

Avaliação de risco cardiovascular pelo escore de framingham em hipertensos atendidos em uma unidade básica de saúde do município de Piripiri-PI

Evaluation of cardiovascular risk by the framingham score in hypertensive patients seen at a basic health unit in the municipality of Piripiri-PI

Evaluación del riesgo cardiovascular por el puntaje de framingham en pacientes hipertensos atendidos en una unidad básica de salud del municipio de Piripiri-PI

Recebido: 14/03/2021 | Revisado: 21/03/2021 | Aceito: 24/03/2021 | Publicado: 03/04/2021

Amanda Raquel Monteiro da Cruz Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6316-6935>
Christus Faculdade do Piauí, Brasil
E-mail: amandarmcp2@gmail.com

Sabrina Beatriz Mendes Nery

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8254-0152>
Christus Faculdade do Piauí, Brasil
E-mail: sabrinaanery2019@gmail.com

George Marcos Dias Bezerra

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4720-9077>
Christus Faculdade do Piauí, Brasil
E-mail: marcos.george.gm@gmail.com

Getulivan Alcantara de Melo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9310-2046>
Christus Faculdade do Piauí, Brasil
E-mail: getuilican01@gmail.com

Joyciane Soares Araújo Mendes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4788-8281>
Christus Faculdade do Piauí, Brasil
E-mail: joyciane15_@hotmail.com

Guilherme Antônio Lopes de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3820-0502>
Christus Faculdade do Piauí, Brasil
E-mail: guilhermelopes@live.com

Evaldo Sales Leal

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1424-9048>
Christus Faculdade do Piauí, Brasil
E-mail: evaldosleal@bol.com

Genyvana Criscya Garcia Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8151-8746>
Universidade Paulista, Brasil
E-mail: drmaurogustavo@hotmail.com

Gabriel Mauriz de Moura Rocha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1454-0414>
Christus Faculdade do Piauí, Brasil
E-mail: mauriz45@hotmail.com

Mônica do Amaral Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6234-275X>
Christus Faculdade do Piauí, Brasil
E-mail: monica.amaral83@gmail.com

Gerardo de Andrade Machado

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4969-7403>
Christus Faculdade do Piauí, Brasil
E-mail: profegerardoand@hotmail.com

Resumo

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um dos fatores de risco mais predominantes para o surgimento de Doenças Crônicas não Transmissíveis. O Escore de Risco de *Framingham* (ERF) é aplicado para detectar os riscos cardiovasculares em um período de 10 anos, com base na idade, gênero, pressão arterial sistólica, colesterol total, fração HDL do colesterol e tabagismo. O presente trabalho teve como objetivo identificar o risco cardiovascular de hipertensos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Piripiri-PI, através da avaliação pelo

Escore de Risco de *Framingham*. O estudo tratou-se de uma pesquisa de campo descritiva com corte transversal e abordagem quantitativa, os participantes da pesquisa foram os pacientes hipertensos de ambos os sexos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) 20 petecas na zona urbana no Município de Piripiri-PI. Participaram da amostra hipertensos com faixa etária de 20 a 79 anos, cadastrados na ESF 20 Petecas, com exame de Colesterol Total e HDL-Colesterol realizado nos últimos três meses. Os dados foram coletados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por cada paciente, autorizando sua participação. Através da coleta de dados e aplicação do ERF, foi possível avaliar o risco cardiovascular dos participantes hipertensos, onde 66,67% dos participantes apresentaram baixo risco e 33,33% demonstrou risco moderado de desenvolver uma Doença Cardiovascular (DCV) em 10 anos. Portanto, conclui-se que apesar da maioria dos indivíduos hipertensos estudados apresentarem baixo a moderado risco de desenvolver uma DCV em 10 anos, é necessário e importante o desempenho da equipe multiprofissional no monitoramento dos fatores de risco e precaução de uma possível complicação.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares; Doença crônica; Hipertensão.

Abstract

Systemic Arterial Hypertension is one of the most prevalent risk factors for the emergence of Chronic Noncommunicable Diseases. The Framingham Risk Score (ERF) is applied to detect cardiovascular risks over a 10-year period, based on age, gender, systolic blood pressure, total cholesterol, HDL cholesterol fraction and smoking. The present study aimed to identify the cardiovascular risk of hypertensive patients seen at a Basic Health Unit in the Municipality of Piripiri-PI, through the evaluation by the Framingham Risk Score. The study was a descriptive field research with a cross-sectional and quantitative approach, the research participants were hypertensive patients of both sexes registered in the Family Health Strategy (FHS) 20 shuttlecocks in the urban area in the Municipality of Piripiri-PI. Hypertensive patients aged 20 to 79 years, enrolled in the FHS 20 Shuttlecocks, with Total Cholesterol and HDL-Cholesterol tests performed in the last three months participated in the sample. Data were collected after signing the Informed Consent Form (ICF) by each patient, authorizing their participation. Through data collection and application of the ERF, it was possible to assess the cardiovascular risk of hypertensive participants, where 66.67% of the participants were at low risk and 33.33% demonstrated a moderate risk of developing a Cardiovascular Disease (CVD) in 10 years. Therefore, it is concluded that despite the majority of the studied hypertensive individuals present low to moderate risk of developing CVD in 10 years, the performance of the multiprofessional team in monitoring the risk factors and precaution of a possible complication is necessary and important.

Keywords: Cardiovascular diseases; Chronic diseases; Hypertension.

Resumen

La hipertensión arterial sistémica es uno de los factores de riesgo más prevalentes para la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles. El puntaje de riesgo de Framingham (ERF) se aplica para detectar riesgos cardiovasculares durante un período de 10 años, según la edad, el sexo, la presión arterial sistólica, el colesterol total, la fracción de colesterol HDL y el tabaquismo. El presente estudio tuvo como objetivo identificar el riesgo cardiovascular de los pacientes hipertensos atendidos en una Unidad Básica de Salud del Municipio de Piripiri-PI, a través de la evaluación por el Framingham Risk Score. El estudio fue una investigación de campo descriptiva con un enfoque transversal y cuantitativo, los participantes de la investigación fueron pacientes hipertensos de ambos sexos registrados en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) 20 volantes en el área urbana del Municipio de Piripiri-PI. Participaron de la muestra pacientes hipertensos de 20 a 79 años, inscritos en el FHS 20 Shuttlecocks, con pruebas de Colesterol Total y Colesterol HDL realizadas en los últimos tres meses. Los datos fueron recolectados luego de la firma del Formulario de Consentimiento Informado (ICF) por cada paciente, autorizando su participación. A través de la recopilación de datos y la aplicación del ERF, fue posible evaluar el riesgo cardiovascular de los participantes hipertensos, donde el 66,67% de los participantes tenían un riesgo bajo y el 33,33% demostró un riesgo moderado de desarrollar una Enfermedad Cardiovascular (ECV) en 10 años. Por tanto, se concluye que a pesar de que la mayoría de los hipertensos estudiados presentan riesgo bajo a moderado de desarrollar ECV en 10 años, la actuación del equipo multiprofesional en el seguimiento de los factores de riesgo y la precaución de una posible complicación es necesaria e importante.

Palabras clave: Enfermedades cardiovasculares; Enfermedades crónicas; Hipertensión.

1. Introdução

No Sistema Cardiovascular o coração é o órgão principal, tem função de uma bomba contrátil-propulsora e é um órgão muscular que apresenta contratilidade própria. Localizado na cavidade torácica no espaço mediastino, é composto por três camadas o miocárdio, endocárdio e o epicárdio. Esse sistema tem como função principal carrear nutrientes e oxigênio para todas as células e remover resíduos do metabolismo das células (Dangelo & Fattini, 2007).

Nos últimos anos têm se observado o aumento de ocorrências de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT's) em todo o mundo, ocasionando assim, um maior risco a saúde e desenvolvimento da população (Malta et al., 2018). Existe aproximadamente 36 milhões de mortes por ano para esse conjunto de doenças, com predominância naqueles países de baixa e média renda (Brasil, 2013a).

Uma das DCNT's com maior índice de mortalidade e morbidade no mundo são as Doenças Cardiovasculares (DCV's), anualmente são 15 milhões de óbitos decorrentes dessas doenças (Brasil, 2012). Dentre os fatores de risco determinantes estão dislipidemias, Diabetes Mellitus (DM), tabagismo, sexo, idade e Hipertensão Arterial (HA), sendo essa última de maior relevância (Brasil, 2013b).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos fatores de risco mais predominante para o surgimento de DCNT's, e é estabelecida como uma condição clínica multifatorial, evidenciada por aumento da pressão arterial (PA) (Cesar, Cairo & Carinho, 2016). Gera um crescimento do risco em relação à comorbidades, como Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Infarto Agudo do Miocárdio (Brasil, 2013a). Ademais, na maioria das vezes a doença é assintomática, e isso complica a procura por atendimento, para que possa ser diagnosticada precocemente e que o paciente inicie o tratamento (Vieira et al., 2018).

É interessante que os pacientes que possuem DCNT em especial a HA, façam uma análise pelo meio do Escore de Risco de *Framingham* (ERF), constantemente empregado para detectar os riscos cardiovasculares em um período de 10 anos, com base na idade, gênero, Pressão Arterial Sistólica (PAS), colesterol total, fração HDL do colesterol, DM e tabagismo (Pimenta & Caldeira, 2014).

O ERF é habilitado para determinar o prognóstico e a atuação no tratamento de pacientes Hipertensos dentro da Atenção Primária (Brasil, 2013b). O uso desse método no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS) torna-se relevante, pelo motivo de restabelecer o controle dos portadores de HAS no Brasil e diminuir possíveis complicações aos mesmos. Nesse contexto a aplicabilidade do ERF na APS reflete numa abordagem transformadora, com capacidade de aumentar a adesão do tratamento e conduzir resultados bem sucedidos (Pimenta & Caldeira, 2018).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) representam o meio de entrada da população no âmbito da Atenção em Saúde, objetivam-se assegurar aos usuários o diagnóstico, reabilitação, prevenção, tratamento e redução de malefícios (Brasil, 2013b). Com isso, em decorrência das complicações da HAS, criou-se o programa HIPERDIA (Programa Nacional de Atenção à Hipertensão e Diabetes Mellitus) pelo governo federal, com auxílio aos pacientes Hipertensos e diabéticos (Szczerbowski & Morais, 2017).

Considerando que as DCV's representam um problema em saúde, questiona-se sobre o risco cardiovascular identificado através da aplicação do ERF em Hipertensos atendidos numa UBS do Município de Piri-piri-PI.

Desta Forma o presente estudo objetivou identificar o risco cardiovascular de Hipertensos atendidos em uma UBS do Município de Piri-piri-PI, através da avaliação pelo Escore de *Framingham*.

2. Metodologia

O estudo é uma pesquisa de campo descritiva, com corte transversal e abordagem qualitativa, pois tratou-se de uma pesquisa que registrou, analisou, identificou e ordenou os dados, sem mudanças, e sem interposição do pesquisador (Prodanov & Freitas, 2013). Destaca-se que todo protocolo de realização da pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos com número 3.200.888. A pesquisa foi realizada no município de Piri-piri, no Estado do Piauí, estando localizado no território dos cocais, a 166 km de distância da capital Teresina ao norte da mesma (IBGE, 2018). O local

escolhido foi a Estratégia de Saúde da Família (ESF) da zona urbana do município mencionado anteriormente. A produção dos dados deu-se somente a autorização dos participantes, sendo estes pacientes hipertensos atendidos pela ESF.

Por se enquadrar como uma pesquisa de cunho quantitativa, no qual se espera identificar o significado do objeto pesquisado, o total de participantes escolhidos ficou em 44 pacientes (Prodanov & Freitas, 2013). Ressalta-se que conforme critérios de exclusão, o número de participantes foi reduzido a 24. Ficaram excluídos da pesquisa os pacientes que não se enquadraram nas exigências, como os adolescentes com idade inferior a 20 anos, os idosos com idade superior a 79 anos, pacientes não hipertensos, aqueles que não apresentaram os exames de Colesterol Total e HDL-Colesterol realizado nos últimos três meses e aqueles que se recusaram a participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os participantes foram submetidos a riscos físicos dor e desconforto durante a entrevista, riscos psicológicos como, por exemplo, modificações nas emoções e estresse decorrente da presença do pesquisador e riscos sociais como, invasão de privacidade. Com isso, foi explicado todo o procedimento para os participantes, e que estas teriam todo o amparo por parte do pesquisador. As informações colhidas durante a entrevista tiveram sua privacidade preservada pelo pesquisador responsável. O público alvo da pesquisa não foi identificado em nenhuma ocasião. Ainda conforme o item V da resolução 466/12 do CNS, os riscos precisam ser minimizados, independentemente do tamanho do risco. Para garantir a segurança do profissional participante da pesquisa e minimizar os possíveis riscos ocasionados por ela, as entrevistas aconteceram em ambiente confortável e de forma individualizada, diminuindo a invasão de privacidade e a quebra de confidencialidade (Brasil, 2012).

Todo o procedimento foi explicado para os participantes, e estes tiveram todo o amparo assistencial por parte dos pesquisadores de forma imediata e integrada, não havendo complicações durante a realização da pesquisa. Ressalta-se que a presente pesquisa obedeceu todos os princípios éticos legais expostos na Resolução 466/12 e Resolução 580/18 do (CNS), afirmando que os participantes da pesquisa, assim como os dados coletados, não foram expostos de maneira inadequada (Brasil, 2012).

Tratou-se de uma pesquisa de campo com abordagem quantitativa, onde utilizaram-se técnicas bioestatísticas como a análise descritiva por meio da utilização do software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) para organização dos achados, que foram expressos em gráficos, tabelas e quadros, para discussão das correlações matemáticas entre os resultados.

3. Resultados e Discussão

Neste capítulo aborda-se os resultados oriundos da presente pesquisa.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes Hipertensos conforme Idade e Sexo.

Faixa Etária	Nº Masculino	%	Nº Feminino	%
20 - 54 anos	1	4,16	5	20,83
55 - 79 anos	4	16,67	14	58,34
Total	5 (20,83%)		19 (79,17%)	24(100%)

Fonte: Autores (2019).

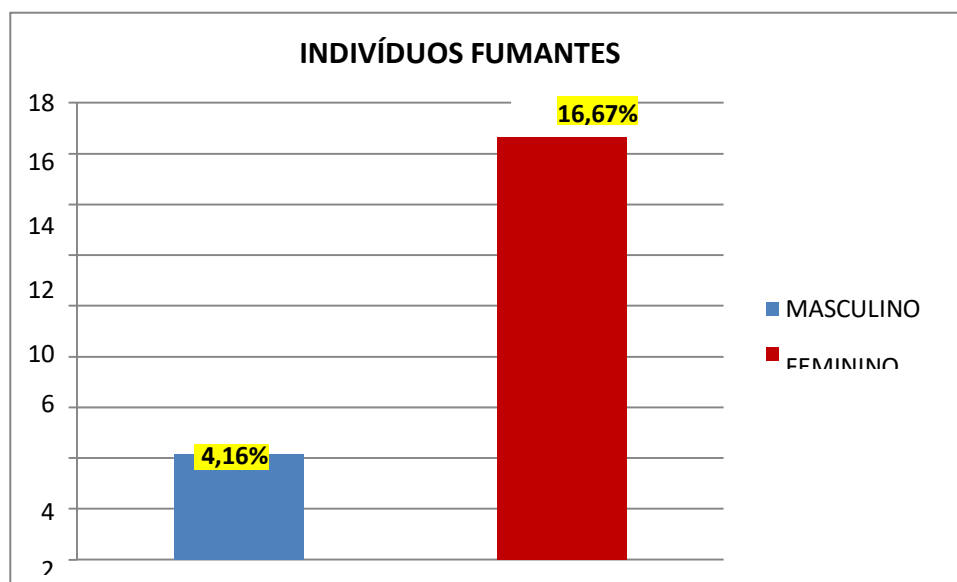
De acordo com a tabela acima observou-se a predominância dos participantes do sexo feminino com 79,17% e 20,83% do sexo masculino, o que equivale respectivamente a 19 mulheres e 5 homens. Analisando a faixa etária, observou-se que entre 20-54 anos teve um participante do sexo masculino correspondendo a 4,16% e cinco participantes do sexo feminino

o que corresponde a 20,83%. Já na faixa entre 55-79 anos de idade pode-se observar que 16,67% eram do sexo masculino sendo quatro participantes e 58,34% do sexo feminino equivalendo a 14 participantes.

A faixa etária identificada na pesquisa identificou a ocorrência de HA em indivíduos com idade mais alta, demonstrando o sexo feminino com percentual superior. De acordo com Larré e Almeida (2014), essa situação estar associada ao caso dos indivíduos da classe feminina buscar em uma maior frequência os serviços de saúde, resultando em um número maior de mulheres sendo diagnosticadas.

Já na população masculina a procura de serviços de saúde é menor, o que torna essa situação preocupante, visto que, além de dificultar um diagnóstico precoce essa população termina adquirindo vulnerabilidades aos problemas cardiovasculares. Segundo Cichoki et al., (2017), essa vulnerabilidade está relacionada a ausência de um tratamento apropriado, tanto medicamentoso quanto um tratamento não medicamentoso, o que propicia um acréscimo do índice de mortalidade nesses indivíduos.

Gráfico 1 - Porcentagem dos Indivíduos fumantes distribuídos entre o sexo feminino e masculino.

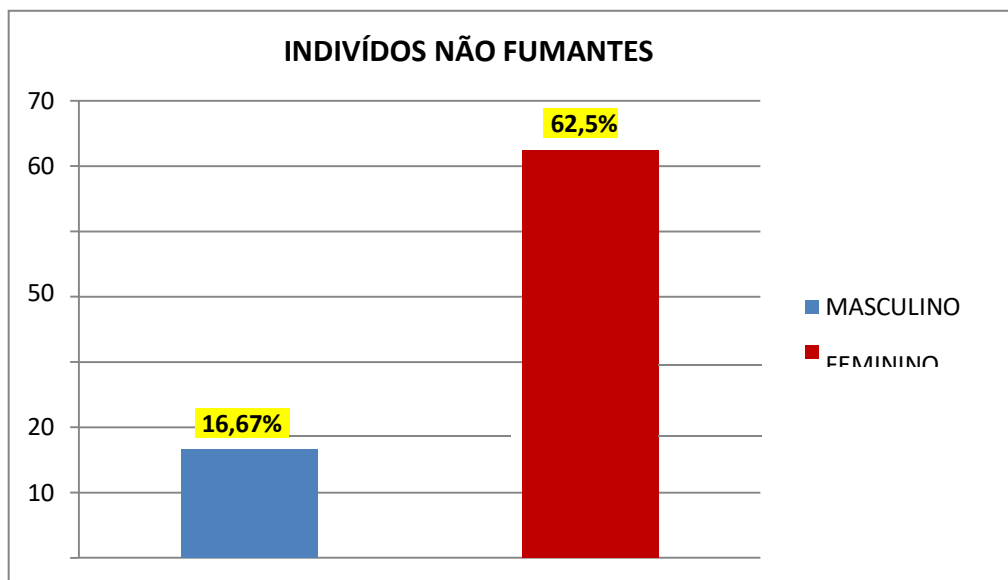


Fonte: Autores (2019).

O tabagismo foi relatado por 20,83% dos indivíduos os quais, em sua maioria, 16,67% eram do sexo feminino e 4,16% dos participantes do sexo masculino. De acordo como gráfico acima, esta pesquisa constatou um número pequeno de indivíduos fumantes, sendo assim, uma condição positiva em relação as DCV's.

Segundo Scarlato et al. (2018), tem aumentado a preocupação com o uso de tabaco pelas mulheres, situação que tem incentivado uma preocupação maior por parte das instituições de saúde no intuito de alertar a população e os profissionais de saúde para as consequências negativas que o consumo de tabaco causa em relação a saúde da mulher, portanto, os serviços de saúde tem por obrigação incluir estratégias de combate a esse fator.

Gráfico 2 - Porcentagem dos indivíduos não fumantes distribuídos entre o sexo feminino e masculino.



Fonte: Autores (2019).

Conforme o gráfico exposto acima 16,67% dos participantes do sexo masculino não era fumante, enquanto 62,5% estão relacionados ao sexo feminino, correspondendo assim a um total de 79,17%, constituindo a grande maioria dos participantes não fumantes.

De acordo com Lima et al. (2017), a qualidade de vida de não-fumantes quando comparada a de fumantes se torna devidamente maior, pois, tabagistas estão mais susceptíveis a desenvolverem DCV's, e os não fumantes estão mais propícios a terem melhores condições de vida e de saúde.

As decorrências físicas em relação ao uso do tabaco evidenciam seus efeitos sobre o bem-estar e a saúde mental. Determinados estudos já explanaram prejuízo na qualidade de vida de fumantes em referência aos não fumantes. A expectativa de vida de mulheres fumantes é de 4,47 anos menor do que a não fumante, já para os homens fumantes, a expectativa de vida é de 5,03 anos menor quando comparado a aqueles que não fumam Lima et al.(2017).

Tabela 2 – Porcentagem dos valores de Pressão Arterial Sistólica dos Indivíduos da pesquisa.

Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	SEXO	
	Masculino n (%)	Feminino n (%)
< 120	-	3 (12,5)
120-129	2 (8,33)	3 (12,5)
130-139	-	9 (37,5)
140-159	-	4 (16,67)
>160	3 (12,5)	-

Fonte: Autores (2019).

Em relação aos valores verificados da pressão arterial sistólica, os participantes eram pacientes não diagnosticados com diabetes e em tratamento ambulatorial de HAS. A tabela acima apresenta a classificação dos níveis pressóricos e apontou que 8,33% dos indivíduos do sexo masculino estavam com a PAS entre 120-129mmHg e 12,5% superior a 160mmHg. Com relação ao sexo feminino pode-se observar que 12,5% a PAS das participantes estava < 120mmHg e mais 12,5% entre 120-129mmHg, no intervalo de 130- 139mmHg obteve o maior número de participantes com 37,5% e entre 140-159mmHg apresentou-se 16,67%.

No momento da entrevista foi possível registrar que mais da metade dos indivíduos estavam com a PAS controlada ou limítrofe, com predomínio no sexo feminino. No sexo masculino observou-se uma pequena proporção com valor da PAS alterado. De acordo com Pinto et al. (2015), a HAS não controlada aumenta em até três vezes o risco de desenvolver uma DVC, podendo estar relacionando também com a falta de práticas de atividades físicas, ao uso do tabagismo e a outras condutas inadequadas.

Nem sempre o uso do tratamento medicamentoso é uma intervenção eficiente para o controle da PAS. Segundo Santos e Mendez (2014), os hipertensos devem adotar mudanças no estilo de vida, como diminuição do consumo exagerado de sal e habituar-se à prática de exercícios físicos, orientações essas, que devem ser minuciosamente recomendadas pela equipe da APS.

Tabela 3 – Porcentagem dos valores de Colesterol Total dos Indivíduos da pesquisa.

SEXO		
Colesterol Total	Masculino	Feminino
(mg/dl)	n (%)	n (%)
< 160	1 (4,17)	4 (16,67)
160-199	2 (8,33)	10 (41,67)
200-239	2 (8,33)	3 (12,5)
240-279	-	2 (8,33)

Fonte: Autores (2019).

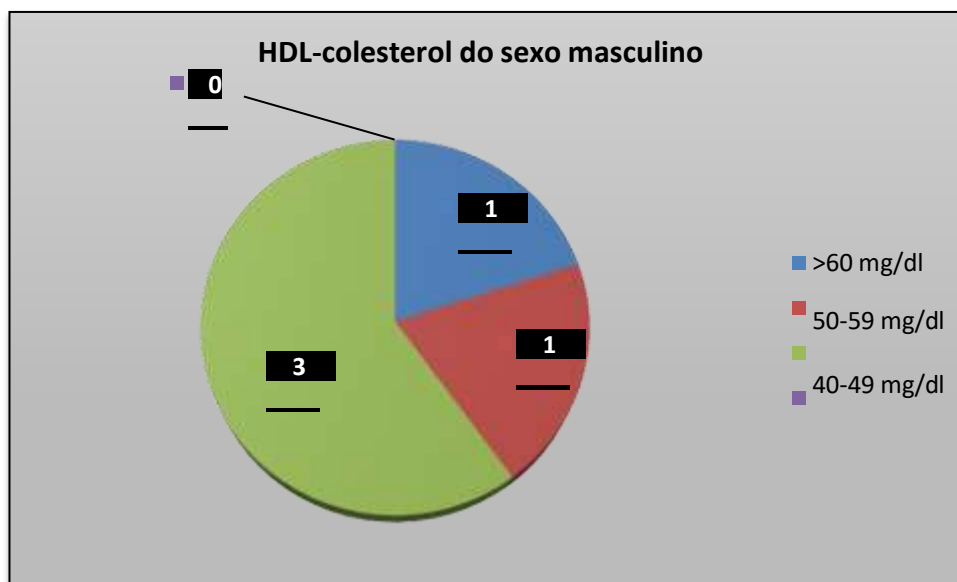
Conforme explanação da Tabela 3 foi possível analisar os exames de colesterol total dos participantes da pesquisa, onde observou-se resultados pouco significantes em relação ao sexo masculino. Apenas 4,17% com valor < 160mg/dl, 8,33% entre 160-199mg/dl e 8,33% com valores entre 200-239mg/dl. Devido a maior participação do sexo feminino na pesquisa, os valores encontrados foram superiores ao do sexo masculino, 16,67% estavam com níveis < 160mg/dl, 41,67% entre 160-199mg/dl apresentando maior proporção, 12,5% com valores de 200-239mg/dl e 8,33% entre 240-279mg/dl o que denota um valor indesejável para as duas participantes.

Com relação aos níveis de Colesterol Total, foi observado que entre todos os participantes de ambos o sexo, teve predomínio dos valores considerados normais (70,84%) em relação aos valores de referências. Os valores considerados anormais apresentaram pouca relevância, demonstrando 20,83% com níveis considerados alterados, ou seja, acima de 200mg/dl.

Conforme pesquisas de *Framingham*, níveis altos de colesterol total é mais dominante em mulheres do que em homens, sendo com mais frequência em pacientes com PA também elevada (Scarlato, Monteiro & Magasso, 2018).

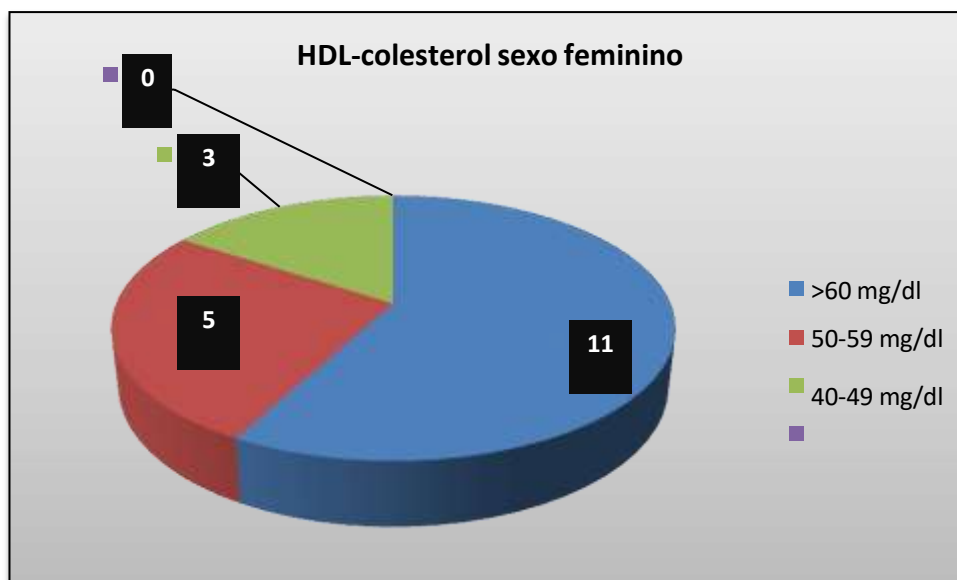
De acordo com Freitas et al. (2009), graus aumentados de Colesterol Total, têm se apresentado como relevante fator de risco para ocorrências de mortalidades por DCV's. Estima-se que a pratica de atividade física vem sendo claramente declarado como combate das dislipidemias, e essa pratica é coerente e aconselhada como método de prevenção de DVC's (Freitas et al., 2014).

Gráfico 3 - Porcentagem dos níveis de HDL-colesterol no sexo masculino.



Fonte: Autores (2019).

Gráfico 4 - Porcentagem dos níveis de HDL-colesterol no sexo feminino.



Fonte: Autores (2019).

No Gráfico 3 observou-se que entre os participantes do sexo masculino o resultado do exame de colesterol HDL apresentou-se da seguinte forma: 60% estavam com valor entre 40-49 mg/dl, 20% com valor de 50-59 mg/dl e 20% com valor superior a >60 mg/dl.

Conforme o Gráfico 4 foi possível analisar os resultados de HDL dos participantes do sexo feminino, onde observou-se que 58% das mulheres estavam com valor acima de 60 mg/dl, 26% entre 50-59 mg/dl e 16% com valores entre 40-49 mg/dl.

Correlacionando os dois gráficos verificou-se que a variável HDL-colesterol indica um amplo número de participantes com níveis desejáveis, sendo que o sexo feminino apontou a maioria dos indivíduos com valores acima de 60mg/dl, demonstrando resultado positivo. Já no sexo masculino, demonstrou valores na faixa limítrofe com valores entre 40-49mg/dl.

Segundo Freitas et al. (2014), o HDL-colesterol tem sido classificado como fator de risco independente, com relação significativa para o surgimento de uma DCV. Os valores baixos de HDL-c colaboram para uma elevação de uma DCV.

Tabela 4 – Classificação do risco cardiovascular conforme Escore de Framingham.

	Total (n=24)	Masculino (n=5)	Feminino(n=19)
Classificação de Risco	N (%)	N (%)	N (%)
Baixo (menos de 10%)	16 (66,67%)	1 (20%)	15 (78,94%)
Moderado (10 a 20%)		4 (80%)	4 (21,05%)
Alto (mais de 20%)	-	-	-

Fonte: Autores (2019).

A presente pesquisa proporcionou avaliar o risco cardiovascular em pacientes hipertensos por meio do ERF, considerando que os mesmos por serem hipertensos, já apresentam risco elevado de um possível desfecho cardiovascular. Através da tabela acima pôde-se observar que 66,67% dos participantes apresentaram baixo risco e 33,33% demonstrou risco moderado de desenvolver uma DCV em 10 anos. Sendo que entre os participantes do sexo feminino 78,94% correspondendo à maioria com baixo risco e apenas 21,05% classificados como risco moderado, enquanto que no sexo masculino, a maioria apresentou risco moderado com 80% e apenas 20% estão classificados como sendo de baixo risco.

Em confirmação com as variáveis do ERF analisadas, o risco de evento cardiovascular na maioria dos participantes foi baixo, seguido por risco moderado, não obteve nenhum paciente estratificado com alto risco.

A estratificação do risco cardiovascular através do ERF nos indivíduos Hipertensos demonstra a importância de identificar o alto risco nesse paciente possibilitando que seja beneficiado um tratamento mais rigoroso. Para Pimenta & Caldeira (2014) o uso do ERF para determinar o risco cardiovascular em pacientes Hipertensos atendidos pela APS tem se confirmado ser um dispositivo de alta competência uma vez que os fatores de risco usados no ERF são imensamente dominantes nesses indivíduos.

Já para Malta et al. (2018), a estratificação do paciente Hipertenso é uma maneira de aderir estratégias mais adequadas ao tratamento da HAS em conformidade ao risco determinado para a evolução de um episódio adverso, além de proporcionar o autocuidado e o controle da PAS, com isso, o paciente que tem a compreensão de seu risco cardiovascular eleva sua cooperação em seu tratamento.

Na prática clínica, o ERF é considerado o método mais utilizado para estabelecer o risco cardiovascular no período de 10 anos. Segundo Schmidt et al. (2017), menciona o ERF como uma ferramenta indispensável na avaliação inicial do paciente, sendo proposta sua utilização na primeira consulta.

4. Conclusão

O estudo aplicando o ERF para avaliação do Risco Cardiovascular em Hipertensos atendidos por uma UBS do Município de Piripiri-PI, apontou para um quadro de predomínio do sexo feminino, o qual representou mais de 75% da amostra. Conclui-se que os indivíduos hipertensos estudados, a maioria apresentou-se de baixo a moderado risco de desenvolver uma DCV em 10 anos, constatando a relevância do desempenho da equipe multiprofissional para monitorar os fatores de risco e precaução de uma possível complicação.

Destaca-se que na classificação de risco, por acaso um paciente ter sido classificado, no momento, em baixo risco não sugere, obrigatoriamente, que o indivíduo perdurara neste risco no decorrer de toda sua vida, o mesmo vale para aqueles indivíduos classificados como moderado risco. Evidenciando a importância de todos os participantes receberem de imediato as orientações associadas ao seu risco assim como, agendamento da consulta de enfermagem e médica na devida UBS.

Cabe mencionar, que o uso da estratificação de risco deveria ser inserida aos métodos de serviço da equipe de saúde, com intenção de cooperar para a qualificação da assistência dada aos indivíduos com DCNT, em específico a HAS. É necessário que o enfermeiro, um dos responsáveis essenciais pelas intervenções educativas, construa, execute e analise intervenções voltadas para as necessidades dessa população. Dessa forma, podemos confirmar que é indispensável a prevenção de DCV's na população pesquisada, mesmo mostrando predominância na estratificação de baixo risco, necessita-se interceder de maneira precoce, objetivando minimizar a possibilidade de manifestar um evento cardiovascular.

Por fim, ressalta-se a necessidade de mais estudos voltados para esta temática, buscando trazer evidências quanto a importância desta escala, além de avaliar o conhecimento dos próprios profissionais, afim de que a mesma seja inserida e utilizada da maneira correta, trazendo dessa maneira, benefícios para a população assistida.

Referências

- Brasil, Ministério da Saúde. (2012). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Brasil, Ministério da Saúde. (2013a). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, (Caderno de Atenção Básica, 37). http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2013b). Vigilância em Saúde. Vigilância de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), Situação epidemiológica – dados. Brasília: Ministério da Saúde. <http://portalmis.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/situacao-epidemiologica>.
- Cesar, T. O., Cairo, L. G., & Carinho, M. R. A. (2016). Análise comparativa do risco cardiovascular com características clínicas não inclusas no escore de Framingham. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 14(2), 89-94. <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1249/14289.pdf>.
- Cichocki, M. Fernandes, K. P. Castro-Alves, D. C. & Gomes, M. V. M. (2017). Atividade física e modulação do risco cardiovascular. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 23(1), 21-25. <https://doi.org/10.1590/1517-869220172301159475>
- Dangelo, J. G. & Fattini, C. A. (2007). Anatomia humana sistêmica e segmentar. (3a ed.), Atheneu.
- Freitas, E. V. Brandão, A. A. Pozzan, R. Magalhães, M. E. Fonseca, F. Pizzi, O. Campana, É. & Brandão, A. P. (2009). Importância da HDL-c para a ocorrência de doença cardiovascular no idoso. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 93(3), 231-238. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2009000900006>.
- IBGE. (2018). <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=2208403>.
- Larré, M. C. & Almeida, E. C. S. (2014). Escore de Framingham na avaliação do risco cardiovascular em diabéticos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 15(6), 908-914, 2014. <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324041233002.pdf>.
- Lima, P. B. M. (2017). Qualidade de vida de tabagistas e sua correlação com a carga tabagística. *Fisioterapia Pesquisa*, 24(3), 237-279. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/16711324032017>.
- Malta, D. C. Duncan, B. B. Barros, M. B. A. Katikireddi, S. V. Souza, F. M. Silva, A. G. Machado, D. B. & Barreto, M. L. (2018). Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10), 3115-3122. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.25222018>
- Pimenta, H. B. & Caldeira, A. P. (2014). Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1731-1739, <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.20092013>.

Pinto, T. M. Riviere, P. A. & Bardach, A. (2015). Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. *Caderno Saúde Pública*, 31(6), 1238-1297. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00192013>

Prodanov, C. C. & Freitas, E. C. (2013). Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. Novo Hamburgo-Rs: Universidade FEEVALE. 276P, <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>.

Santos, F. R. & Mendez, R. D. R. (2014). Estratificação de risco cardiovascular em hipertensos atendidos na atenção primária. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 5(2014), 2646. <http://pdfs.semanticscholar.org/d960/62cd6222dc4b923eae33d17f3f15a152e870.pdf>.

Scarlato, G. C. G. Monteiro, B. R. A. & Magasso, F. R. (2018). Efeito de um programa de treinamento de força sobre o colesterol total de mulheres pós-menopáusicas. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, 12(78), 845-850. <file:///C:/Users/Dr%20Raimundo/Downloads/1517-6542-2-PB.pdf>.

Szczerbowski, A. C. & Morais, C. R. (2017). Manejo de resíduos sólidos em unidade básica de saúde da cidade de Estrela do sul, Minas Gerais, Brasil. *Getec*, 6(11), 29-40. Recuperado em 23 de outubro, 2018, <http://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/getec/article/view/941>.

Vieira, A. O. Andrade, F. B. Nascentes, G. A. N. Correia, D. & Santos, M. C. (2018). Avaliação das ações do programa Hiperdia para pacientes hipertensos. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 6(3), 2318-8413, <https://doi.org/10.18554/refacs.v6i3.3083>