



Estratificação do risco cardiovascular numa amostra de utentes com HTA

Mestrado Integrado em Medicina

Dissertação realizada por:

Daniela Filipa de Andrade Maia

6ºano – Medicina-2010/2011- ICBAS/UP

E-mail: dani_amaia@hotmail.com

Orientadora:

Ana Isabel Maia Marques de Almeida

Especialidade em Medicina Geral e Familiar

Co-orientador:

António Maria Dourado Barroso Santos

Especialidade em Medicina Geral e Familiar

Porto, 2011

Estratificação do risco cardiovascular numa amostra de utentes com HTA

Maia, D*

RESUMO

INTRODUÇÃO: A hipertensão arterial (HTA) é o mais importante factor de risco cardiovascular, cuja coexistência com outros factores de risco aumenta significativamente o risco cardiovascular global (RCVG). O conhecimento deste risco permite o estabelecimento de medidas preventivas e terapêuticas adequadas.

OBJECTIVOS: Estimar o RCVG numa amostra de utentes com HTA, avaliar a prevalência de factores de risco cardiovasculares e determinar a taxa de controlo da tensão arterial (TA).

MÉTODOS: Tipo de estudo: Observacional, transversal, descritivo com componente analítica.

Local: Unidade de Saúde Familiar Santa Clara – ACES Grande Porto V. **População de estudo:** 10,97% (n=220, intervalo de confiança=95%) dos utentes com mais de 40 anos incluídos no programa de vigilância de HTA. As **variáveis estudadas** foram: género, idade, tabagismo, pressão arterial, colesterol total, diabetes mellitus e doença cardiovascular (DCV) estabelecida. O RCVG foi calculado utilizando a escala SCORE. Os grupos tensionais foram estadiados segundo a classificação da OMS.

RESULTADOS: A taxa de controlo da HTA foi de 69,5%. Foi detectada dislipidémia não controlada em 53,6% dos casos, tabagismo em 14,6%, diabetes mellitus em 30,0% e DCV em 18,2% dos indivíduos. 45,0% dos indivíduos apresentavam risco cardiovascular aumentado, 41,8% risco moderado e 13,2% risco baixo. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre a prevalência dos factores de risco nos indivíduos de alto risco com diabetes mellitus e/ou DCV e nos indivíduos sem nenhuma destas condições.

CONCLUSÃO: É necessária a redução do risco cardiovascular na população em estudo, através da implementação de medidas preventivas e terapêuticas.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão arterial, factores de risco cardiovasculares, risco cardiovascular global

Aluna do 6º ano Profissionalizante de Medicina no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

E-mail: dani_amaia@hotmail.com

Estratificação do risco cardiovascular numa amostra de utentes com HTA

Maia, D*

ABSTRACT

INTRODUCTION: Hypertension is the most important risk factor for cardiovascular disease that when associated with other risk factors significantly increases the overall risk of cardiovascular disease. The knowledge of this risk allows the establishment of appropriate preventive and therapeutic measures.

OBJECTIVES: To estimate the cardiovascular risk in a sample of hypertensive patients, to determine the prevalence of cardiovascular risk factors and the control rate of hypertension.

METHODS: Descriptive cross-sectional study, descriptive with analytical component in USF Santa Clara - Porto ACES V. Sample: 10.97% (n = 220, confidence interval = 95%) of hypertensive patients with more than 40 years included in the monitoring program for high blood pressure (HBP). Study variables: gender, age, cigarette smoking, blood pressure (BP), total cholesterol, diabetes mellitus and established cardiovascular disease. The risk SCORE was used to determine the cardiovascular risk. BP range groups were staged according to the WHO classification.

RESULTS: The blood pressure control rate was 69.5%. Uncontrolled dyslipidemia was detected in 53.6% of cases, diabetes mellitus in 30.0% and cigarette smoking in 14.6%. Cardiovascular disease was present in 18.2% of individuals. Increased cardiovascular risk was detected in 45.0%, moderate risk in 41.8% and low risk in 13.2% of cases. There was no significant difference between the prevalence of uncontrolled BP, cigarette smoking and uncontrolled dyslipidemia between high risk subgroups, depending on whether or not they had diabetes mellitus and / or established cardiovascular disease.

CONCLUSION: It is necessary to reduce cardiovascular risk in this population through the implementation of preventive and therapeutic measures.

KEYWORDS: Hypertension, cardiovascular risk factors, overall cardiovascular risk

Aluna do 6º ano Profissionalizante de Medicina no Instituto de
Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

E-mail: dani_amaia@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem a primeira causa de morte nos países desenvolvidos e são uma causa importante de morbilidade, dependência e custos em saúde ⁽¹⁾. As previsões actuais estimam que no ano de 2020 as doenças cardiovasculares tornar-se-ão a principal causa global do total de doenças ⁽²⁾. Em Portugal observa-se uma tendência decrescente das DCV em todos os grupos etários⁽³⁾.

A HTA é o mais importante factor de risco modificável para DCV ⁽⁴⁾. A sua elevada prevalência, o seu poderoso impacto independente na incidência de doença cardiovascular e a possibilidade do seu controlo justificam que o seu diagnóstico e tratamento sejam prioridades clínicas na actualidade. No entanto, nos doentes hipertensos o risco cardiovascular não é apenas determinado pelo valor da TA, mas sim pela coexistência de outros factores de risco como idade, género, tabagismo, dislipidémia, diabetes mellitus, IMC e história familiar de doença cardiovascular prematura ⁽⁴⁾. Em contexto de RCVG, o todo é bem mais do que a mera soma das partes. É muito pior a existência de múltiplos factores de risco ligeiramente alterados do que um único factor de risco muito elevado.

O risco cardiovascular global é o risco obtido pela presença e interacção de vários factores de risco num indivíduo ⁽⁵⁾. Estes factores de risco interagem e potenciam-se, tendo a sua associação um efeito sinérgico e multiplicativo ⁽⁵⁾. O cálculo do RCVG pode basear-se em várias escalas de risco. O SCORE é o instrumento recomendado pela Direcção Geral de Saúde em Portugal, de acordo com a circular normativa, publicada em Abril de 2007 ⁽⁶⁾. O valor obtido corresponde ao risco absoluto de doença cardiovascular fatal aos 10 anos (doença coronária, acidente vascular cerebral (AVC), doença vascular periférica, ruptura de aneurisma da aorta abdominal ou torácica). Uma vez que há diferenças significativas na Europa no que respeita às

mortes por enfarte agudo do miocárdio (EAM) e AVC, o projecto SCORE criou folhas de cálculo para as diferentes regiões da Europa consideradas de baixo e de alto risco, sendo Portugal enquadrado nas de baixo risco ⁽⁵⁾.

A utilização de valores rígidos de *cut-off* em termos de risco absoluto é desaconselhada ⁽⁵⁾. O resultado do risco SCORE deve ser alvo de ponderação por parte do clínico, uma vez que existem situações potenciadoras de um risco cardiovascular superior ao calculado, nomeadamente a hipertrigliceridémia, tolerância diminuída à glicose, história familiar de doença cardiovascular prematura e níveis elevados de proteína C reactiva. Os indivíduos com doença aterosclerótica estabelecida e diabetes mellitus são considerados de alto risco cardiovascular ⁽⁷⁾, não estando indicado o cálculo do risco SCORE.

O RCVG influencia a agressividade da intervenção terapêutica no controlo dos factores de risco, o *timing* mais adequado para a introdução de tratamento farmacológico e os alvos terapêuticos a atingir ⁽⁸⁾. É também um instrumento muito útil para explicar ao doente o conceito de risco, as implicações de ter um risco elevado, responsabilizando-o pelos comportamentos relacionados com a modificação dos seus factores de risco ⁽⁶⁾.

A abordagem do indivíduo hipertenso deve ser abrangente, envolvendo para além da descida dos valores tensionais, o cálculo do risco cardiovascular individual e as possíveis estratégias de intervenção que o possam diminuir, seja através da modificação de estilos de vida, seja pela implementação de farmacoterapia. No indivíduo com HTA e doença cardiovascular estabelecida é consensual o uso de tratamento farmacológico (antiagregação, estatinas), no entanto, o mesmo não ocorre nas situações de prevenção primária, nas quais o uso de terapêutica farmacológica deve ser criterioso, através do estabelecimento do risco cardiovascular para aquele indivíduo em particular ⁽⁹⁾.

As doenças cardiovasculares estão associadas a altas taxas de morbilidade e mortalidade. Se o controle desses eventos na fase aguda é habitualmente complexo, existe a possibilidade atractiva da redução do impacto e incidência desses desfechos pela actuação nos factores de risco. Essa oportunidade exequível motiva a caminhada progressiva em direcção à prevenção. De facto, a adopção de uma prática baseada na prevenção das DCV é fundamental, urgente e exige esforço e perseverança de toda a comunidade médica e o empenho de todos os elementos da equipa de saúde. A intervenção nos factores de risco cardiovasculares é, de facto, de extrema importância já que 70-80% da mortalidade cardiovascular está associada a estilos de vida não saudáveis ⁽¹⁰⁾.

Os especialistas em Medicina Geral e Familiar encontram-se numa posição privilegiada para actuar nos factores de risco cardiovasculares modificáveis da população hipertensa e reduzir o seu RCVG. É fundamental que em todas as consultas, principalmente em contexto dos cuidados de saúde primários, exista uma mensagem de prevenção e promoção da saúde.

O presente estudo teve como objectivos estimar o risco cardiovascular, avaliar a prevalência de factores de risco cardiovascular e determinar a taxa de controlo da HTA numa amostra de utentes com o diagnóstico de HTA incluídos no programa de vigilância da USF Santa Clara. Avaliou-se ainda a prevalência de TA não controlada, dislipidémia não controlada e tabagismo nos indivíduos com alto risco cardiovascular que possuem diabetes mellitus e/ou DCV e nos indivíduos sem estas condições. O objectivo desta análise foi verificar se existe uma diferença estatisticamente significativa entre a prevalência dos vários factores de risco nos diferentes subgrupos, diferença essa que poderá sugerir a necessidade de medidas preventivas/terapêuticas mais agressivas em determinados indivíduos.

O conhecimento da realidade sobre a prevalência dos diferentes factores de risco cardiovasculares e do nível de risco cardiovascular global da população deixa um amplo campo de actuação e poderá possibilitar o desenvolvimento de estratégias mais eficazes que visem melhorar a saúde dos utentes, através do controlo efectivo dos seus diferentes componentes modificáveis (HTA, diabetes mellitus, da dislipidémia e cessação tabágica).

METODOLOGIA

LOCAL DO ESTUDO: Unidade de Saúde Familiar Santa Clara – Vila do Conde – ACES Grande Porto V.

TIPO DE ESTUDO: Estudo observacional, descritivo e transversal com componente analítica.

DURAÇÃO E PERÍODO DO ESTUDO: Novembro de 2009 a Novembro de 2010

POPULAÇÃO EM ESTUDO: Foi efectuada uma aleatorização simples de 10,97% (n=220, intervalo de confiança=95%) dos utentes identificados no módulo estatístico do programa SAM com o diagnóstico de HTA, ordenados por ordem alfabética, usando o programa Research Randomizer®.

Nos casos em que não estavam disponíveis todos os dados necessários devido à falta de registos clínicos, procedeu-se à substituição pelo indivíduo que constasse imediatamente a seguir na lista ordenada alfabeticamente.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Uteses inscritos no programa SAM mas não vigiados na USF.
- Uteses com idade inferior a 40 anos.

VARIÁVEIS DO ESTUDO: Os factores de risco cardiovascular estudados foram os relacionados com o cálculo do risco SCORE: género, idade, tabagismo, pressão arterial e colesterol total. As variáveis diabetes mellitus e doença cardiovascular estabelecida foram incluídas, pois quando presentes são determinantes de alto risco.

- **Género:** Variável qualitativa categórica nominal - Masculino / Feminino.
- **Idade:** Variável quantitativa continua, sendo considerada factor de risco para DCV quando ♂ > 55 e ♀ > 65.
- **Tensão arterial:** Variável quantitativa contínua. A TA foi classificada como óptima, normal, normal alta, graus 1 e 2, segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde.

- **Colesterol total (CT):** Variável quantitativa contínua, sendo considerado dislipidémia não controlada quando o CT ≥ 190 mg/dl.

Risco elevado: CT ≥ 240 mg/dl; risco moderado: CT ≥ 190 mg/dl; risco baixo: CT < 190 mg/dl. ⁽³⁾

- **Tabagismo:** Variável qualitativa categórica nominal - Sim/Não.
- **Diabetes mellitus:** Variável qualitativa categórica nominal - Sim/Não. Foi considerado diabético todo o indivíduo que efectue terapêutica específica e/ou que preencha os critérios das recomendações de 2006 do grupo de estudo da diabetes da APMCG na diabetes tipo II para a prática clínica diária em cuidados de saúde primários.
- **Doença cardiovascular estabelecida:** Variável qualitativa categórica nominal – Sim/Não. Foram consideradas DCV:

Doença coronária (EAM, angina estável/instável, insuficiência cardíaca (IC))
Doença cerebrovascular (AVC e acidente isquémico transitório (AIT))
Doença arterial periférica (claudicação intermitente, isquemia crítica dos membros)
Aterosclerose/ aneurismas aórticos.

- **Risco cardiovascular:** O risco cardiovascular global foi calculado utilizando a escala SCORE. Foi classificado como baixo ($< 1\%$), moderado ($1-4\%$), aumentado ($5-9\%$) e muito aumentado ($\geq 10\%$). Considera-se categoria de alto risco, um risco absoluto maior ou igual a 5% .

MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO: Para a recolha dos dados foram analisados os processos clínicos dos doentes no programa SAM. Em relação às variáveis “colesterol total” e “diabetes mellitus” foram consultados os registos clínicos referentes ao último ano e relativamente à “TA” referentes aos últimos 6 meses.

Os dados foram processados em Microsoft Office Excel 2007. O teste estatístico utilizado na comparação entre os subgrupos de alto risco cardiovascular foi o teste qui-quadrado.

RESULTADOS

Em 15,0% dos indivíduos seleccionados aleatoriamente, não estavam disponíveis os dados necessários ao estudo.

De entre os 220 utentes hipertensos analisados, 72 (32,7%) são do género masculino e 148 (62,3%) são do género feminino. A amostra estudada é constituída por indivíduos com idades compreendidas entre os 40 e os 90 anos, com uma média de idades de 65 anos e moda de 61 anos (desvio padrão=12,3 anos).

A estratificação da amostra em estudo segundo a faixa etária está representada no gráfico que se segue (gráfico I). A idade foi estratificada nas faixas etárias que fazem parte do risco SCORE.

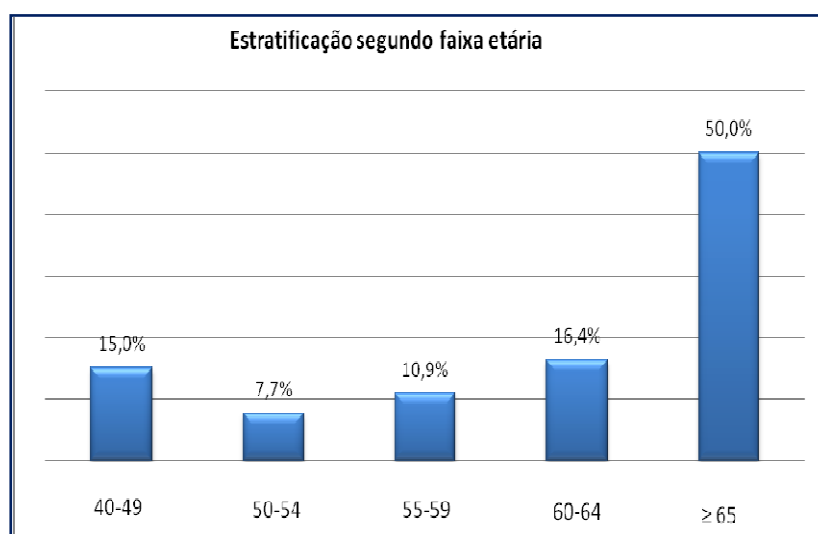
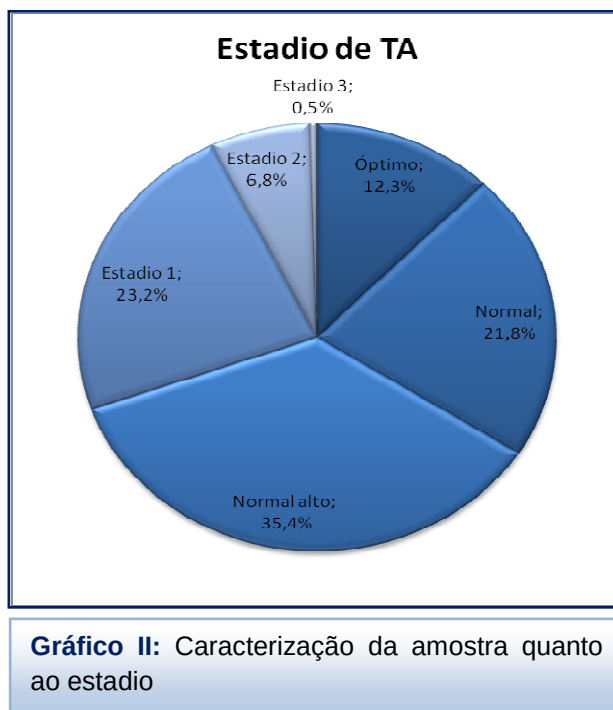


Gráfico I: Estratificação da amostra por grupo etário

Em relação ao factor idade, 56,4% dos indivíduos são de alto risco ($\text{♂} > 55$ anos; $\text{♀} > 65$ anos) para doença cardiovascular.

Relativamente ao perfil tensional, constatou-se que 12,3% dos indivíduos têm uma TA óptima; 21,8% TA normal; 35,4% TA normal alta; 23,2% HTA estágio 1; 6,8% HTA estágio 2 e 0,5% HTA estágio 3, o que corresponde a uma taxa de controlo da TA de 69,5 %. (gráfico II). A TA média na amostra em estudo é de 132/80 mm Hg.



Dislipidemia não controlada (CT > 190 mg/dL), foi detectada em 53,6% dos indivíduos. A média de colesterol total é de 194 mg/dL.

	N (%)
Idade	
Baixo risco	96 (43,6%)
Alto risco (♂ > 55 anos; ♀ > 65 anos)	124 (56,4%)
Colesterol total	
Baixo risco	102 (46,2%)
Risco moderado (CT ≥ 190 mg/dl)	94 (42,5%)
Risco elevado (≥ 240 mg/dl)	25 (11,3%)
Tabagismo	
Não	188 (53,6%)
Sim	32 (14,6%)
Diabetes mellitus	
Não	154 (70,0%)
Sim	66 (30,0%)
DCV estabelecida	
Não	180 (81,8%)
Sim	40 (18,2%)

Tabela I: Prevalência de factores de risco e doenças cardiovasculares estabelecidas

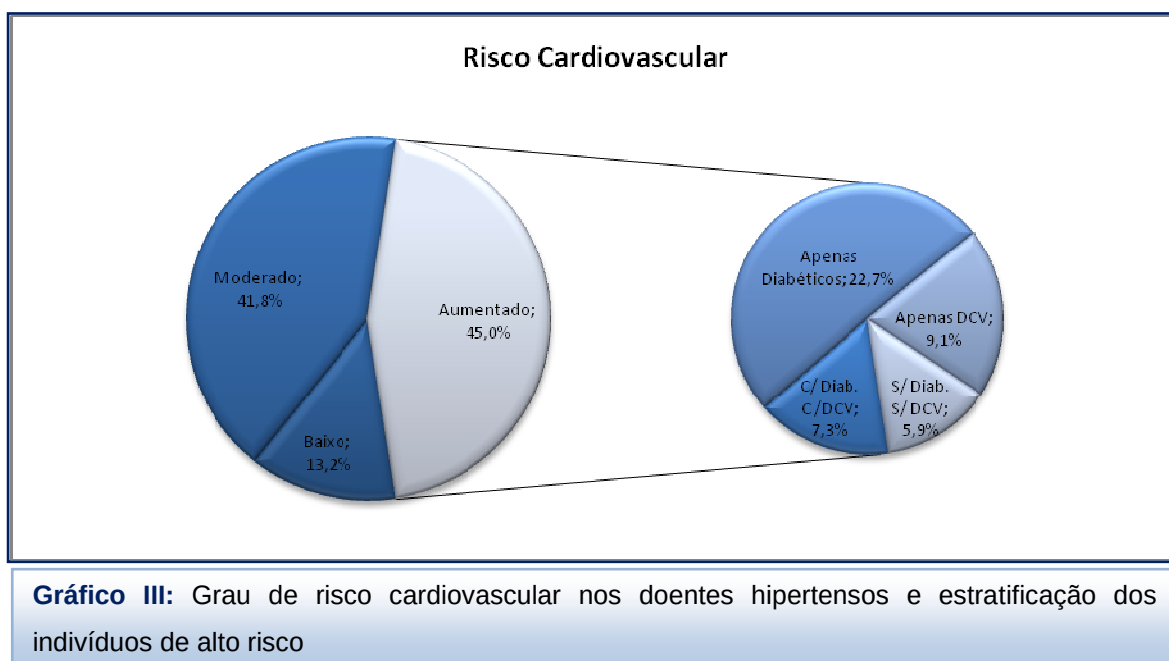
Na amostra estudada, a prevalência de diabetes mellitus tipo II é de 30,0%.

Em relação à prevalência de doenças CV estabelecidas, constatou-se que estão presentes em 18,2% dos indivíduos.

Nos indivíduos estudados, foi detectada uma prevalência de tabagismo de 14,6%.

Utilizando o modelo SCORE, foi determinado o risco CV, detectando-se um risco aumentado em 45,0%, risco moderado em 41,8% e risco baixo em 13,2% (gráfico III).

Em relação aos indivíduos de alto risco, procedeu-se à sua caracterização, verificando-se que 22,7% têm diabetes mellitus, 9,1% possuem DCV estabelecida, 7,3% apresentam simultaneamente as duas condições e os restantes 5,9% correspondem aos indivíduos de alto risco sem diabetes e/ou DCV (gráfico III, à direita).



Nos diferentes subgrupos de indivíduos de alto risco determinaram-se as taxas de tabagismo, dislipidemia e TA não controladas, como se pode observar no gráfico IV.

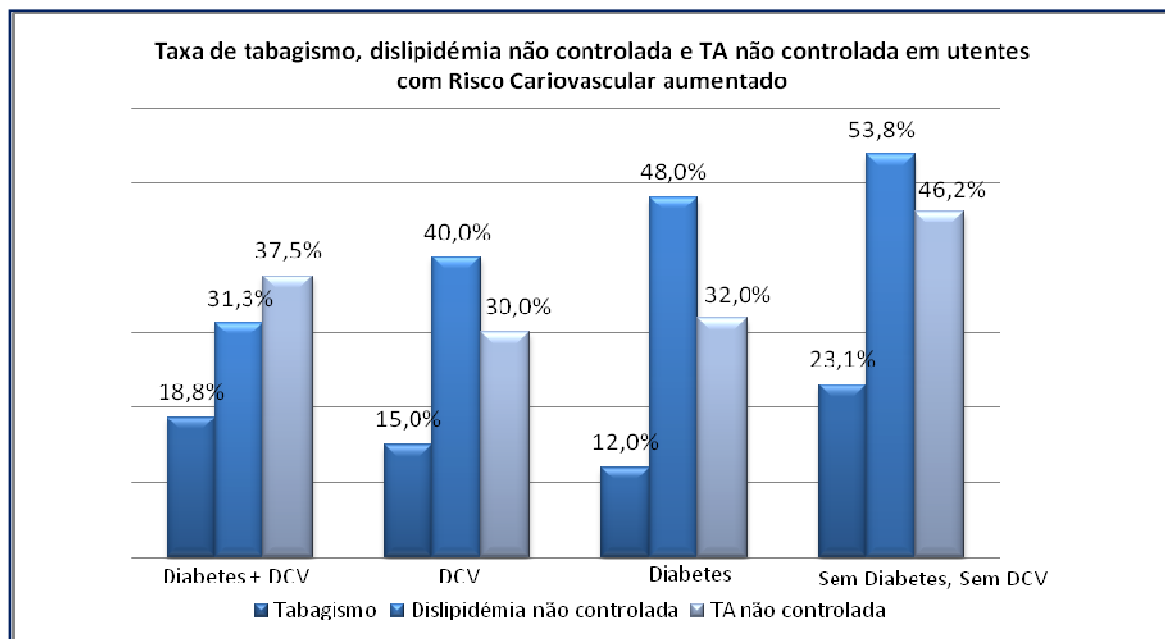


Gráfico IV: Taxa de tabagismo, dislipidémia e TA não controlada nos hipertensos com RCVG aumentado.

Com o intuito de verificar se existe diferença estatisticamente significativa entre a prevalência de factores de risco não controlados nos diferentes subgrupos de alto risco supracitados procedeu-se à realização do teste qui-quadrado.

Teste qui-quadrado ($p=0,05$)

H0: Não existe diferença entre a prevalência de tabagismo, dislipidémia não controlada ou TA não controlada nos indivíduos com RCVG aumentado sem diabetes mellitus ou DCV e nos indivíduos com RCVG aumentado com diabetes e/ou DCV.

H1: Existe diferença entre a prevalência de tabagismo, dislipidémia não controlada ou TA não controlada nos indivíduos com RCVG aumentado sem diabetes mellitus ou DCV e nos indivíduos com RCV aumentado com diabetes e/ou DCV.

Os resultados obtidos são apresentados na tabela II.

Risco Cardiovascular Aumentado	Tabagismo	Dislipidémia	TA não controlada
Diabetes + DCV vs Sem Diabetes; Sem DCV	p = 0,775	p = 0,219	p = 0,638
	$\chi^2 = 0,082$	$\chi^2 = 1,510$	$\chi^2 = 0,221$
DCV vs Sem Diabetes; Sem DCV	p = 0,557	p = 0,435	p = 0,346
	$\chi^2 = 0,346$	$\chi^2 = 0,609$	$\chi^2 = 0,888$
Diabetes vs Sem Diabetes; Sem DCV	p = 0,309	p = 0,707	p = 0,340
	$\chi^2 = 1,034$	$\chi^2 = 0,141$	$\chi^2 = 0,909$
Diabetes + DCV vs DCV	p = 0,764	p = 0,587	p = 0,635
	$\chi^2 = 0,090$	$\chi^2 = 295$	$\chi^2 = 0,225$
Diabetes+ DCV vs Diabetes	p = 0,493	p = 0,240	p = 0,695
	$\chi^2 = 0,469$	$\chi^2 = 1,381$	$\chi^2 = 0,165$
DCV vs Diabetes	p = 0,735	p = 0,544	p = 0,841
	$\chi^2 = 0,115$	$\chi^2 = 0,368$	$\chi^2 = 0,027$

Tabela II: Resultados dos valores de p e χ^2 nos testes qui-quadrado aplicados.

O teste do qui-quadrado efectuado não permite excluir H_0 ($p > 0,05$), logo não se pode considerar que existe diferença estatisticamente significativa entre a prevalência dos factores de risco nos diferentes subgrupos de indivíduos com RCVG aumentado.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

É importante ressaltar que num elevado número (15,0%) de utentes com HTA seleccionados para o estudo, o cálculo do risco CV não foi possível por não estarem disponíveis todos os parâmetros necessários (tabagismo, TA, CT), valor que deve alertar os profissionais de saúde para a necessidade de executar os registos clínicos.

A população em estudo caracteriza-se por um predomínio de indivíduos do género feminino, dado concordante com outros estudos nacionais ^{(11) (12)}.

A análise da estratificação da amostra em estudo por grupo etário permite constatar que existe um elevado número (22,7%) de indivíduos com idade inferior a 55 anos o que, principalmente nas mulheres, faz diminuir muito o RCVG. No entanto, os indivíduos desta faixa etária, apesar do RCVG baixo, devem ser aconselhados de modo mais veemente relativamente a alterações do estilo de vida, já que possuem um elevado risco relativo e grande probabilidade de apresentar doença cardiovascular em idades mais avançadas ⁽⁸⁾. As decisões de tratamento em doentes mais jovens devem ser orientadas com base numa quantificação do risco relativo, isto é, com base num aumento do risco relativamente ao risco médio da população da mesma faixa etária.

Em relação à taxa de controlo da HTA (69,5%), constata-se que se trata de um valor bastante superior a estudos em Portugal e EUA (35,4%; 29,3%; 48,8%; 35,0%; 50,1%) ^{(11) (12) (13) (14) (15)}, e semelhante à taxa de controlo da HTA no Canadá (69,5%) ⁽¹⁶⁾. Este valor pode reflectir as características particulares desta população, já que é constituída por indivíduos com médico de família atribuído e, portanto, com maior probabilidade de receberem educação para a saúde e tratamento farmacológico adequado. Além disso, este valor pode ser resultado da efectividade do modelo interdisciplinar de actuação nos hipertensos em vigência na USF em questão.

Quanto à percentagem de indivíduos com dislipidémia não controlada (53,6%), há a referir que o valor é semelhante a outro estudo nacional (53,8%) ⁽¹⁷⁾. A

comparação deste valor com o de outros estudos foi limitada, já que a maioria dos estudos utiliza como *cut-off* para colesterol total o valor de 200 mg/dL. É preciso ter em conta que a maioria dos profissionais de saúde utiliza como primeira meta terapêutica o colesterol-LDL que faz parte do risco Framingham, risco que integra o suporte informático usado habitualmente na consulta. O valor elevado da taxa de dislipidémia não controlada e o facto de se tratar de um factor de risco potencialmente modificável, deverá promover o desenvolvimento de estratégias mais eficazes no controlo do perfil lipídico junto destes doentes.

Em relação à taxa de tabagismo (14,6%), esta é superior a outros estudos nesta área (10,0%;8,6%) ⁽¹¹⁾ ⁽¹²⁾. Estudos demonstram que após um ano de cessação tabágica o risco de doença coronária diminui em 50,0% ⁽¹⁸⁾. Uma vez que a cessação tabágica é a intervenção sobre o estilo de vida com maior impacto na redução do risco CV ⁽¹⁾ ⁽⁸⁾ ⁽¹⁹⁾, é necessária a implementação de medidas mais agressivas para o incentivo da cessação tabágica. A mensagem do médico deve ser clara e persuasiva, assim como deve ser complementada por programas que levem à cessação tabágica e monitorizem a sua manutenção.

A prevalência de diabetes mellitus na amostra em estudo é de 30,0%, valor que pode ser justificado em parte pelo facto de a maioria dos indivíduos desta amostra se encontrar na 7ª década de vida, altura em que a prevalência de diabetes começa a aumentar. A prevalência detectada é superior a outros estudos (25,6%; 26,4%, 22,3%) ⁽¹¹⁾ ⁽¹²⁾ ⁽¹⁷⁾. A elevada prevalência de diabetes mellitus na amostra em estudo sugere por um lado a necessidade de uma investigação atenta destes indivíduos de alto risco CV e, por outro a necessidade de alteração dos estilos de vida de forma mais intensiva e de ponderar introdução de farmacoterapia de forma criteriosa em contexto de prevenção de diabetes mellitus. De facto, estudos demonstram que a modificação agressiva dos estilos de vida é uma intervenção muito eficaz na prevenção da

progressão para diabetes nos indivíduos com anomalia da glicose em jejum ou alteração da tolerância à glicose ^{(1) (8) (20)}. A Associação Americana de Diabetes propõe considerar-se a prescrição de metformina nos indivíduos de muito alto risco (tolerância diminuída à glicose (TDG) + anomalia da glicose em jejum (AGJ) + pelo menos um factor de risco cardiovascular) e nos indivíduos obesos com idade inferior a 60 anos ⁽²⁰⁾. Neste contexto, seria interessante ampliar este estudo a outros factores de risco cardiovasculares modificáveis, nomeadamente a TDG, a AGJ e o índice de massa corporal com o intuito de maximizar as estratégias.

Em relação à distribuição dos indivíduos hipertensos segundo o grau de risco cardiovascular (SCORE), determinou-se que 45,0% apresenta alto risco. Na análise deste valor é importante ter em consideração uma limitação importante de todas as escalas para determinação do RCVG que é o facto de estas se referirem apenas a um valor da TA, não reflectindo o historial tensional, que é um importante preditor do risco cardiovascular ⁽²¹⁾. De facto, os indivíduos com HTA controlada não deviam ter um risco cardiovascular idêntico a um indivíduo não hipertenso. A taxa de indivíduos de alto risco (45,0%) é superior à obtida num estudo nacional (38,9%) ⁽¹²⁾. No entanto, é preciso ter em conta que neste último estudo não foram seguidas as mesmas orientações relativamente ao cálculo do risco SCORE, uma vez que os indivíduos com diabetes e DCV estabelecida não foram considerados automaticamente de alto risco.

A avaliação das taxas de dislipidémia não controlada, tabagismo e TA não controlada nos subgrupos dos indivíduos de alto risco não permitiu excluir H0 ($p>0,05$), isto é, não permitiu provar que existe diferença estatisticamente significativa entre a prevalência dos factores de risco nos diferentes subgrupos, pelo que não se podem tirar conclusões a este nível.

Face aos resultados obtidos, constata-se que os níveis de controlo da TA são superiores aos de outros estudos analisados. No entanto, a elevada prevalência dos

outros factores de risco que integram o risco SCORE, sugere a necessidade de planear uma estratégia mais efectiva para diminuir o RCVG. Estes resultados têm ainda maior impacto quando se analisa a estratificação dos doentes hipertensos segundo o grau de risco cardiovascular. A elevada taxa de indivíduos com risco cardiovascular aumentado atesta a pertinência deste estudo, uma vez que realça a importância da investigação atenta destes indivíduos e da delineação de estratégias terapêuticas mais agressivas de forma a diminuir o risco CV dependente de factores de risco modificáveis.

CONFLITOS DE INTERESSE

A autora do artigo declara que não existem conflitos de interesse relativamente ao presente artigo.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Ana Almeida, por toda a orientação prestada, por todo o seu interesse e empenho no decorrer do trabalho.

A todo o corpo clínico e administrativo da USF Santa Clara pela oportunidade e disponibilidade sempre demonstradas.

Ao Dr. António Barroso, pela colaboração e disponibilidade.

Aos meus pais e irmã, agradeço pelo exemplo, apoio e incentivo.

Ao Diogo Carvalho, o meu maior agradecimento por toda a disponibilidade, apoio incondicional e ajuda prestada, nomeadamente ao nível da componente estatística.

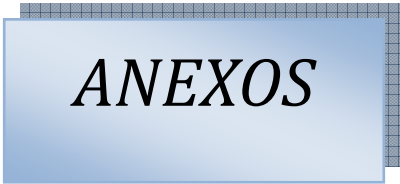
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Graham I, Atar D, Bosh-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice: European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. In: Eur Heart J;28:2375-2414; 2007
2. Kasper D, Fauci A, Longo D, Braunwald E, Hauser S, Jameson JL, *editors*. Harrison's, *Principles of Internal Medicine*, 17ª Edição, McGraw Hill; 2008
3. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa: DGS: 2003
4. Polónia J, Carmona J, Saavedra J. A hipertensão na prática clínica; 2006
5. Mafra F, Oliveira O. Avaliação do risco cardiovascular-metodologias e suas implicações na prática clínica. Rev Por Clin Geral 2008; 24:391-400
6. Direcção-Geral da Saúde. Risco Global Cardiovascular- 06/DSPCS; 2007
7. Wilson P. Estimation of cardiovascular risk in an individual patient without known cardiovascular disease. UpToDate 2010
8. Mancia, G, Baker G, Dominiczak A, Grassi G, Heagerty A, Kjeldsen E, et al. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC); 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. In: J Hypertension 2007; 25:1105-87
9. Pereira S. Abordagem do risco cardiovascular no doente hipertenso, Acta Med Port 2010; 23:223-226
10. Agabiti-Rosei E, Ambrosio G, Badimon L, Brassand JP, Bertrand ME, Chazov E, et al. Risk stratification for the evaluation of coronary heart disease: different score systems. The European cardiologist-journal 2008 Aug 8

11. Coelho AM. Estratificação do risco cardiovascular em doentes hipertensos de uma lista de utentes. Rev Port Clin Geral 2006;22:41-8
12. Soares S, Mendes C. Conhecer os doentes hipertensos de uma lista de utentes: que risco cardiovascular?. Rev factores risco 2008, vol.3, Nº10
13. Dieder M, Guimarães A. Optimização de recursos no cuidado primário da hipertensão arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia 2006
14. Macedo ME, Lima M, Silva A, Cardoso A, Martins D, Morgado V. Estudo da prevalência, tratamento e controlo da hipertensão em Portugal. Porto; 2011
15. Egan B, Zhao Y, Axon R. US Trends in prevalence, awareness, treatment and controlo of hypertension, 1998-2008. JAMA 2010; 303(20):2043-2050
16. Canadian Hypertension Education Program. Outcomes research task force; 2010. Disponível em: URL: <http://hypertension.ca/chep/educational-resources/slides/>
17. Okai H., Lopes M. Redução do risco cardiovascular global através da continuidade de cuidados assistenciais prestados a uma população hipertensa pelo Médico de Família, Rev Port Clin Geral 2009; 25: 169-76
18. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics- 2005 Update, American Heart Association; 2004:33.
19. Hennekens C. Overview of primary prevention of coronary heart disease and stroke, UpToDate 2010
20. American Diabetes Association: Standards of medical care in diabetes – 2008. Diabetes Care 2008;31(Suppl 1):S12-S54
21. Kaplan N, et al. Cardiovascular risk of hypertension. UpToDate 2010

OUTRA BIBLIOGRAFIA:

1. Rubenfire M. Cardiovascular risk of smoking and benefits of smoking cessation, UpToDate, 2010
2. Rosenson R. Clinical trials of cholesterol lowering for primary prevention of coronary heart disease, UpToDate, 2010
3. Miranda JA. Normas de Vancouver.1998 Fev 14 (69 ecrans). Disponível em:
<http://homepage.esoterapia.pt/~nx2fmd/Normas.html>



ANEXOS

No âmbito deste trabalho, foi publicado pela autora, um artigo de sensibilização e educação populacional acerca do RCV no Jornal Terras do Ave (Vila do Conde) em 2/12/2010.



Daniela de Andrade Maia

Especial ...

RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL

As doenças cardiovasculares (enfarte agudo do miocárdio, AVC) constituem a primeira causa de morte nos países desenvolvidos e são uma causa importante de incapacidade, dependência e custos em saúde.

A hipertensão arterial é o mais importante factor de risco modificável para doença cardiovascular (DCV), no entanto a ocorrência de DCV é potenciada pela coexistência de outros factores de risco como tabagismo, colesterol elevado, diabetes e excesso de peso. Estes factores de risco interagem e potenciam-se, tendo a sua associação um efeito sinérgico e multiplicativo. A presença ou não destes factores de risco determina a maior ou menor probabilidade de doença cardiovascular e constitui aquilo a que se designa o "Risco cardiovascular global".

Portugal em termos de risco global, encontra-se numa posição intermédia, pelo que as projecções apontam para que a evolução portuguesa em termos de doenças cardiovasculares tenda a agravar-se. Por isso e acompanhando o apelo da Organização Mundial de Saúde é urgente alertar a população para a necessidade de modificar os seus estilos de vida e fazer vigilância periódica, com o intuito de inverter este panorama negativo na saúde. É importante enfatizar que a maximização dos resultados implica a actuação ao nível do factor de risco global, por exemplo reduzindo a pressão arterial,

colesterol e inactividade física em simultâneo.

A prevenção cardiovascular é por isso uma das áreas prioritárias no que diz respeito aos ganhos em saúde no século XXI.

De facto, estudos demonstram que as modificações do estilo de vida, como a redução do colesterol e tabagismo contribuem muito mais para as descidas das taxas de mortalidade por

doenças cardiovasculares do que as técnicas médico-cirúrgicas mais especializadas.

USF Santa Clara – ACES Póvoa de Varzim/Vila do Conde

