de cálculo para homens e mulheres estão descritos nos Quadros 2 e 3, respectivamente.

Quadro 2 - Escore de Risco de Framingham para Homens

IDADE		LDL - colesterol		HDL- Colesterol		
Anos	Pontos	mg/dl	Pontos	mg/dl	Pontos	
30-34	- 1	< 100	-3	< 35	2	
35-39	0	100-129	0	35 – 44	1	
40-44	1	130-159	0	45-49	0	
45-49	2	160-169	1	50-59	0	
50-54	3	≥ 170	2	≥ 60	- 1	
55-59	4					
60-64	5	DIABETES		DIABETES		
-69	6	NÃO	0	NÃO	0	
70-74	7	SIM	2	SIM	2	
PRESSÃO ARTERIAL						
SISTÓLICA		DIASTÓLICA				
		< 80	80-84	85-89	90-99	≥ 100
< 120		0	0	1	2	3
120-129		0	0	1	2	3
130 - 139		1	1	1	2	3
140-159		2	2	2	2	3
≥ 160		3	3	3	3	3

Fonte: BRASIL, 2006b.

Os possíveis resultados da soma dos pontos de todas as variáveis, para homens estão descritos no Quadro 4.

Quadro 3 - Total de Pontos e Risco para Evento Cardiovascular (REC) em Homens

Total de Pontos	≤ 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	≥14
	REC em 10 anos (%)	1	2	2	3	4	4	6	7	9	11	14	18	22	27	33	40	47

Fonte: BRASIL, 2006b.

Quadro 4 - Escore de Risco de Framingham para Mulheres

IDADE		LDL - colesterol		HDL- Colesterol		
Anos	Pontos	mg/dl	Pontos	mg/dl	Pontos	
30-34	- 9	< 100	- 2	< 35	5	
35-39	- 4	100-129	0	35 – 44	2	
40-44	0	130-159	0	45-49	1	
45-49	3	160-169	2	50-59	0	
50-54	6	≥ 170	2	≥ 60	- 2	
55-59	7					
60-64	8	DIABETES		DIABETES		
-69	8	NÃO	0	NÃO	0	
70-74	8	SIM	2	SIM	2	
PRESSÃO ARTERIAL						
SISTÓLICA		DIASTÓLICA				
		< 80	80-84	85-89	90-99	≥ 100
< 120	- 3	0	0	0	2	3
120-129	0	0	0	0	2	3
130 - 139	0	0	0	0	2	3
140-159	2	2	2	2	2	3
≥ 160	3	3	3	3	3	3

Fonte: BRASIL, 2006b.

Os possíveis resultados da soma dos pontos de todas as variáveis, para mulheres, estão descritos no Quadro 5.

Quadro 5 - Total de Pontos e Risco para Evento Cardiovascular (REC) em Mulheres

Total de Pontos	≤	-	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	≥17
	REC em 10 anos (%)	1	2	2	2	3	3	4	5	6	7	8	9	11	13	15	17	20	24	27

Fonte: BRASIL, 2006b.

4.4 COLETA DE DADOS

A primeira etapa consistiu na recepção aos pacientes que estavam presentes no Centro de Saúde para a participação na palestra referente ao grupo de Hipertensos. Assim, quando todos os indivíduos estavam acomodados nos lugares disponíveis, foi iniciado, pela pesquisadora, um diálogo que abordava a temática da hipertensão arterial. Nesse sentido foram discutidos assuntos referentes à: definição de hipertensão arterial sistêmica, bons hábitos de vida, formas de tratamento e principais complicações da doença. Após a abordagem dos temas acima referidos, foi inserida no diálogo a temática de Estratificação de Risco e com ela, a explicação dos objetivos e métodos da presente pesquisa. O tempo médio de duração dessa etapa foi de 20 minutos.

A segunda etapa foi iniciada com o convite, aos presentes, para participação na pesquisa, ressaltando-se a necessidade de possuir a idade abrangida pelo escore. Aqueles que aceitaram participar foram convidados a realizar a leitura do TCLE com o auxílio da pesquisadora. Após o entendimento de todos os requisitos pontuados no termo, os mesmos realizaram a assinatura nas duas vias disponíveis. Em seguida foi realizado levantamento dos exames laboratoriais registrados nos prontuários eletrônicos dos pacientes cadastrados nos grupos de hipertensos.

A partir desse momento, todas as informações foram inseridas no Instrumento de Coleta de Dados conforme APÊNDICE 1 e APÊNDICE 2. Procedeu-se então, a análise dos exames referentes à LDL-colesterol e HDL-colesterol, a fim de verificar se ambos estavam inseridos no período determinado para a pesquisa.

Após a verificação desses dados foi realizada, pela pesquisadora, a aferição da pressão arterial – dando início a terceira etapa da pesquisa. Para esse processo, foi utilizado esfigmomanômetro aneróide Premium®, previamente calibrado por profissionais em empresa autorizada, o qual possui manguito para a extensão de 18 a 35 centímetros. Além desse equipamento foi utilizado estetoscópio Premium®. Essa etapa foi realizada após a participação na palestra a fim de que todos os participantes estivessem em estado de repouso.

A aferição foi realizada em membro superior esquerdo, adotando-se para todos os pacientes a posição sentada (90°) conforme recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c). Assim, após a coleta dos valores referentes ao LDL e HDL-colesterol e pressão arterial, os pacientes foram questionados quanto aos dados relacionados a diabetes e tabagismo.

Concluída a etapa de coleta dos dados, foi realizada somatória dos valores correspondentes de cada variável com posterior verificação do correspondente ao Risco Cardiovascular. Assim, o nível de risco encontrado foi registrado no Prontuário Eletrônico de cada paciente e os mesmos receberam orientação quanto ao significado dos resultados encontrados.

Cada participante da pesquisa foi identificado no Instrumento de Coleta de Dados com o número do registro de seu prontuário eletrônico, o que permitirá a realização do acompanhamento necessário pela equipe do centro de saúde.

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A planilha Excel 2007 foi utilizada para construção do banco de dados e posterior análise quantitativa das informações coletadas. Os resultados estão apresentados sob forma de gráficos e tabelas com respectivas análises críticas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Por envolver pesquisa com seres humanos, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal com parecer nº 396.042 de 16/09/2013 (ANEXO 2). A pesquisa obteve prosseguimento somente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 3) por cada participante da pesquisa, conforme recomenda a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS

A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro e março de 2014, durante às segundas-feiras no período da tarde e às sextas-feiras pela manhã. Tais dias semanais estão designados, no centro de saúde, à recepção de pacientes hipertensos, seja para inclusão no grupo seja para acompanhamento periódico. No início da coleta de dados, ocorria demanda espontânea, porém, no mês de março houve agendamento prévio da consulta de enfermagem aos pacientes já cadastrados. O turno da manhã de sexta-feira ficou então reservado para o acolhimento dos pacientes recentemente diagnosticados com hipertensão, os quais apresentavam a necessidade de cadastramento no grupo para consequente consulta de enfermagem e estratificação de risco.

Assim, a amostra total compreendeu 51 pacientes. Desses, 22 (43,1%) apresentaram baixo risco para evento cardiovascular em 10 anos, 21 (41,2%) estavam com moderado risco e 8 (15,7%) com alto risco cardiovascular (Figura 3). Cerca de 72,5% (n=37) da amostra total pertencia ao sexo feminino e 27,5% (n=14) ao sexo masculino. A média de idade entre as mulheres foi de 59,2 anos e entre os homens de 59,9 anos.

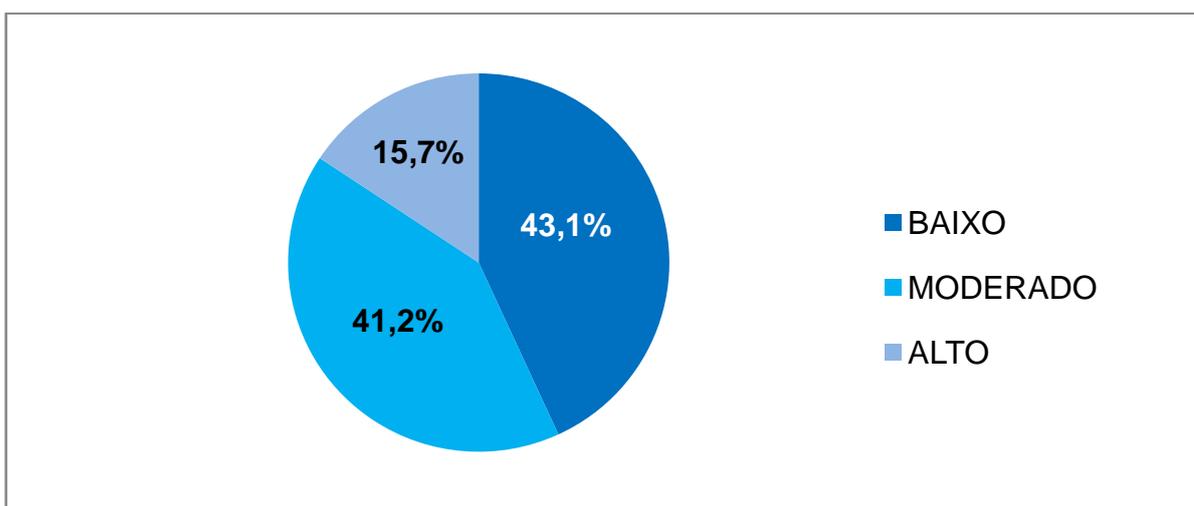


Figura 3 - Estratos de Risco Cardiovascular segundo Escore de Framingham, Centro de Saúde nº 06, Ceilândia-DF, 2014.

No escore de baixo risco, 86% (n=19) dos pacientes eram do sexo feminino e apresentavam idade média de 56 anos. Já no escore de moderado risco as

mulheres representaram 76,1% (n=16) da amostra, exibindo maior média de idade (62,2 anos) que no escore anterior. O escore de alto risco, porém, mostrou-se com perfil distinto, pois 62,5% (n=5) dos pacientes constituíam-se do sexo masculino, com média de idade de 65 anos (Figura 4)

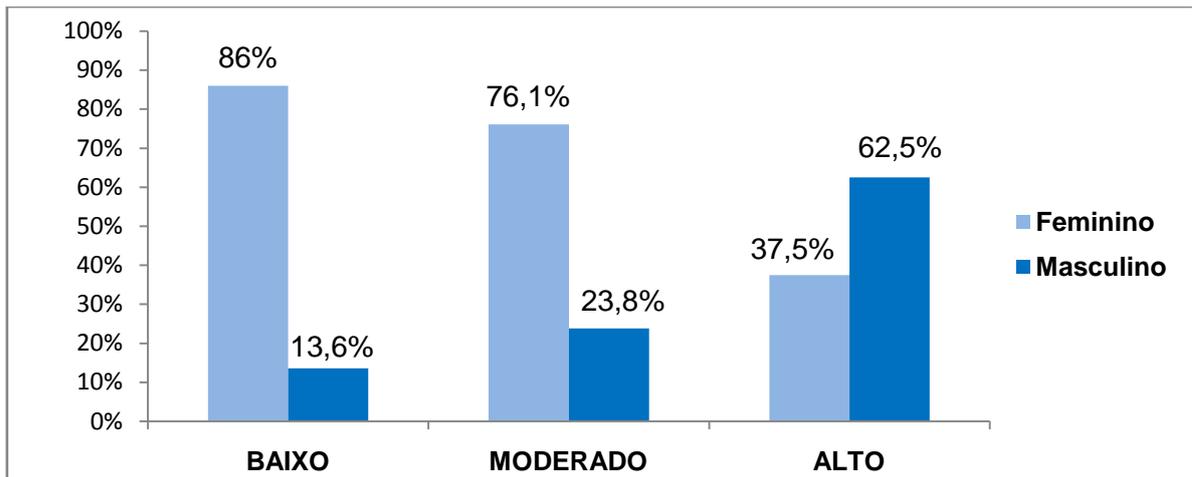


Figura 4 - Estratos de Risco Cardiovascular segundo sexos, Centro de Saúde nº 06, Ceilândia-DF, 2014.

Analisando-se separadamente as faixas etárias compreendidas na pesquisa, têm-se diferentes padrões segundo os três escores obtidos: no de baixo risco as faixas etárias compreendidas entre 50 e 69 anos corresponderam a 63,6% do total de pacientes estratificados nesse escore; já nos estratos de moderado e alto risco, os idosos com idade entre 60 e 69 anos corresponderam a maior parcela dentre os estratificados. A faixa etária mais jovem, de 30 a 39 anos, não possuiu, dentre a amostra selecionada, participantes estratificados nos escores de moderado e alto risco (Tabela 1).

Tabela 1 - Estratos de Risco segundo faixas etárias, Centro de Saúde nº 06, Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2014

Faixa Etária/ Estratos de Risco	30-39		40-49		50-59		60-69		70-74	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BAIXO (n=22)	2	9%	4	18,1%	7	31,8%	7	31,8%	2	9%

continua

MODERADO (n=21)	0	-	1	4,8%	6	28,6%	12	57,1%	2	9,5%
ALTO (n=8)	0	-	0	-	2	25%	4	50%	2	25%

Nas faixas etárias de 60 anos e mais, os escores de risco moderado e alto superaram o escore de baixo risco, panorama que não ocorreu nas idades inferiores a esta, nas quais o escore de baixo foi predominante entre os demais (Figura 5).

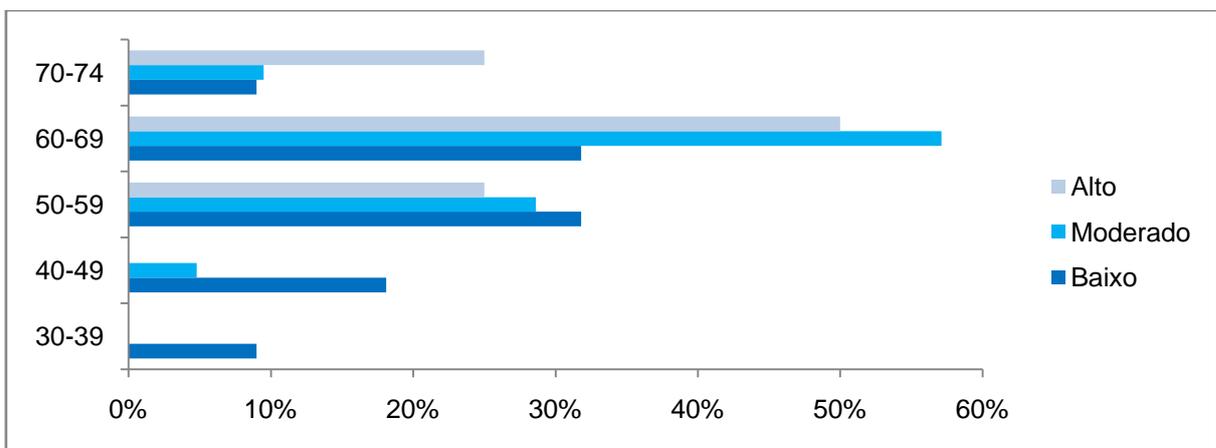


Figura 5 - Estratos de Risco Cardiovascular segundo faixas etárias, Centro de Saúde nº 06, Ceilândia-DF, 2014.

Em relação aos fatores preditores relacionados ao colesterol, foram considerados como valores de referência aqueles adotados pelo Laboratório Central de Saúde Pública do Distrito Federal responsável pela realização de exames laboratoriais da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Todos os exames laboratoriais inseridos no prontuário eletrônico dos pacientes participantes da pesquisa foram realizados no referido laboratório. Assim os valores de referência considerados adequados para LDL colesterol foram aqueles <130mg/dL e para HDL colesterol aqueles compreendidos entre 40-60mg/dL (DISTRITO FEDERAL, 2014b).

Cerca de 56,9% (n=29) dos pacientes apresentaram valores não desejáveis para LDL colesterol, os quais variaram do valor mínimo de 130mg/dL ao máximo de 205 mg/dL. Dentro desse grupo de pacientes, 72,4% (n=21) eram do sexo feminino e 27,6% (n=8) do sexo masculino. Além disso, 48,3% (n=14) desses indivíduos que apresentaram LDL colesterol alterado, ou seja, com valores \geq 130mg/dL foram

estratificados no escore de moderado de risco; 27,6% (n=8) no de alto risco e 24,1% (n=7) no escore de baixo risco (Figura 6).

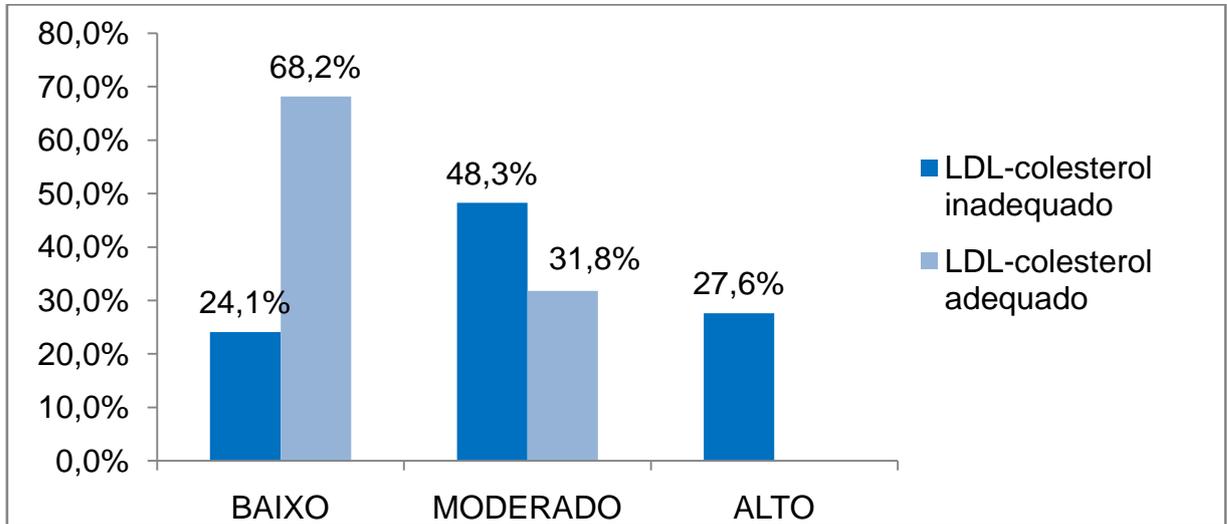


Figura 6 - Estratos de Risco Cardiovascular segundo valores de LDL-colesterol, Centro de Saúde nº 06, Ceilândia - DF, 2014.

Entre aqueles com níveis adequados de LDL colesterol, cerca de 68,2% (n=15) foram estratificados no escore de baixo risco e 31,8% (n=7) no escore de moderado risco. Nenhum paciente com níveis adequados de LDL colesterol apresentou estratificação no grupo de alto risco (Tabela 2).

Tabela 2 - Estratos de Risco segundo sexo, LDL - colesterol e HDL-colesterol, Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2014

Estratos de Risco x Variáveis	Baixo		Moderado		Alto		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo Feminino	19	86	16	76,1	3	37,5	37	72,5
Sexo Masculino	3	13,6	5	23,8	5	62,5	14	27,5
LDL-colesterol adequado (< 130 mg/dL)	15	68,2	7	31,8	-	-	22	43,1
LDL-colesterol inadequado (≥130 mg/dL)	7	24,1	14	48,3	8	27,6	29	56,9

continua

								conclusão
HDL-colesterol adequado (40 -60 mg/dL)	20	43,5	18	39,1	8	17,4	46	90,2
HDL-colesterol inadequado (< 40 mg/dL ou >60mg/dL)	2	40	3	60	-	-	5	9,8

Referindo-se agora aos valores de HDL colesterol, 90,2% (n=46) dos pacientes obtiveram níveis adequados e, desses, 73,9% (n=34) correspondiam ao sexo feminino. Dentro desse grupo, 39,1% (n=18) obtiveram estrato moderado de risco; 43,5% (n=20) baixo estrato de risco e 17,4% (n=8) alto estrato de risco. Apenas 9,8% (n=5) dos pacientes apresentaram valores inadequados para HDL-colesterol, os quais estiveram no intervalo entre os valores de 30mg/dL a 96mg/dL. Desses pacientes, 60% (n=3) obteve estrato moderado de risco e 40% (n=2) apresentou estrato de risco baixo (Tabela 2).

O tabagismo foi relatado por 9,8% (n=5) dos indivíduos os quais, em sua maioria, eram do sexo masculino. A média de idade foi de 62,2 anos. Desses pacientes, 40% (n= 2) obteve estrato de risco baixo, outros 40% (n=2) estrato de risco alto e 20% (n=1) foi estratificado em escore moderado de risco. A variável de LDL colesterol estava alterada em 80% (n=4) desses pacientes.

A variável diabetes mellitus foi relatada por 15,7% (n=8) dos pacientes. Desses, 62,5% pertenciam ao sexo feminino e possuíam idade média de 62 anos. A parcela restante era composta por homens com idade média de 51,7 anos. Do total de pacientes, 50% obteve baixo estrato de risco para doença cardiovascular.

Em relação aos níveis pressóricos, trataremos os valores segundo classificações do Ministério da Saúde inseridas no Caderno de Atenção Básica nº 37 referente à assistência aos pacientes portadores de doenças crônicas, em especial, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (BRASIL, 2013).

Assim, como todos os pacientes já haviam sido diagnosticados com HAS e estavam em tratamento na unidade de saúde obtivemos o seguinte panorama: 68,6% (n=35) dos pacientes apresentaram níveis adequados de pressão arterial;

31,4% (n=16) apresentaram valores pressóricos superiores a 140/90 mmHg. Desse conjunto de pacientes com níveis de pressão inadequados, 50% (n=8) estava inserido no estágio 1 de HAS, 37,5% (n=6) no estágio 2 e 12,5% (n=2) no estágio 3 (Tabela 3).

Tabela 3 - Estratos de Risco segundo pressão arterial, Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2014

Estratos de Risco x Pressão Arterial	Baixo		Moderado		Alto		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pressão Arterial Adequada $\leq 140/90$ mmHg	20	57,1	13	37,1	2	5,7	35	68,6
Hipertensão Estágio 1	2	25	2	25	4	50	8	15,7
Hipertensão Estágio 2	-	-	3	50	3	50	6	11,8
Hipertensão Estágio 3	-	-	1	50	1	50	2	3,9

Fonte: Elaboração própria

Assim, considerando a presença de hipertensão arterial, mais de 50% dos indivíduos com pressão arterial de valores adequados, obteve estratificação de baixo risco. Níveis pressóricos mais elevados ($\geq 140/90$ mmHg) estiveram relacionados com maiores estratos de risco para desenvolvimento de evento cardiovascular nos próximos dez anos (Figura 7).

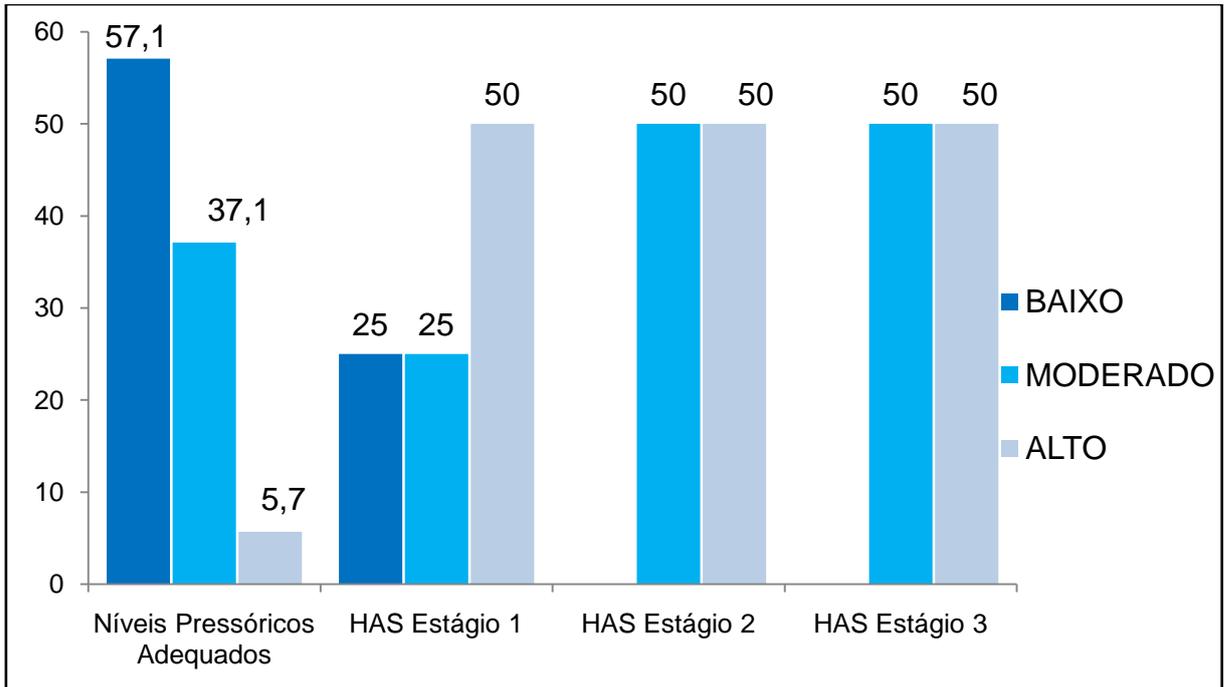


Figura 7 - Porcentagem de Estratos de Risco segundo níveis de pressão arterial, Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2014.

6 DISCUSSÃO

Sampaio, Melo e Wanderley (2010) em estudo para estratificação de risco realizado com usuários atendidos por equipe de Saúde da Família no estado de Alagoas apontam, assim como o presente estudo, para um cenário de predominância do sexo feminino, o qual representou mais de 70% da amostra. Perfil semelhante foi encontrado por Cavagioni e Pierin (2012) em estudo com profissionais de saúde que atuavam em atendimento pré-hospitalar no estado de São Paulo e Pimenta et al. (2012) com amostra constituída por funcionários de uma universidade pública do estado de Minas Gerais.

Característica distinta foi encontrada por Cesarino et al. (2013) analisando-se pacientes renais crônicos em uso do tratamento de hemodiálise, em que o sexo masculino correspondeu a 56,6% do total de entrevistados e apresentou idade média de 57,4 anos. Outros estudos apontaram para a maior participação das mulheres nos serviços de saúde em detrimento da participação masculina (BUENO, 2008). Gomes, Nascimento e Araujo (2007) relacionaram essa menor participação masculina ao pensamento de fragilidade e/ou vulnerabilidade frente à busca por ações preventivas de saúde

No presente estudo, 43,1% da amostra foi estratificada no escore de baixo risco, perfil que se encontra em concordância aos encontrados por outros estudos (SAMPAIO; MELO; WANDERLEY, 2010; CAVAGIONI; PIERIN, 2012; CESARINO et al., 2013). Tal cenário pode está relacionado com o predomínio (68,6%), na amostra, de níveis pressóricos adequados, os baixos índices de tabagistas (9,8%) e diabéticos (15,7%) e idade média da população estudada inferior a 60 anos. Tais fatores refletem na soma de pontos referentes a cada uma dessas variáveis, gerando por consequência valores correspondentes ao escore de baixo risco.

Nesse contexto, o controle da pressão arterial é um dos desafios encontrados não só pelas equipes de saúde brasileiras, mas por outras equipes de países como Alemanha e Estados Unidos. Nesses países, cerca de 18,5% e 18%, respectivamente, da população portadora de HAS e atendida pela rede da APS possui sua pressão arterial em níveis controlados. Essa porcentagem é de cerca de 8% quando se analisa a população da Europa. Índices superiores são encontrados em países como Canadá (66%) e Cuba (40%) (BRASIL, 2013). No caso desse

último país, os valores aumentaram consideravelmente quando a população em questão possui atendimento regular na APS (BRASIL, 2013).

Assim, para tais pacientes estratificados no escore de baixo são recomendadas, além das consultas anuais com médicos e enfermeiros, medidas de promoção e prevenção em saúde e estímulo para implantação do autocuidado apoiado. A avaliação da capacidade de autocuidado do paciente será influenciada por sua percepção sobre a condição crônica, necessitando, portanto, de avaliação contínua por parte dos profissionais de saúde. Dessa forma, o conhecimento dos graus de autocuidado de cada indivíduo permite um melhor planejamento das sugestões de cuidado. Outra estratégia que pode ser implantada na APS é o cuidado compartilhado, por meio do qual é possível realizar o acompanhamento da situação de saúde dos pacientes de uma forma coletiva. Ou seja, a equipe de saúde convida os pacientes estratificados no mesmo escore de risco para formação de grupos com números determinados. Durante as reuniões, a dinâmica é dada pela exposição de questionamentos e experiências dos próprios pacientes com consequente compartilhamento de conhecimentos. Essa ferramenta permite que o paciente e suas reais necessidades sejam o foco do processo de educação em saúde promovendo assim maior efetividade de ações e fortalecimento de vínculos entre profissionais de saúde e pacientes (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014b; MENDES, 2012).

Considera-se que tais estratégias de promoção e prevenção em saúde adotadas pelas equipes de saúde no âmbito da atenção primária, devem atender de forma eficiente as necessidades de saúde dos indivíduos hipertensos. Porém, percebemos a necessidade de uma visão mais ampliada a cerca da assistência a esses pacientes, tendo em vista a grande complexidade e variedade de fatores que interferem nesse processo. Para isso, é de fundamental importância que cada profissional, seja ele de enfermagem ou não, tenha o compromisso de identificar as necessidades individuais e coletivas da população sob sua responsabilidade, a fim de evitar prescrições demasiadamente generalizadas e desconectadas do contexto ao qual o indivíduo está inserido.

Ainda em relação aos estratos de risco, o presente estudo, apresentou 41,2% e 15,7% dos pacientes estratificados em moderado e alto risco, respectivamente. A média de idade desses pacientes foi de 62,2 anos entre os de moderado risco e 65 anos entre aqueles com alto risco cardiovascular. Outros estudos obtiveram mesmo padrão de estratificação, ou seja, o risco de evento cardiovascular foi baixo para a maioria dos pacientes, sendo seguido dos demais estratos (SAMPAIO; MELO; WANDERLEY, 2010; CAVAGIONI; PIERIN, 2012). Porém, a média de idade dos pacientes desses estudos foi baixa (entre 30 e 49 anos), fator que pode ter contribuído para esse resultado.

Dessa forma, aqueles classificados com menores riscos (baixo e moderado) devem ter sua atenção voltada para atividades de mudanças no estilo de vida e autocuidado. Aqueles em condições de alto risco terão maior concentração de cuidados pela equipe de saúde no âmbito da atenção primária e especializada tendo agregado em seu tratamento tanto a terapêutica medicamentosa quanto aquela relacionada a mudanças no estilo de vida (MENDES, 2010; BRASIL, 2013).

Há ainda a recomendação ministerial de que os indivíduos com escores de moderado risco tenham consultas médicas e de enfermagem com seguimento semestral e os de alto risco possam ser acompanhados trimestralmente. Além disso, todos os pacientes, independentemente dos estratos de risco, devem ter acesso a orientações quanto a mudanças no estilo de vida e participação em ações individuais e coletivas relativas à educação em saúde (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2013).

Em relação às faixas etárias, o presente estudo obteve predominância dos escores de baixo e moderado risco entre a amostra com idade entre 30 e 69 anos. Estudos com prevalência de população adulta, com média de idade inferior a 60 anos, encontraram resultados semelhantes ao presente estudo, onde os escores de baixo e moderado risco representaram a maioria dos estratificados (CAVAGIONI; PIERIN, 2012; CESARINO et al., 2013). Sampaio, Melo e Wanderley (2010) apontaram resultado distinto o qual apresenta a predominância de escore de alto risco na população com faixa etária igual ou superior a 50 anos.

O aumento das DCNT está diretamente relacionado ao processo de envelhecimento da população. Em 2008, cerca de 79,1% dos indivíduos brasileiros com idade superior a 65 anos relataram ser portadores de doença crônica (VERAS, 2009; MENDES, 2012). O presente trabalho vem, portanto, inserir dado complementar nesse cenário, pois a análise percentual revelou que o aumento progressivo da faixa etária está relacionado em maior participação nos estratos de risco mais elevados para o desenvolvimento de evento cardiovascular no período de 10 anos. Assim, tendo em vista que o processo de envelhecimento é algo inerente ao ser humano e, portanto, constitui-se como fator de risco não-modificável, é necessário que a APS esteja apta a desenvolver estratégias que propiciem a redução da exposição desses indivíduos aos demais fatores de risco que influenciam diretamente na qualidade do processo de envelhecimento (MENDES, 2012).

No que diz respeito ao tabagismo, os resultados do presente estudo foram semelhantes aos encontrados por Sampaio, Melo e Wanderley (2010). Porém, outros trabalhos, com características de amostra distintas, apontaram maior porcentagem de tabagistas no grupo analisado. Nesses estudos, esse percentual foi de 51,3% entre pacientes renais crônicos (CESARINO et al., 2013), de 20% no grupo de profissionais de saúde composto por enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médicos (CAVAGIONI; PIERIN, 2012); e de 18,7% entre motoristas de transporte coletivo (LANDIM; VICTOR, 2006).

Esse cenário é um recorte do panorama nacional, no qual, no ano de 2010, cerca de 15,1% da população adulta ainda era fumante. Tais dados são expressivos, tendo em vista que o tabagismo está diretamente envolvido, juntamente com outros fatores de risco modificáveis, no processo causal de diversas doenças crônicas não-transmissíveis como neoplasias de pulmão, bronquite crônica, cardiopatias isquêmicas e doenças cerebrovasculares. Além disso, o controle do tabagismo é fundamental para o paciente hipertenso, pois o hábito acarreta em diversas barreiras que dificultam a eficácia do tratamento, dentre as quais estão: dificuldade em atingir níveis pressóricos adequados, resistência às drogas anti-hipertensivas, aumenta risco de avanço da insuficiência renal e de complicações cardiovasculares (BRASIL, 2013).

Por isso, a redução da prevalência de tabagismo entre adultos foi constituída como uma das metas nacionais a serem alcançadas até o ano de 2022. Nesse sentido, a APS possui papel fundamental na abordagem e controle desse fator de risco, tendo em vista a possibilidade de implantação de estratégias de educação em saúde por meio de intervenções individuais e coletivas. Para a eficácia dessa medida, além de ações nas esferas complementares à da saúde, faz-se necessário o aumento das medidas que envolvem a prevenção e/ou interrupção do uso do tabaco (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2013).

Na amostra do presente estudo, 56,9% e 9,8% dos indivíduos apresentaram valores indesejáveis de LDL-colesterol e HDL-colesterol, respectivamente. Em estudo de Cavagioni e Pierin (2012) 29,2% dos indivíduos apresentaram níveis indesejáveis de LDL-colesterol e 11% exibiam níveis desejáveis de HDL-colesterol. Sampaio, Melo e Wanderley (2010) mostraram que 69,3% dos indivíduos pesquisados apresentavam alguma alteração nos níveis de colesterol. Tais níveis elevados estão relacionados ao aumento do risco de ocorrência de patologias relacionadas ao aparelho circulatório. Além disso, estudos apontaram que cerca de 6,5% da mortalidade é atribuível ao colesterol, o qual posiciona-se à frente de fatores de riscos como sedentarismo e sexo não-protetido (BRASIL, 2011c; MENDES, 2012). Em relação às medidas de promoção e prevenção em saúde, a recomendação é que a orientação alimentar deve está obrigatoriamente presente no âmbito de ações da atenção primária buscando-se prevenir a ocorrência de excesso de peso e alto consumo de gorduras e carboidratos (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014b).

Nesse sentido, as equipes de saúde devem promover o estímulo do hábito de alimentação saudável, por meio de estratégias de identificação de dificuldades quanto às recomendações com conseqüente implantação de mudanças nos hábitos alimentares. Ou seja, os profissionais de saúde necessitam compartilhar o plano de cuidados com os pacientes a fim de que sejam discutidas as recomendações mais condizentes com as necessidades individuais e coletivas apresentadas.

Vale destacar ainda, que a participação multiprofissional é fundamental para atenção integral ao paciente com HAS, já que, por ser uma condição crônica e

multifatorial, demanda um cuidado que envolva esse conjunto complexo de fatores. Dessa forma, a estratificação de risco possibilita a identificação de necessidades e o direcionamento mais adequado de recursos materiais e humanos gerando por consequência uma atenção à saúde mais efetiva, de melhor qualidade e com custo adequado às necessidades apresentadas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura aponta que o Escore de Risco de Framingham para estratificação do risco cardiovascular é mais utilizado em cenários externos à APS e com populações de características distintas, ou seja, têm-se ainda um número pouco expressivo de estudos que utilizaram em sua metodologia a estratificação de risco para pacientes hipertensos na atenção primária à saúde. Entretanto, a utilização da estratificação de risco poderia ser incorporada aos processos de trabalho das equipes de saúde a fim de contribuir para a qualificação da assistência aos pacientes com doenças crônicas, em especial a hipertensão arterial sistêmica.

É importante ressaltar que na estratificação de risco, o fato de um indivíduo ter sido classificado, naquele momento, no estrato de baixo risco não significa, necessariamente, que o mesmo permanecerá neste estrato durante toda a sua vida. O mesmo ocorre com um indivíduo classificado no estrato de médio ou alto risco. A permanência ou mudança de estrato é influenciada por vários fatores, que podem ser traduzidas em necessidades, ao longo da vida, e que se não satisfeitas podem levar aos processos de adoecimento e/ou morte.

Nesse caso, profissionais e pacientes desempenham papéis fundamentais, onde os primeiros devem compreender tais necessidades e levá-las em consideração durante o acompanhamento ao paciente, superando o perfil, predominante, de meros prescritores de ações; e o segundo, no caso os usuários, seguindo no processo de serem agentes ativos, no de cuidado à sua saúde.

Nesse sentido, a enfermagem desempenha um papel indispensável, tendo em vista que a sua visão está voltada não só para o processo patológico em si, mas também para os diversos fatores influenciadores desse processo. Dentre eles estão os hábitos alimentares individuais, familiares e comunitários, os hábitos de vida, as características sociais e religiosas e as redes de apoio. Um profissional que busca efetividade em suas ações não trabalha sozinho, mas sim em conjunto com sua equipe e paciente. E para que isso ocorra, é preciso implantar uma escuta qualificada, um diálogo efetivo que promova a construção conjunta do cuidado, e ações sistematizadas baseadas em evidências e necessidades de saúde.

Este estudo tem como limitações, como referido anteriormente, o fato de utilizar amostra não-probabilística por conveniência, o que diminui a possibilidade de inferir os resultados para o conjunto total de indivíduos. Por outro lado, este estudo pode beneficiar os usuários do Centro de Saúde número seis, na medida em que ao serem apresentados os resultados para a equipe, conforme finalidade do mesmo, poderão ser apropriados para o atendimento desta população. Cabe ressaltar que cada paciente participante da pesquisa recebeu o benefício imediato de orientações relacionadas ao seu estrato risco bem como consulta médica agendada na própria unidade. Além disso, a divulgação desta metodologia pode favorecer sua incorporação no processo de trabalho, não só daquelas equipes, mas também de outras que compõem o cenário das unidades básicas de saúde na regional da Ceilândia.

Recomenda-se que estudos deste tipo sejam realizados e aprofundados, no sentido de se fazer a Classificação de Risco Cardiovascular Global, onde o Escore de Framingham esteja inserido como um dos fatores a ser avaliado, juntamente com outras variáveis como, por exemplo, a avaliação de peso, da circunferência abdominal, do histórico familiar e de outros exames laboratoriais.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP- Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.6, p. 1337-1349, 2009.

ALWAN, A. *et al.* Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **The Lancet**, v.376, p.1861-1868, 2010.

ALVES, L. C. *et al.* A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p.1924-1930, 2007.

BARROS, D. F. *et al.* O contexto da formação dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.19, n.1, p. 78-84, 2010.

BENGOA, R. Empatanados. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, v. 1, n.1, p. 1-7, 2008;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1986. 29 p.

_____. Lei n.8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 16 mai. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília,DF: Ministério da Saúde,1997. 36p.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família. **Avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 210 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender o Pacto pela Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2006a. p.38

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 58 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília, DF: CONASS, 2007. 164 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas**. Brasília, DF: CONASS, 2009. 100 p.

_____. Senado Federal. Subsecretaria Especial de Editoração e publicações. Subsecretaria de Edições Técnicas. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº1/92 a 66/2010 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº1 a 6/94. Brasília, DF: Senado Federal, 2010. 104 p.

BRASIL. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In:_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. 152 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c. 148 p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. In: **Diário Oficial da União**. Brasília. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 12 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 19 mai. 2014a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 162 p.

BUENO, J. *et al.* Avaliação Nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p.1237-1246, 2008.

CAVAGIONI, L.; PIERIN, A. M. Risco Cardiovascular em profissionais de saúde de serviço de atendimento pré-hospitalar. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p.395-403, 2012.

CESARINO, C. B. et al. Avaliação do Risco Cardiovascular de pacientes renais crônicos segundo critérios de Framingham. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.26, n. 1, p.101-107, 2013.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL (CODEPLAN). Diretoria de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios Distrito Federal**. Brasília, DF. 2013. 148 p. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br>. Acesso em: 19 mai. 2014.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S7-S27, 2008. Suplemento 1.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Regional de Saúde de Ceilândia. Brasília, 2014a. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/266-regional-de-saude-de-ceilandia.html>. Acesso em: 19 mai. 2014.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Laboratório Central de Saúde Pública do Distrito Federal (LACEN DF). Brasília, 2014b. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/outros-links/lacen-df.html>. Acesso em: 19 mai. 2014b.

FRENK, J. **Bridging the divide**: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health; 2006.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). **Programa Saúde da Família – saúde dentro de casa**. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde; 1994. 20 p.

GIOVANELLA, L. *et al.* **O Sistema Único de Saúde**. ____ In: *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 22ª edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.435-71.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 565-574, 2007.

GOHN, M.G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.2, p.20-31, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um Panorama da saúde no Brasil**: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro, 2008. 256 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Distribuição da população por sexo segundo os grupos de idade. Sinopse do Censo Demográfico,

2010. Disponível em:
<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00>. Acesso em:
25 jun. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro, 2011. 135 p.

LAVOR, A. C.; LAVOR, M. C.; LAVOR, I. C. Agente Comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. **SANARE**, Ceará, v.5, n.1, p. 121-128, 2004. Disponível em:
<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/130/122>. Acesso: 22 abr. 2013.

LANDIM, M. B.; VICTOR, E. G. Escore de Framingham em motoristas de transportes coletivos urbanos de Teresina, Piauí. **Arq. Bras. de Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 3, p. 315-320, 2006.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. de Saude**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p.2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 1. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MOYSÉS, S. M. *et al.* **Laboratório de Inovações no Cuidado das Condições Crônicas na APS: a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná**. 1. ed. Brasília,DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012. 193 p.

NUNES, M. O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1639-1646, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Relatório Mundial. Brasília, DF: Organização Mundial da Saúde. 2003. 105 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS. Contribuições para o debate. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde. 2011.113 p.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PIMENTA, A. M. *et al.* Trabalho noturno e risco cardiovascular em funcionários de universidade pública. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 2, p.168-177, 2012.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D. E.; BLANK, V. L. A Temática do processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. In: FONSECA, A. F. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 97- 116.

ROMAGNOLI, R. C. Breve estudo institucionalista acerca do Programa de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.3, p.525-536, 2009.

SAMPAIO, M. R.; MELO, M. B.; WANDERLEY, M. S. Estratificação do Risco Cardiovascular Global em pacientes atendidos numa Unidade de Saúde da Família (USF) de Maceió, Alagoas. **Rev. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.47-56, 2010.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 322, p.1949-1941, 2011. Disponível em: http://www.sbh.org.br/pdf/lancet_collection.pdf. Acesso em: 30 abr. 2013.

SCHRAMM, J. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p. 897-908, 2004.

SHIMIZU, H. E.; JUNIOR DANIEL, A. C. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 2405-2414, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Cardiologia. **Arq. Bras. de Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 95, p. S1-S51, 2010. Suplemento 1.

SOUZA, G. C.; COSTA, I. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 182 p.

VENTURA, D. F. L. Direito Internacional Sanitário. In: Ministério da Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**: coletânea de textos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. v. 1, p. 249-67.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios, inovações. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n.3, p.548-54, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing chronic diseases**: a vital investment. Geneva, World Health Organization/Public Health Agency of Canada, 2005.

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA MULHERES

USUÁRIO _____ IDADE: _____
 PRESSÃO ARTERIAL _____

IDADE		LDL - colesterol		HDL- Colesterol		
Anos	Pontos	mg/dl	Pontos	mg/dl	Pontos	
30-34	- 9	< 100	- 2	< 35	5	
35-39	- 4	100-129	0	35 – 44	2	
40-44	0	130-159	0	45-49	1	
45-49	3	160-169	2	50-59	0	
50-54	6	≥ 170	2	≥ 60	- 2	
55-59	7					
60-64	8	DIABETES		DIABETES		
-69	8	NÃO	0	NÃO	0	
70-74	8	SIM	2	SIM	2	
PRESSÃO ARTERIAL						
SISTÓLICA		DIASTÓLICA				
		< 80	80-84	85-89	90-99	≥ 100
< 120	- 3	0	0	0	2	3
120-129	0	0	0	0	2	3
130 - 139	0	0	0	0	2	3
140-159	2	2	2	2	2	3
≥ 160	3	3	3	3	3	3

Total de Pontos	≤ 2	- 1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	≥17
	REC em 10 anos (%)	1	2	2	2	3	3	4	5	6	7	8	9	11	13	15	17	20	24	27

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto “ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”. O objetivo da pesquisa é de estimar o risco de o(a) senhor(a) desenvolver alguma doença ligada ao seu coração nos próximos dez anos. A pesquisa envolverá aplicação de uma entrevista e aferição da pressão arterial no Centro de Saúde número 06 localizado na cidade de Ceilândia- DF.

A sua participação é de grande importância para a realização do presente trabalho e alguns critérios serão considerados:

- A participação na pesquisa será feita de forma voluntária, sem nenhum prejuízo à sua saúde ou acesso ao serviço de saúde.
- A qualquer momento, se desejar, o(a) senhor(a) poderá desistir da pesquisa sem que haja qualquer dano à continuidade do seu atendimento na unidade de saúde.
- Asseguramos que seu nome não aparecerá e será mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). Os resultados serão utilizados somente para fins científicos.
- As informações obtidas serão divulgadas na Universidade de Brasília e poderão ser publicadas posteriormente. Os dados obtidos ficarão sob a guarda do pesquisador.
- O presente TCLE está elaborado em duas vias. Uma ficará com o(a) senhor(a) e a outra com o pesquisador.

Desde já, agradeço a sua participação na pesquisa. Estou à sua disposição por meio dos telefones (61) 8149-7270 ou (61) 8563-3727, (61) 8103-1187 ou pelos emails nairapsousa@hotmail.com; tania.rehem@gmail.com. Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Como participante da pesquisa afirmo que fui devidamente orientado (a) sobre o objetivo da pesquisa e concordo com a utilização devida, nesta pesquisa, das informações por mim prestadas.

Nome/Assinatura do(a) participante:

Nome/Assinatura do pesquisador:

TANIA CRISTINA MORAIS SANTA BÁRBARA REHEM

Ceilândia, ____/____/____

ANEXO 1 – RECOMENDAÇÕES PARA MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL

1. Explicar o procedimento ao paciente, orientando que não fale e descanse por 5-10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável. Promover relaxamento, para atenuar o efeito do avental branco
2. Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos há 60-90 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes; e não está com as pernas cruzadas.
3. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente.

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Adulto Pequeno	20–26	10	17
Adulto	27–34	12	23
Adulto grande	35–45	16	32

4. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.
5. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível a pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.
6. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.
7. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determinou a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente.
8. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff).
9. Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco.
10. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.
11. O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento.
12. Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida.

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratificação de Risco Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: TANIA CRISTINA MORAIS SANTA BARBARA REHEM

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19678113.9.0000.5553

Instituição Proponente: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / FEPECS/ SES/ DF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 396.042

Data da Relatoria: 16/09/2013

Apresentação do Projeto:

sem alterações

Objetivo da Pesquisa:

sem alterações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

sem alterações

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

sem alterações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Refeito o TCLE - Pendência atendida

Recomendações:

Enviar relatório final ao término da pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendência atendida

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 396.042

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 16 de Setembro de 2013

Assinador por:
luiz fernando galvão salinas
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com