

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES EM ADULTOS JOVENS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU DIABETES MELLITUS^a

Thereza Maria Magalhães MOREIRA^b, Emilian Bezerra GOMES^c, Jênifa Cavalcante dos SANTOS^d

RESUMO

Objetivou-se investigar os fatores de risco associados em adultos jovens com hipertensão arterial e diabetes mellitus acompanhados em seis Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), de Fortaleza, Ceará. Estudo descritivo e documental, desenvolvido a partir das fichas de cadastro do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA). A amostra é composta de 60 fichas, incluindo hipertensos, diabéticos e os que possuíam os dois diagnósticos. Os resultados mostraram maior frequência de adultos jovens do sexo feminino (78%). Com relação aos fatores de risco, sobressaíram-se a hipertensão arterial (n=45), antecedentes familiares (n=33), sobrepeso (n=33) e sedentarismo (n=27). Na estratificação do risco cardiovascular, a maioria apresentou médio risco adicional para doença cardiovascular. Conclui-se que a avaliação individualizada dos fatores de risco subsidia uma ação direcionada para eventos possíveis, sendo necessários investimentos na prevenção e também na capacitação e manutenção do sistema HIPERDIA.

Descritores: Hipertensão. Diabetes mellitus. Doenças cardiovasculares. Fatores de risco. Atenção primária à saúde.

RESUMEN

Se pretendió investigar los factores de riesgo en adultos jóvenes con hipertensión y diabetes mellitus en pacientes de seis Unidades Básicas de Salud Familiar (UBASF), Fortaleza, Ceará, Brasil. Estudio descriptivo y documental, desarrollado a partir de los registros de inscripción en el Programa de Atención a la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus (HIPERDIA). La muestra consistió en 60 fichas, incluyendo hipertensos, diabéticos y los que poseían ambos diagnósticos. Los resultados señalaron mayor frecuencia de adultos jóvenes femeninos (78%). Con respecto a los factores de riesgo, se sobresalieron la hipertensión (n=45), los antecedentes familiares (n=33), el sobrepeso (n=33) y el sedentarismo (n=27). En la estratificación del riesgo, la mayoría tuvo riesgo promedio para enfermedad cardiovascular. Se concluye que la evaluación individualizada de factores de riesgo subvenciona una acción dirigida a los eventos posibles, que requieren inversión en la prevención, así como en la formación y mantenimiento del sistema HIPERDIA.

Descriptorios: Hipertensión. Diabetes mellitus. Enfermedades cardiovasculares. Factores de riesgo. Atención primaria de salud.

Título: Factores de riesgo cardiovascular en adultos jóvenes con hipertensión y/o diabetes mellitus.

ABSTRACT

In this study we aimed to investigate the risk factors associated with arterial hypertension and diabetes mellitus in young adults assisted in six Family Health Units (UBASF), of Fortaleza, Ceará, Brazil. This is a descriptive and documental study, based on the records of the Care Program to Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus (HIPERDIA). The sample was composed of 60 records, including hypertensive, diabetics and patients with the two diagnoses. The results showed prevalence of young female adults (78%). Regarding the risk factors, arterial hypertension (n=45), family history (n=33), overweight (n=33) and sedentary lifestyle (n=27) stood out. Regarding the cardiovascular risk stratification, most presented Medium additional risk for cardiovascular disease. We concluded that the individualized evaluation of risk factors supports an action addressed for possible events, being necessary investments in prevention and also in training and maintenance of the HIPERDIA system.

Descriptors: Hypertension. Diabetes mellitus. Cardiovascular diseases. Risk factors. Primary health care.

Title: Cardiovascular risk factors in young adults with arterial hypertension and/or diabetes mellitus.

^a Artigo derivado do projeto "Análise da adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas em Fortaleza-Ceará" iniciado em 2008.

^b Doutora em Enfermagem, Professora dos Programas de Pós-Graduação Doutorado em Saúde Coletiva e Mestrados em Saúde Pública e Cuidados Clínicos em Saúde e do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Pesquisadora do CNPq, Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Crônicas e Enfermagem (GRUPECCE), Fortaleza, Ceará, Brasil.

^c Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA), Colaboradora do GRUPECCE, Fortaleza, Ceará, Brasil.

^d Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Saúde da UECE, Colaboradora do GRUPECCE, Fortaleza, Ceará, Brasil.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as Doenças Cardiovasculares (DCV) são uma das principais causas de morbimortalidade e ainda um grande desafio à saúde pública, especialmente por sua prevalência ao longo dos anos. Historicamente, nas décadas de 1980 a 1990, houve significativa redução no número de óbitos pelas DCV, porém esse decréscimo não se sustentou nos anos 2000, por motivos ainda não evidenciados. No entanto, o aumento na expectativa de vida, com consequente exposição, cada vez mais prematura, aos fatores de risco cardiovascular, associados ao deficiente acesso à saúde, seriam justificativas relevantes⁽¹⁾.

As DCV compartilham, com as Doenças Crônicas Não Infeciosas (DCNI), vários fatores de risco, dentre eles tabagismo, dislipidemias, hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade e sobrepeso, sedentarismo, dieta pobre em vegetais e frutas, uso de álcool, o estresse psicossocial, e a idade acima de 45 anos para homens e 55 anos para mulheres⁽²⁻⁴⁾.

A ideia errônea de que os fatores de risco cardiovasculares (FRCV) e as DCV estejam presentes em fases da vida mais avançadas colabora para a existência destes em fases precoces, com evidências de aterosclerose já na idade adulta jovem^(5,6), compreendida entre os 20 e 40 anos⁽⁷⁻⁹⁾.

Questões importantes nessa fase da vida, como a busca de estabilidade no campo profissional, nas relações pessoais, dentre outros, tornam os adultos jovens vulneráveis ao consumismo contemporâneo, que, com sua influência, interfere nos comportamentos de saúde. É o *marketing* da indústria de consumo e lazer interferindo na cultura do autocuidado⁽¹⁰⁾.

Estima-se em 36 milhões o número de mortes prematuras até o ano de 2015. Com especial atenção aos países em desenvolvimento, que, ao contrário dos desenvolvidos, têm sua população doente cada vez mais jovem, frequentemente com complicações e mortes precoces⁽⁹⁾.

A exposição aos fatores de risco cardiovasculares normalmente começa na infância e se consolida na juventude, fato comprovado em estudos como o *Bogalusa Heart Study* e o *Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth* (PDAY), em que o público apresentou alta incidência de lesão coronária^(11,12). Estudo, com período de 17 anos de acompanhamento, comprovou que os comporta-

mentos na infância influenciam a elevação de risco e de DCV na fase adulta jovem⁽¹³⁾.

O impacto das DCV na economia brasileira, especialmente no tocante ao acometimento de adultos jovens e aos custos, envolvendo casos mais graves com necessidade de internação e tecnologias terapêuticas de alto preço, esteve presente em 5% da população com mais de 35 anos em 2002. Os gastos chegaram a aproximadamente 30,8 bilhões de reais, com especial atenção ao sistema previdenciário. Este fato é preocupante pelo acelerado envelhecimento populacional nas próximas décadas e diagnósticos tardios, com a doença já complicada ou desfecho primeiro e fatal, como se dá, muitas vezes, com a doença coronariana aguda e o acidente vascular encefálico⁽¹⁴⁾.

Os danos pessoais, sociais e econômicos gerados pelo adoecimento e incapacidades decorrentes das complicações das DCV levam à necessidade de uma avaliação do seu risco na população como possibilidade de um cuidado preventivo efetivo. Logo, surge o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje nomeado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), com sua equipe multidisciplinar, como arsenal importante na promoção da saúde. Tecnicamente amparada por sistemas, como o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA), a ESF dispõe de um banco de dados nem sempre conduzido e utilizado em suas potencialidades, seja por questões gerenciais, estruturais ou de recursos humanos⁽¹⁴⁻¹⁹⁾, utilizados na realidade estudada como formalidades na atenção as demandas da gestão do sistema de saúde.

Impulsionado por essa problemática e entendendo o cuidado como uma prática integral moldada ao público que se atende, é que este estudo buscou responder à seguinte questão norteadora: Quais os fatores de risco cardiovasculares associados em adultos jovens com hipertensão arterial e diabetes mellitus, assistidos por Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), no município de Fortaleza, Ceará (CE)?

Responder a esta questão possibilita desvendar singularidades de um contexto particular, acurando o olhar para fazer visível a população adulta jovem que sofre com a baixa resolutividade dos serviços de saúde, embora não seja sua exclusividade. A geração de conhecimentos a partir do sistema HIPERDIA possibilita subsídios a práticas assistenciais factíveis e o fomento da utilização do que se tem no dia a dia da unidade de saúde para se programar aonde se quer chegar.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e documental. O método da pesquisa documental vale-se de documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum autor⁽¹⁵⁾.

Foi utilizado, para análise, o total das fichas dos usuários adultos jovens, cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* (HIPERDIA), de unidades de saúde integrantes da Secretaria Executiva Regional VI (SER-VI) de Fortaleza-Ceará. Tomou-se como adulto jovem a fase do desenvolvimento humano compreendida entre 20 e 40 anos⁽⁷⁾.

Em busca de melhor representatividade da população em questão, foram selecionadas seis Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) e respectivos usuários adultos jovens. Nas seis unidades somaram um total de 759 usuários cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), destes, 60 (7%) se enquadravam na fase adulta jovem, constituindo uma amostra de 60 fichas.

As fichas apresentaram usuários com hipertensão, diabetes e pessoas com as duas morbidades; os dados incluíram nome completo, sexo, data de nascimento, endereço, verificação da pressão arterial durante a consulta, dados antropométricos, glicemia de jejum ou pós-prandial, fatores de risco, complicações e medicamentos utilizados.

É importante destacar que os fatores de risco abordados no referido impresso limitaram-se

aos antecedentes familiares, sedentarismo, sobrepeso, tabagismo, hipertensão arterial e diabetes *mellitus* tipos 1 e 2.

Os dados foram agrupados em planilha eletrônica do *Microsoft Excel 2007* para *Windows XP/Vista*. As variáveis foram entrecruzadas e agrupadas em figuras para visualização dos resultados e identificação de relações entre elas.

A pesquisa obedeceu aos preceitos legais das pesquisas envolvendo seres humanos, conforme estabelece a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Incorporaram-se os princípios da referida resolução, assegurando aos sujeitos participantes o sigilo de suas identidades, a não emissão de juízos de valor, entre outros⁽¹⁶⁾.

O estudo é amparado legalmente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) por aprovação sob o protocolo nº 08622921-4, e se constitui parte integrante do projeto intitulado "Análise da adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas em Fortaleza-Ceará".

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados seguem com apresentação das variáveis sociodemográficas, de exposição dos participantes do estudo aos fatores de risco cardiovasculares na sua associação com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes *Mellitus* (DM), e estratificação do risco cardiovascular a que estão expostos.

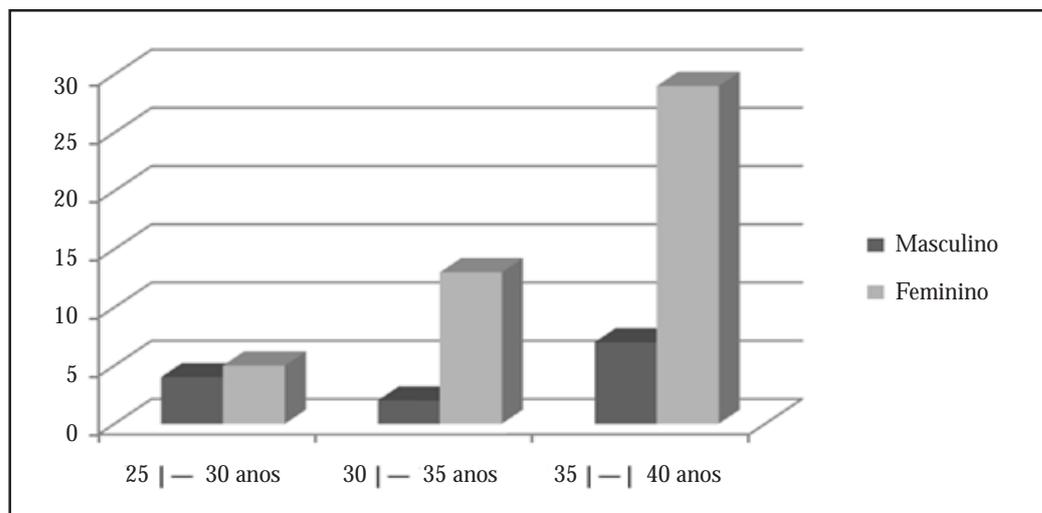


Gráfico 1 – Adultos jovens cadastrados no HIPERDIA, segundo sexo e faixa etária. Unidades Básicas de Saúde da Família, Secretaria Executiva Regional VI, Fortaleza, CE, 2009.

Fonte: Fichas cadastrais do HIPERDIA.

No Gráfico 1 é perceptível a maior concentração de pessoas do sexo feminino, somam 47 (78%) da amostra. Poderíamos dizer que tal evidência tem relação com a concepção de cuidado culturalmente atribuída às mulheres, e sua busca mais assídua por serviços de saúde. Além disso, os horários de funcionamento dos serviços, a priorização de políticas de saúde voltadas para o público feminino, entre outros, são determinantes para a procura feminina pelos serviços de saúde, que as atende ainda sob o enfoque reducionista e concepcionista.

Ademais, as mudanças de comportamento, nos modos de trabalhar, de se alimentar e de lazer, interferem no processo saúde-doença, e o acúmulo de atividades pelas mulheres – trabalho, casa, filhos –, têm feito do estresse fator de risco importante às Doenças Cardiovasculares, além da influência hormonal e questões comportamentais, como o tabagismo e o etilismo^(9,17,18).

A faixa etária mais acometida foi a de 35 a 40 anos (36 indivíduos – 60%), tanto nos homens (sete participantes – 12%) quanto nas mulheres (29 participantes – 86,77%), com destaque para a faixa etária entre 20 e 25 anos, em que nenhum caso se revelou. Tais resultados evidenciam a progressão na frequência das doenças do aparelho circulatório com o aumento da idade e consequente tempo de exposição aos riscos cardiovasculares, mesmo estando todos classificados como adultos jovens⁽⁴⁾, mas também denuncia o “olhar” su-

perficial às camadas populacionais mais jovens pelos serviços de saúde, em especial à atenção cardiovascular, considerada culturalmente, até mesmo pelos profissionais de saúde, como condição característica das pessoas de idade avançada.

No que se refere ao adulto jovem, há de se considerar o seu perfil psicossocial, que, de alguma forma o suscetibiliza, pois, apesar do conhecimento acumulado e difundido, compreende-se a dificuldade em desenvolver um estilo de vida saudável, visto que vários fatores de risco estão relacionados e influenciados pela cultura do prazer instantâneo, fácil e comprável, disseminada na mídia e reforçada pelo consumismo da sociedade atual^(10,19).

No Gráfico 2, verifica-se a vulnerabilidade da população em estudo às variáveis referentes aos fatores de risco cardiovascular, nos quais se sobressaíram o sedentarismo (n=27), o sobrepeso (n=33), os antecedentes familiares (n=33) e a hipertensão arterial (n=45), seguidos de diabetes tipo 1 (n=9), diabetes tipo 2 (n=10) e tabagismo (n=4).

No entanto, o impresso utilizado pelo sistema HIPERDIA não incorpora fatores de risco importantes para as doenças cardiovasculares, como o alcoolismo e as dislipidemias, deixando-os de fora da avaliação inicial a que compete o cadastro. Certamente a ampliação de tais dados cadastrais traria melhor conhecimento da situação inicial desses hipertensos e/ou diabéticos, dando margem a verificações que apontassem outras complicações, como por exemplo, a síndrome metabólica.

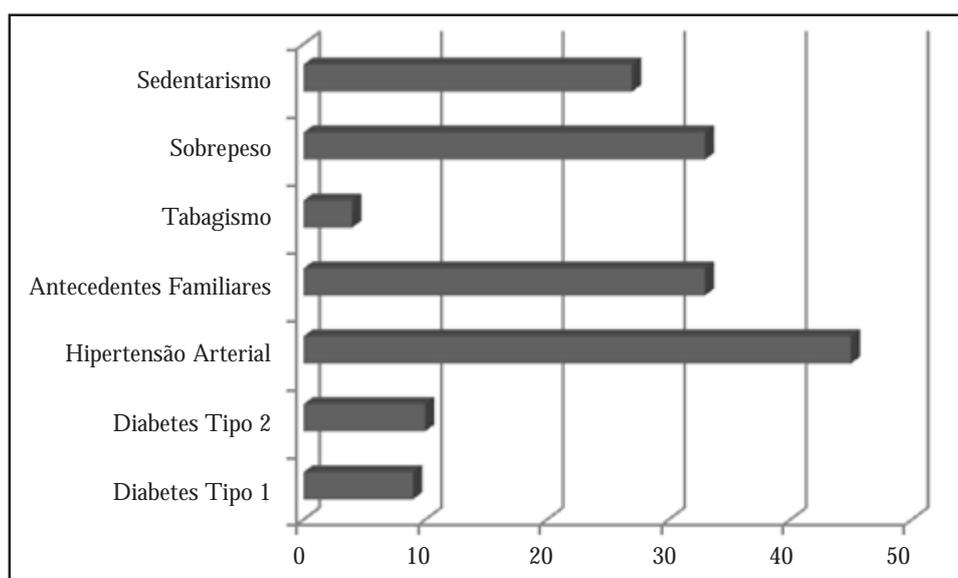


Gráfico 2 – Variáveis referentes ao risco cardiovascular presentes nos adultos jovens cadastrados no HIPERDIA. Unidades Básicas de Saúde da Família, Secretaria Executiva Regional VI, Fortaleza, CE, 2009.
Fonte: Fichas cadastrais do HIPERDIA.

Pesquisa realizada em 16 capitais brasileiras corrobora essa realidade, pois evidenciou 47,49% da amostra com dois ou mais fatores de risco, com apenas 17,91% sem fator de risco. Houve prevalência de riscos como dieta inadequada, inatividade física, obesidade central e hipertensão, presentes em ambos os sexos, todos com frequência superior a 25%. Fatores como falta de orientação; carência de locais adequados e seguros para a realização de atividade física; estressores e ritmo de vida das áreas urbanas; e aumento da idade foram colocados como possíveis justificativas⁽¹⁰⁾.

Estudo realizado com homens jovens obteve-se mais de 80% da amostra com pelo menos um fator de risco; 45,2% apresentando dois ou mais; 12% acumulavam três fatores; e 0,5% dos entrevistados tinham quatro fatores de risco, sugerindo ações direcionadas à população adulta jovem para adoção de um estilo de vida saudável⁽¹⁸⁾.

Além das orientações e atividades coletivas, a terapêutica deve partir de uma avaliação individual em três pontos específicos: avaliação da pressão arterial, fatores de risco para doenças cardiovasculares, presença de lesão em órgão-alvo e doenças clínicas associadas⁽⁹⁾. Desta forma, o cuidado será direcionado pela probabilidade dos eventos.

Outra questão é o caráter assintomático da maioria das DCV, guiados pela ideia de que os problemas de saúde são sentidos em idades mais avançadas^(10,19), o que propicia o diagnóstico tardio e o desencadear de complicações.

A população deste estudo requer uma observação diferenciada em relação à exposição a fatores de risco e complicações, pois são portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*. As variáveis referentes às complicações (Gráfico 3) foram exploradas de acordo com a disposição no impresso do HIPERDIA – pé diabético, acidente vascular encefálico (AVE), coronariopatia, infarto agudo do miocárdio (IAM), amputação e doença renal; muito embora as duas últimas não apareçam na amostra estudada.

Na distribuição de complicações associadas aos hipertensos e diabéticos estudados (Gráfico 3), aparecem com destaque o IAM (n=5) e o AVE (n=4), seguidos de pé diabético (n=2) e coronariopatia (n=1). Têm hipertensão arterial associada 40% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 85% dos com acidente vascular encefálico. Principal causa de mortalidade na faixa etária de 30 a 69 anos (65%), o AVE tem atingindo a população adulta em plena fase produtiva. Tais complicações, com frequência, também resultam em invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, família e sociedade⁽⁴⁾.

Evidências como estas, documentadas durante o cadastro de adultos jovens, refletem o diagnóstico tardio de hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*, já diagnosticadas com complicações associadas, remetendo-nos a questionar sobre a complexidade da oferta e acesso aos serviços de saúde.

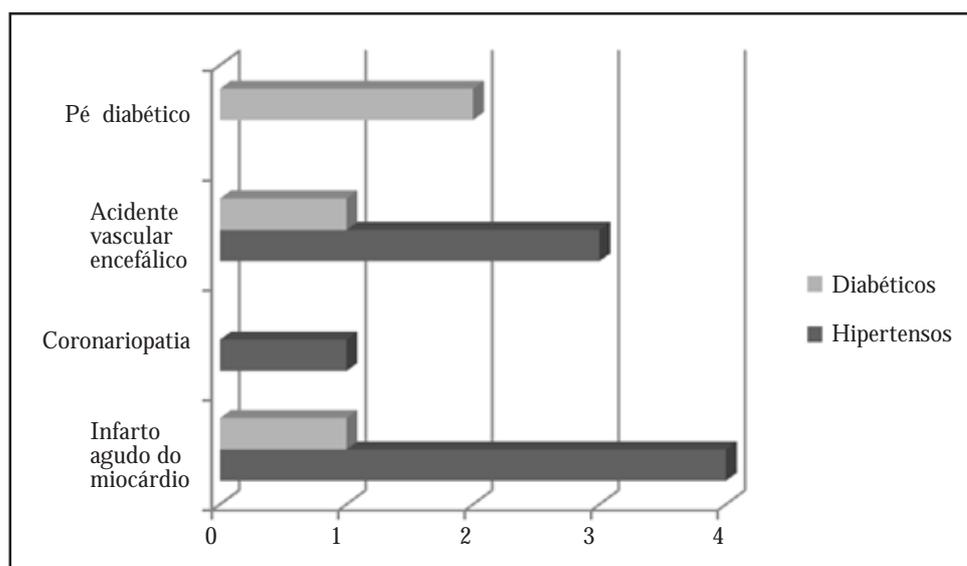


Gráfico 3 – Complicações associadas presentes nos adultos jovens cadastrados no HIPERDIA. Unidades Básicas de Saúde da Família, Secretaria Executiva Regional VI, Fortaleza, CE, 2009.

Fonte: Fichas cadastrais do HIPERDIA.

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, os adultos jovens são especialmente vulneráveis às doenças crônicas, pois estão mais expostos a riscos por dificuldades econômicas, fatores ambientais e sociais, tendendo a desenvolver doenças cada vez mais jovens, frequentemente com complicações⁽⁹⁾.

A associação entre fatores de risco, complicações com lesão de órgãos-alvo e doenças associadas concede subsídio à estratificação do risco cardiovascular em pessoas hipertensas e normotensas estão denominados como Risco basal, Baixo risco adicional, Moderado risco adicional, Alto risco adicional e Risco adicional muito alto. Os estratos são assim definidos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia⁽²⁰⁾.

Para compreensão da estratificação do risco cardiovascular em hipertensos e não hipertensos são necessários conhecimentos da classificação para hipertensão arterial e da definição dos estratos com suas diferenciações para essas duas categorias.

O uso da classificação para hipertensão arterial na estratificação das pessoas hipertensas deve seguir as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia – VI Diretrizes Brasileiras, que a determina como Ótima nos valores menores que 120 e 80 mmHg; respectivamente para pressão sistólica e diastólica; Normal quando menor que 130 e 85 mmHg; Limítrofe entre 130-139 e 85-89 mmHg; Hipertensão Estágio 1 com cifras entre 140-159 e 90-99 mmHg; Hipertensão Estágio 2

quando entre 160-179 e 100-109; e Hipertensão Estágio 3 com valores maiores ou iguais a 180 e 110⁽²⁰⁾.

O estrato para pessoas hipertensas de Baixo risco adicional é classificado como ausência de fatores de risco e de lesão em órgão-alvo em níveis de pressão arterial normal ou até hipertensão estágio 1; no Moderado risco adicional há presença de um a dois fatores de risco sem lesão em órgão-alvo com pressão arterial variando entre normal até hipertensão estágios um a dois; no Alto risco adicional há presença de três ou mais fatores de risco, lesão de órgãos-alvo, doença cardiovascular clinicamente detectável com pressão arterial variando entre normal a hipertensão estágio dois ou mesmo na ausência de fatores de risco quando há hipertensão estágio três; no Risco adicional muito alto estão presentes um ou mais fatores de risco com ou sem lesões de órgãos-alvo com níveis pressóricos que podem variar do normal até hipertensão no terceiro estágio, desde que haja doença clínica associada⁽²⁰⁾.

É notória, no Gráfico 4, a predominância de sujeitos enquadrados na classificação de Moderado risco adicional (n=38), seguidos do Alto risco adicional (n=10), Baixo risco adicional (n=5) e Risco adicional muito alto (n=4). Vale ressaltar que em três participantes não houve como estratificar o risco devido à falta de preenchimento do valor da cifra pressórica no impresso do HIPERDIA, alterando os achados.

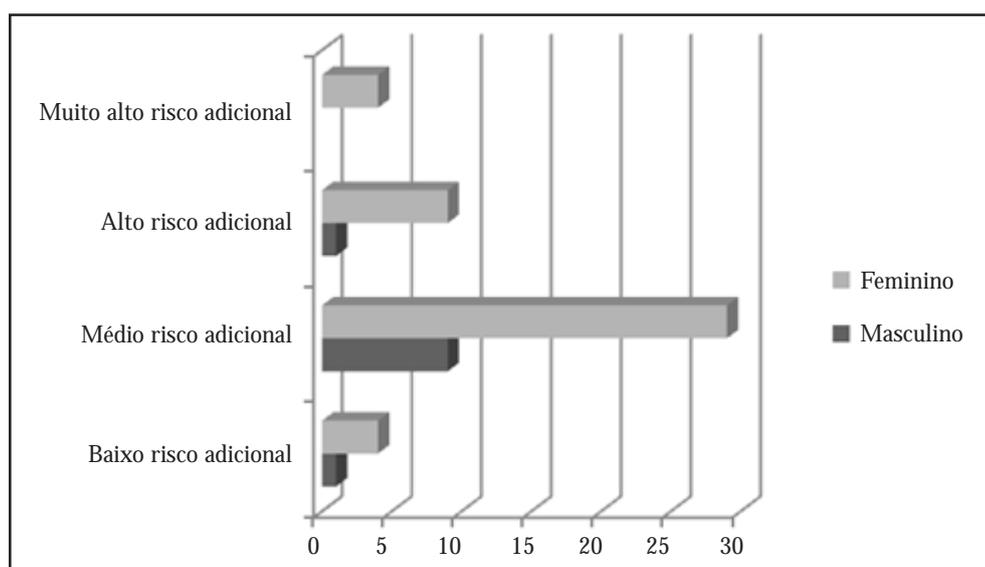


Gráfico 4 – Estratificação do risco cardiovascular dos adultos jovens cadastrados no HIPERDIA. Unidades Básicas de Saúde da Família, Secretaria Executiva Regional VI, Fortaleza, CE, 2009.

Fonte: Fichas cadastrais do HIPERDIA.

Mesmo diante da incompletude dos dados, a superioridade feminina em estratos de risco maiores em relação aos homens contrapõe tendências genéticas e reflete a crescente exposição feminina a essas doenças pelo diversificado rol de responsabilidades atribuídas atualmente às mulheres.

Vê-se também que, mesmo o risco diminuto pode ocasionar morbimortalidade, pois a literatura aponta que mais de 50% das mortes por doenças coronarianas ocorrem em pessoas classificadas como de Moderado e Baixo risco para doença cardiovascular. A ausência deles, no entanto, não significa impossibilidade de eventos cardiovasculares. Estima-se que um quinto desses eventos ocorre na ausência de FRCV, o que justifica a busca por novos indicadores de risco⁽¹⁷⁾.

As evidências estatísticas e os percalços deste estudo remetem à reflexão sobre a negligência de informações decorrentes de fichas indevidamente preenchidas e à subutilização de informações dispostas nas bases de dados do HIPERDIA, que poderia providir os diagnósticos situacionais com planejamento de ações na promoção de saúde cardiovascular.

CONCLUSÕES

As variáveis analisadas no estudo permitem concluir que houve maior frequência de mulheres jovens; não colocando em maior evidência o fator sexo, pois decorre de questões complexas entre oferta e demanda dos serviços de saúde, mas o impacto das doenças crônicas e vulnerabilidades do mundo contemporâneo na saúde dos adultos jovens.

Na sociedade consumista atual, cuja alimentação deve ser rápida e prática, e a evolução tecnológica minimiza o esforço físico das atividades da vida diária, não é incomum encontrar, como neste estudo, números altos para fatores de risco cardiovascular, como o sedentarismo e o sobrepeso, na sua estreita relação com os elevados índices de hipertensão arterial e com grandes evidências genéticas, numa linha que segue na árvore genealógica e que possivelmente apresenta relação com a força do exemplo entre pais e filhos.

As DCV e suas complicações, em especial o IAM e o AVE, grandes ameaças da população e desafio para a saúde pública, sobressaíram-se nos adultos jovens pesquisados. Fato agravado pelo diagnóstico de hipertensão arterial e/ou diabetes

mellitus, já com presença de complicações, numa fase da vida repleta de desafios, sendo o maior deles a necessidade de ser economicamente ativo.

O fato de a maioria possuir Moderado risco adicional para DCV inquieta os profissionais de saúde e, de certa forma, justifica o aumento crescente de acometimento em adultos jovens. Situação nem sempre conhecida pelos profissionais de saúde do ESF, dada a subutilização e/ou subestimação dos dados, que requerem avaliação e discussão conjunta no descobrimento da realidade.

A forma como foram encontrados e a apresentação dos riscos cardiovasculares neste estudo deve impulsionar a prevenção das DCV e à promoção da saúde cardiovascular, como possível pela ESF quando utilizados instrumentos disponíveis em seu processo de trabalho, o que muitas vezes requer criatividade, dado o nosso sistema de saúde carente de recursos financeiros e humanos.

Desvendar a realidade local possibilita e aperfeiçoa a busca por ações factíveis, reforçando as relações na micropolítica do trabalho, com promoção da saúde e prevenção de agravos, contribuindo para a qualificação da assistência em um contexto singular e conseqüentemente à integralidade do cuidado.

As possibilidades terapêuticas provindas da avaliação do risco cardiovascular nos indivíduos demonstraram, ainda, a necessidade de mais investimento na detecção precoce e prevenção da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, da atualização e capacitação no trabalho com as bases de dados, como o HIPERDIA.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. Brasília (DF); 2006. (Cadernos de atenção básica; 14).
- 2 Luna RL. Hipertensão arterial: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2009.
- 3 Brandão A, Amodeo C, Fuchs FD, Nobre F. Hipertensão. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.
- 4 Baldissera VDA, Carvalho MDB, Pelloso SM. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30(1):27-32.

- 5 Chaves ES, Araújo TL, Cavalcante TF, Guedes NG, Moreira RP. Acompanhamento da pressão arterial: estudo com crianças e adolescentes com história familiar de hipertensão. Rev Gaúcha Enferm. 2010;31(1):11-7.
- 6 Guedes DP, Guedes JERP, Barbosa DS, Oliveira JA, Stanganelli LR. Fatores de risco cardiovasculares em adolescentes: indicadores biológicos e comportamentais. Arq Bras Cardiol. 2006;86(6):439-50.
- 7 Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. Desenvolvimento humano. 10ª ed. São Paulo: Artmed; 2009.
- 8 Spinel LF, Püschel VAA. Perfil de estilo de vida de pessoas com doença cardiovascular. Rev Gaúcha Enferm. 2007;28(4):534-41.
- 9 Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Brasília (DF); 2005.
- 10 Barreto SM, Passos VMAP, Giatti L. Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil. Rev Saúde Pública. 2009;43(Supl 2):9-17.
- 11 Berenson GS, Srinivasan SR, Bao W, Newman WP, Tracy WA, Wattigney WA. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. N Engl J Med. 1998;338(23):1650-6.
- 12 Mc Mahan CA, Gidding SS, Fayad ZA, Zieske AW, Malcom GT, Tracy RE, et al. Risk scores predict atherosclerotic lesions in young people. Arch Intern Med. 2005;165:883-90.
- 13 Fonseca LF, Brandão AA, Pozzan R, Campana EMG, Pizzi OL, Magalhães MEC, et al. A relação entre a pressão arterial e índices antropométricos na infância/adolescência e o comportamento das variáveis de risco cardiovascular na fase adulta jovem, em seguimento de 17 anos: estudo do Rio de Janeiro. Rev SOCERJ. 2008;21(5):281-90.
- 14 Azambuja MIR, Foppa M, Maranhão MC, Achutti AC. Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários. Arq Bras Cardiol. 2008;91(3):163-71.
- 15 Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2005.
- 16 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996: dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4(2 Supl):15-25.
- 17 Feijó MKEF, Lutkmeier R, Ávila CW, Rabelo ER. Fatores de risco para doença arterial coronariana em pacientes admitidos em unidade de hemodinâmica. Rev Gaúcha Enferm. 2009;30(4):641-7.
- 18 Van Eyken EBBDO, Moraes CL. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2009;25(1):111-23.
- 19 Malta DC, Cezário AC, Moura L, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2006;15(1):47-65.
- 20 Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev Bras Hipertens. 2010;17(1):4-64.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) e ao Programa de Iniciação Científica da UECE.

Endereço da autora / Dirección del autor / Author's address:

Emiliana Bezerra Gomes
Rua Machado de Assis, 93, Juvêncio Santana
63010-610, Juazeiro do Norte, CE
E-mail: emiliana.bg@hotmail.com

Recebido em: 25/08/2010
Aprovado em: 02/12/2010