

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MARIA TEREZA NÉRI ROSA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES CADASTRADOS COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA MICROÁREA JARDIM  
SUCUPIRA DA UBSF ALVORADA NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA  
- MG**

**UBERABA - MINAS GERAIS**

**2013**

**MARIA TEREZA NÉRI ROSA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES CADASTRADOS COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA MICROÁREA JARDIM  
SUCUPIRA DA UBSF ALVORADA NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA  
– MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

**UBERABA - MINAS GERAIS**

**2013**

**MARIA TEREZA NÉRI ROSA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES CADASTRADOS COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA MICROÁREA JARDIM  
SUCUPIRA DA UBSF ALVORADA NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA  
- MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares  
Madureira.

Banca Examinadora

Profa Maria Dolôres Soares Madureira- Orientadora

Profa. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 30 de dezembro de 2013

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso aos meus pais, irmãos, familiares e amigos que de muitas formas me incentivaram e ajudaram para que fosse possível a concretização deste trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todas as pessoas do meu convívio que acreditaram e contribuíram, mesmo que indiretamente, para a conclusão deste curso.

À toda Equipe da UBSF Alvorada, todos vocês foram muito importantes para minha formação.

À minha ACS e companheira de todas as horas Eva Priscilla, por toda sua dedicação ao trabalho, carinho com a população e seu sorriso diário.

Ao meu mestre Carlos Henrique Alves de Rezende, por sempre acreditar e incentivar meu trabalho.

À minha orientadora Maria Dolores Soares Madureira, pelo empenho, paciência e dedicação, obrigada por tudo.

## RESUMO

A hipertensão é uma condição crônica prevalente que representa um problema de saúde pública já que pode desencadear complicações agudas e crônicas e, também, alto impacto social e econômico, devido a sua alta morbimortalidade. O presente trabalho teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na microárea Jardim Sucupira da UBSF Alvorada – Uberlândia MG. Os dados sócio-demográficos dos sujeitos da pesquisa foram extraídos de dados do SIAB da Unidade de Saúde e sua análise foi feita por meio de estatística descritiva. Foram analisados dados dos pacientes hipertensos da microárea, atendidos no período de abril a dezembro de 2012, totalizando 91 indivíduos, por meio do levantamento de dados epidemiológicos como sexo, idade e possíveis fatores de risco. Realizou-se uma correlação destes dados com dados nacionais. Os resultados mostraram que a prevalência de mulheres com HAS na amostra estudada foi de 60,7%. As comorbidades mais frequentes foram obesidade, dislipidemia e Diabetes Mellitus, com associação respectiva de 53%, 31,8% e 21,7%. Os achados do estudo evidenciam que nossa população de usuários com diagnóstico de hipertensão tem o perfil semelhante ao dos hipertensos cadastrados em âmbito nacional, porém com maior prevalência na associação com obesidade, fator de risco que deve ser mais trabalhado junto à comunidade.

**Palavras chaves:** Hipertensão arterial. Atenção primária à saúde. Promoção da saúde.

## **ABSTRACT**

Hypertension is a chronic condition prevalent that represents a public health problem as it can cause acute and chronic complications and high social and economic impact, due to its high morbidity and mortality. The present work had as objective to analyze the epidemiological profile of the registered patients with Hypertension (SAH) in micro area Garden Sucupira of UBSF Dawn-Uberlândia MG. The socio-demographic data of the subjects of the research were extracted from data of the SIAB health unit and its analysis was made by using descriptive statistics. The data were analyzed hypertensive patients of micro area, met during the period from April to December 2012, bringing the total of 91 individuals, making the survey of epidemiological data such as sex, age and possible risk factors. There was a correlation of these data with national data. The results showed that the prevalence of women with HAS in the sample studied was 60.7%. The most frequent Comorbidities were obesity, Dyslipidemia and Diabetes Mellitus, with its Association of 53%, 31.8% and 21.7%. The findings of the study show that our user population with hypertension diagnosis, has the profile similar to that of hypertensive patients registered at the national level, but with higher prevalence in association with obesity a risk factor that must be worked in the community.

**Key words:** Arterial hypertension. Primary attention to health. Health promotion.

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabela 1</b> – Distribuição dos pacientes da microárea 8 por faixa etária e sexo durante o ano de 2012 .....        | 18 |
| <b>Tabela 2</b> – Distribuição dos pacientes hipertensos da microárea 8 por rua durante o ano de 2012 .....            | 19 |
| <b>Tabela 3</b> – Relação de pacientes hipertensos da microárea 8 com DM durante o ano de 2012.....                    | 20 |
| <b>Tabela 4</b> – Relação de pacientes hipertensos da microárea 8 com dislipidemia durante o ano de 2012 .....         | 21 |
| <b>Tabela 5</b> - Relação de pacientes hipertensos da microárea 8 e tabagistas durante o ano de 2012 .....             | 22 |
| <b>Tabela 6</b> – Relação de pacientes hipertensos da microárea 8 com obesidade durante o ano de 2012 .....            | 23 |
| <b>Tabela 7</b> – Relação de risco cardiovascular dos pacientes hipertensos da microárea 8 durante o ano de 2012 ..... | 24 |

## SUMÁRIO

|                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>             | <b>10</b> |
| <b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>          | <b>13</b> |
| <b>3 OBJETIVO .....</b>               | <b>15</b> |
| <b>4 MATERIAL E MÉTODOS .....</b>     | <b>16</b> |
| <b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b> | <b>18</b> |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>    | <b>27</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>              | <b>28</b> |
| <b>ANEXO.....</b>                     | <b>33</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é a primeira causa direta de morte no mundo e a terceira causa de incapacidades. Juntamente com a síndrome metabólica, está intimamente relacionada a outro grande conjunto de ameaças à saúde da sociedade moderna, como a obesidade, o sedentarismo, a hiperglicemia e a dislipidemia (BANACH; ARONOW, 2012; CHOCKALINGAM; CAMPBELL; FODOR, 2006; LLOYD-JONES *et al.*, 2009).

Aproximadamente 54% dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) e 47% dos casos de cardiopatia isquêmica em todo o mundo são atribuíveis a pressão arterial (PA) e a hipertensão está presente em aproximadamente 69% dos pacientes com um primeiro infarto do miocárdio (IAM), em aproximadamente 77% dos pacientes com um primeiro acidente vascular cerebral, em cerca de 74% de pacientes com insuficiência cardíaca crônica (ICC) e em 60% dos pacientes com doença arterial periférica (DAP) (BARYLSKI *et al.*, 2011; BIELECKA-DABROWA *et al.*, 2011; MANCIA *et al.*, 2009).

Estudos evidenciam que a maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com leves alterações dos fatores de risco que, deixados sem tratamento por muitos anos, evoluem com uma doença manifesta (BARRETO *et al.*, 2001; WHELTON, 1994). Estudos epidemiológicos e ensaios clínicos têm demonstrado a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial (KANNEL, 1996; PADWAL, STRAUS e MCALISTER, 2001). Existe boa evidência médica de que medidas de pressão arterial podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da hipertensão. Diretrizes de serviços preventivos dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá recomendam o rastreamento sistemático da hipertensão em adultos, dados os benefícios do tratamento precoce (USPSTF, 2007; CTFPHC, 2012).

Segundo estimativa de 2004 do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), a prevalência estimada de hipertensão no Brasil seria de 35% da população acima de 40 anos. Isso representa em números absolutos um total de 17 milhões de portadores da doença (BRASIL, 2011). Um estudo que investigou o nível de percepção dos brasileiros sobre fatores de risco para doenças cardiovasculares, intitulado **Projeto Corações do Brasil**, mostrou que 23,6% dos entrevistados referiram ter pressão alta e desta população, que se referiu hipertensa, 48,1% referiu não estar em tratamento, sendo 60% destes do sexo masculino

(NASCIMENTO NETO *et al.*, 2005). Outro estudo transversal nacional publicado em 2009, com cerca de 54.369 indivíduos com idade de 18 anos ou mais, concluiu que a prevalência de hipertensão auto-referida foi de 21,6% (IC 95%: 21,3;22,0) para o conjunto dos municípios, 18,4% (IC 95%: 17,9;18,8), entre homens e 24,4% (IC 95%: 23,9;24,9) entre mulheres. A prevalência entre os municípios variou de 15,1% em Palmas a 24,9% em Recife - PE (SCHMIDT *et al.*, 2009).

Estudos epidemiológicos indicam que diabetes e hipertensão são condições comumente associadas. A prevalência de hipertensão é de, aproximadamente, o dobro entre os diabéticos, em comparação com os não diabéticos. Ademais, a hipertensão afeta 40,0% ou mais dos indivíduos diabéticos (HU *et al.*, 2005).

Pesquisadores reconhecem a importância da relação entre conhecimentos, atitudes e práticas para o planejamento e elaboração de intervenções educativas junto a pacientes portadores de doenças cardiovasculares, porém os mesmos consideram a relação entre essas variáveis complexa porque envolve fatores sociais, ambientais e emocionais (AUBERT *et al.*, 1998; SILAGY *et al.*, 1993; SUMINSKI *et al.*, 1999).

Um estudo de Mion e Pierin (1996, *apud* PIERIN, 2001), realizado para identificar as causas do abandono ao tratamento anti-hipertensivo apontou que, com relação à doença, em 50% dos casos foi referido desconhecimento sobre a doença e 36% ausência de sintomas; com relação aos conhecimentos e crenças, 83% dos pacientes referiram fazer uso das medicações apenas quando estavam com pressão alta; 80% declararam não realizar cuidados em saúde, 75% referiram esquecer-se de usar as medicações e 70% relataram não conhecer evolução crônica ou complicações da doença; quanto à relação médico-paciente, 51% informaram não ter conhecimento suficiente para fazer o tratamento corretamente e 20% referiram ter um relacionamento inadequado.

Assim baixa adesão seria a principal razão para respostas clínicas insuficientes, gerando complicações médicas e psicossociais da doença, baixa qualidade de vida do paciente e por consequência aumento de custos na área da saúde (WHO, 2003).

Com o objetivo de tentar reorientar o modelo de assistência à saúde vigente no país, o Ministério da Saúde criou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) que tem como foco principal, a família de forma integrada e a prevenção de enfermidades, visando à proteção e à

promoção à saúde, fortalecendo os princípios da universalidade, integralidade e equidade, esse programa se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria N° 648, de 28 de Março de 2006, passando a ser conhecido como Estratégia de Saúde da Família – ESF (BRASIL 2006a).

Além da implantação da ESF, o Ministério da Saúde traçou vários planos de ações com a finalidade de reduzir as complicações e óbitos decorrentes das doenças crônicas. Ao realizar parcerias com os estados, municípios e União, além de apoios das associações de cardiologia e hipertensão, implantou em 2000 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus (DM) no Brasil, possibilitando oferecer desta forma, melhoria da assistência aos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2001). Dentre estas ações propostas pelo Ministério está o HIPERDIA, um plano proposto para reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus que consiste em cadastrar e acompanhar os pacientes com diagnóstico de hipertensão e diabetes nas Unidades Básicas de Saúde e que prevê o fornecimento das medicações prescritas. Além disso, é uma importante ferramenta para produzir informações para pesquisadores, gestores da saúde e Ministério da Saúde com relação ao perfil epidemiológico desta população, que poderão assim, propor estratégias que visem à melhoria da qualidade de vida desses pacientes (BRASIL, 2007).

Vários estudos realizados em saúde têm utilizado a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1947 que preconiza a saúde como o “mais completo estado de bem-estar físico, mental e social” mesmo que ele seja amplo e impossível de ser avaliado, por não considerar seus determinantes e condicionantes. Para a conquista desta condição é fundamental que seja estimulada maior participação dos indivíduos e grupos para identificar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e atuar na modificação positiva do ambiente em que vivem. Para alguns pesquisadores da área da saúde social a definição supramencionada de perfeito bem-estar foi avançada para sua época, mas nas décadas posteriores, foi considerada irreal e ultrapassada (DONNANGELO, 1976). Tal estado de perfeição é visto com completude inatingível. Capra (2006) também considera essa definição irrealista por descrever a saúde como um estado estático em vez de um processo que se encontra em constante mudança e evolução.

Contudo, o presente estudo não objetiva apenas discutir a subjetividade da definição de saúde da OMS, mas ressaltar a importância de ampliar sua compreensão e aproximá-la do conceito de Promoção de Saúde.

**SUGIRO QUE A ALUNA TRANSFORME OS PARÁGRAFOS MARCADOS EM CITAÇÃO LITERAL E RECUO OU OS COLOQUE COM AS PALAVRAS DELA.**

## 2 JUSTIFICATIVA

O Bairro Jardim Sucupira do município de Uberlândia - MG é um conjunto habitacional de casas do projeto “Minha Casa Minha Vida”, do Governo Federal entregue à população há cerca de dois anos. Sem estrutura de escolas, creches ou unidades de saúde no bairro, a população local foi sendo cadastrada na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Alvorada para atendimento de saúde na medida em que foi procurando a unidade por livre demanda. Em abril de 2012, a população passou a contar com atendimento médico de cerca de 20 horas semanais exclusivamente para seu atendimento e com uma agente comunitária de saúde de família (ACS) para iniciar seu cadastro oficial. Neste momento foi iniciado o atendimento da população nos moldes da ESF.

Durante o diagnóstico situacional realizado em abril de 2012, por esta pesquisadora, antes do início das atividades como médica nesta Unidade, a partir de dados do SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica), dos 492 moradores cadastrados na microárea 8 – Bairro Jardim Sucupira, da UBSF Alvorada, 37 estavam cadastrados como hipertensos, cerca de 7% da população da época. Após o início do atendimento desta população percebeu-se que dos usuários inicialmente atendidos com diagnóstico de HAS, daquela microárea, 100% desconheciam o significado da doença “pressão alta”, como é conhecida pela população. (BRASIL, 2003)

O presente estudo será importante uma vez que será parte inicial de um estudo maior que pretende avaliar o nível de conhecimento dos hipertensos sobre sua doença e suas principais complicações e, a partir daí, toda a equipe poderá programar as ações de educação em saúde junto à comunidade, baseadas nos saberes já adquiridos por esta população e por suas demandas de conhecimento.

Ao conhecer melhor o perfil destes usuários e seu nível de conhecimento sobre sua doença e consequências as atividades de educação em saúde terão como foco a demanda de conhecimento desta população sobre sua doença e não a demanda da equipe, esperamos que assim, as atividades de educação em saúde se tornem mais atrativas para a população. Dessa forma, esperamos também melhorar a adesão ao tratamento da doença e de suas principais complicações, melhorando, por conseguinte a eficácia do tratamento.

Com essa atividade a pesquisadora acredita que poderá potencializar sua capacidade de análise situacional e habilidade de realizar atividades de educação em saúde.

### **3 OBJETIVO**

Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados como hipertensos na microárea Jardim Sucupira em acompanhamento na UBSF Alvorada – Uberlândia MG, de abril a dezembro de 2012.

#### 4 MATERIAL E MÉTODOS

O presente Trabalho de Conclusão de Curso é parte de um trabalho inicialmente descritivo quali-quantitativo do nível de conhecimento dos hipertensos da microárea Jardim Sucupira acompanhados na UBSF Alvorada – Uberlândia MG, sobre a hipertensão arterial sistêmica e suas principais complicações.

Para a revisão de literatura utilizou-se os seguintes descritores: hipertensão arterial, atenção primária à saúde, promoção da saúde.

Neste trabalho fizemos um estudo do perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados com o diagnóstico de HAS no período de abril a dezembro de 2012. Os dados sócio-demográficos dos sujeitos da pesquisa foram extraídos de dados do SIAB da Unidade. A análise dos dados sócio-demográficos foi feita por meio de estatística descritiva.

A síndrome metabólica é caracterizada por uma série de fatores de risco para doença cardiovascular como: HAS, resistência à insulina, hiperinsulinemia, intolerância à glicose, DM II, obesidade central, dislipidemia (LDL alto, triglicérides alto e HDL baixo) (RODRIGUEZ *et al.*, 2006). Assim nosso levantamento constou das seguintes informações: idade, sexo, peso, altura, presença de hipertensão arterial e/ou diabetes e os fatores de risco dislipidemia, tabagismo e obesidade, para os indivíduos cadastrados como hipertensos no SIAB.

Na avaliação dos fatores de risco, foram considerados dislipidêmicos paciente com LDL >160mg/dl e relato pessoal de tabagismo não considerando tempo de hábito ou número de unidades fumadas por dia.

Em relação à classificação do estado nutricional, utilizou-se o IMC, calculado a partir da relação entre o peso (em kg) e a estatura (em metros) ao quadrado e adotaram-se os pontos de corte conforme preconizado pelo Ministério da Saúde: IMC 18 a 24,9 kg/m<sup>2</sup> = eutrofia; IMC: 25 a 29,9 kg/m<sup>2</sup> = sobrepeso, IMC > 30 kg/m<sup>2</sup> = obesidade.

Sintetizando os dados encontrados no SIAB realizamos a estratificação do risco cardiovascular, usando os dados coletados e modelo de avaliação proposto pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG), que utiliza a escala de risco de Framingham, de

63 dos 91 pacientes investigados e os dividimos em risco baixo, médio e alto (MINAS GERAIS, 2006). Os dados coletados foram agrupados em tabelas descritas abaixo.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na população cadastrada no SIAB na microárea 08 (Jardim Sucupira) da UBSF Alvorada – Uberlândia MG, no período de abril a dezembro de 2012, inicialmente foram encontrados 96 pacientes com diagnóstico de hipertensão, porém em análises secundárias percebeu-se que destes pacientes cinco estava erroneamente cadastrados no SIAB como hipertensos, restando um total de 91 pacientes investigados.

Percebemos que dados como escolaridade, uso de álcool, doença de chagas ou má-formações não se apresentavam preenchidos na maioria absoluta dos pacientes o que revelou uma falha no momento do cadastro destes usuários (em apenas três pacientes a escolaridade havida sido preenchida).

Com o trabalho, percebemos que 60,8% dos hipertensos são do sexo feminino (Tabela 1). Estudo realizado em Pelotas, RS encontrou também uma proporção maior (69,6%) de hipertensão no sexo feminino, o que também está de acordo com várias pesquisas nacionais e internacionais de prevalência da HAS (LIMA *et al.*, 2011; KROB; SCHIFINO, 2003; CASTRO; MONCAU; MARCOPITO, 2007; RAMOS *et al.*, 2006; WOLF-MAIER, *et al.*; 2003; BERG, *et al.*; 2013).

**Tabela 1** – Distribuição dos pacientes da microárea 8 por faixa etária e sexo durante o ano de 2012

| Faixa Etária             | Feminino    |             | Masculino   |             |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                          | Microárea 8 | Porcentagem | Microárea 8 | Porcentagem |
| Menor de 1 ano a 19 anos | 0           | 0%          | 0           | 0%          |
| 20 – 29 anos             | 1           | 1,1%        | 1           | 1,1%        |
| 30 – 39 anos             | 5           | 5,4%        | 8           | 8,7%        |
| 40 a 49 anos             | 14          | 15,2%       | 7           | 7,6%        |
| 50 a 59 anos             | 14          | 15,2%       | 8           | 8,7%        |
| 60 a 69 anos             | 15          | 16,3%       | 5           | 5,4%        |
| 70 a 79 anos             | 4           | 4,3%        | 3           | 3,3%        |
| > 80anos                 | 3           | 3,3%        | 4           | 4,3%        |
| Total                    | 55          | 60,8%       | 36          | 39,2%       |

Fonte: SIAB (2012)

A rua com maior número de pacientes foi a Rua Tapicurus que apresenta 11 pacientes – 10% do total ( Tabela 2 e Anexo 1).

**Tabela 2** – Distribuição dos pacientes hipertensos da microárea 8 por rua durante o ano de 2012

| Rua                 |           |           |           |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|
|                     | Mulheres  | Homens    | Total     |
| Algodoeiro do Campo | 6         | 2         | 8         |
| Araças              | 3         | 5         | 8         |
| Bacupaibas          | 6         | 1         | 7         |
| Barbatimão          | 2         | 3         | 5         |
| Baru                | 0         | 0         | 0         |
| Cangeranas          | 4         | 3         | 7         |
| Capitão do Campo    | 2         | 3         | 5         |
| Caraiba             | 1         | 3         | 4         |
| Caviúna             | 2         | 1         | 3         |
| Gabiobas            | 0         | 2         | 2         |
| Goiabinha           | 4         | 0         | 4         |
| Ipê Amarelo         | 2         | 2         | 4         |
| Macaúbas            | 6         | 1         | 7         |
| Mangabas            | 3         | 0         | 3         |
| Pacari              | 3         | 3         | 6         |
| Sucupira            | 6         | 1         | 7         |
| Tapicurus           | 5         | 6         | 11        |
| <b>Total</b>        | <b>55</b> | <b>36</b> | <b>91</b> |

Fonte: SIAB (2012)

Dos pacientes hipertensos investigados, 21,7% apresentam associação com Diabetes Mellitus – DM (Tabela 3). Este número apresenta semelhança com estudos realizados com membros do Grupo HiperDia da cidade de Herbal e Caxias do Sul, ambas no RS, que mostram que 18,2% e 24,6%, respectivamente, dos hipertensos estudados eram também diabéticos. Já estudo realizado em Pelotas, também com pacientes do Grupo HiperDia, revela proporção pouco maior com 31,3% de associação entre hipertensos e diabéticos. Um fato relevante

apresentado nos estudos realizados com grupos Hiperdia é que em todos os estudos avaliados o número de pacientes com diagnóstico apenas de hipertensão é sempre maior com prevalência de até 80,2%. O grupo do município de Herval mostra que, em segundo lugar, em prevalência, estão sempre os pacientes com diagnóstico simultâneo de HAS e DM (OLIVEIRA, LANGE, 2011; FOLETTTO, 2009; LIMA *et al.*, 2011).

**Tabela 3** – Relação de pacientes hipertensos da microárea 8 com DM durante o ano de 2012

| Faixa Etária             | Feminino  |           |                         | Masculino |          |                         | Total                   |
|--------------------------|-----------|-----------|-------------------------|-----------|----------|-------------------------|-------------------------|
|                          | Total HAS | HAS +DM   | Porcentagem de HAS + DM | Total HAS | HAS +DM  | Porcentagem de HAS + DM | Porcentagem de HAS + DM |
| Menor de 1 ano a 19 anos | 0         | 0         | 0                       | 0         | 0        | 0                       | 0                       |
| 20 – 29 anos             | 1         | 0         | 0                       | 1         | 0        | 0                       | 0                       |
| 30 – 39 anos             | 5         | 0         | 0                       | 8         | 1        | 12,5%                   | 7,7%                    |
| 40 a 49 anos             | 14        | 4         | 28,6%                   | 7         | 1        | 14,3%                   | 23,8%                   |
| 50 a 59 anos             | 14        | 3         | 21,4%                   | 8         | 3        | 37,5%                   | 27,3%                   |
| 60 a 69 anos             | 15        | 3         | 20%                     | 5         | 1        | 20%                     | 15%                     |
| 70 a 79 anos             | 4         | 2         | 50%                     | 3         | 1        | 33,3%                   | 42,8%                   |
| > 80anos                 | 3         | 1         | 50%                     | 4         | 0        | 0                       | 14,3%                   |
| <b>Total</b>             | <b>56</b> | <b>13</b> | <b>23,2%</b>            | <b>36</b> | <b>7</b> | <b>19,4%</b>            | <b>21,7%</b>            |

Fonte: SIAB (2012)

No presente estudo, 31,8% dos pacientes (33,3% no sexo masculino e 30,9% no sexo feminino) apresentam associação com Dislipidemia – Disl. ( Tabela 4). Resultado é semelhante a estudo realizado em João Pessoa em que a dislipidemia foi presente em 29,3% dos hipertensos, sendo 32,1% no sexo masculino e 21,4% no feminino (PINHEIRO, 2008).

Um estudo Catarinense, envolvendo fatores de risco cardíaco em pacientes com diagnóstico de hipertensão, apontou uma prevalência muito expressiva de níveis elevados, ou seja, 58,3%

nos homens e 74,7% nas mulheres, diferença não significativa entre os sexos ( $p = 0,0958$ ). Porém, o ponto de corte foi com LDL acima de 130 mg/dl, valor escolhido no estudo pois os pesquisadores o consideraram como limite superior da meta de tratamento para a população de prevenção primária e de risco, no estudo em questão os pacientes hipertensos (ROSINI, MACHADO, XAVIER, 2006).

**Tabela 4** – Relação de pacientes hipertensos da microárea 8 com dislipidemia\* durante o ano de 2012

| Faixa Etária | Feminino  |           |                           | Masculino |           |                           | Total                     |
|--------------|-----------|-----------|---------------------------|-----------|-----------|---------------------------|---------------------------|
|              | Total HAS | HAS +Disl | Porcentagem de HAS + Disl | Total HAS | HAS +Disl | Porcentagem de HAS + Disl | Porcentagem de HAS + Disl |
| 20 – 29 anos | 1         | 0         | 0                         | 1         | 0         | 0                         | 0                         |
| 30 – 39 anos | 4         | 1         | 20%                       | 3         | 0         | 0                         | 14,3%                     |
| 40 a 49 anos | 8         | 2         | 25%                       | 3         | 1         | 33,3%                     | 27,3%                     |
| 50 a 59 anos | 11        | 3         | 27,3%                     | 5         | 4         | 80%                       | 43,7%                     |
| 60 a 69 anos | 12        | 5         | 41,6%                     | 5         | 2         | 40%                       | 41,2%                     |
| 70 a 79 anos | 4         | 0         | 0                         | 3         | 1         | 33,3%                     | 14,3%                     |
| > 80anos     | 2         | 2         | 100%                      | 4         | 0         | 0                         | 33,3%                     |
| <b>Total</b> | <b>42</b> | <b>13</b> | <b>30,9%</b>              | <b>24</b> | <b>8</b>  | <b>33,3%</b>              | <b>31,8%</b>              |

Fonte: SIAB (2012)

\*Foram considerados dislipidêmicos paciente com LDL colesterol > 160.

Dos 92 pacientes cadastrados no SIAB como hipertensos apenas 65 (71,4%) fazem consultas na UBSF Alvorada, portanto nesta tabela apenas temos dados de 66 pacientes.

Em relação à associação com tabagismo, nosso estudo encontrou aproximação com a literatura, pois 19,7% dos pacientes apresentam associação com Tabagismo – Tab ( Tabela 5). Estudo realizado em Campinas evidenciou que entre pacientes hipertensos com mais de sessenta anos, 11,9% eram tabagistas também e estudo realizado no Sul evidenciou que entre pessoas cadastradas em um Grupo Hiperdia, 15,7% eram tabagistas e destes a população masculina apresentava maior propensão ao tabagismo que a feminina (20% x 12,9% respectivamente); proporção semelhante á encontrada em nosso estudo em os homens apresentaram também maior proporção de tabagismo (29,1% x 14,3% respectivamente) (ZAITUNE *et al.*, 2006; FOLETTO, 2009).

Tabela 5 - Relação de pacientes hipertensos da microárea 8 e tabagistas durante o ano de 2012

| Faixa Etária | Feminino  |          |                          | Masculino |          |                          | Total                    |
|--------------|-----------|----------|--------------------------|-----------|----------|--------------------------|--------------------------|
|              | Total HAS | HAS +Tab | Porcentagem de HAS + Tab | Total HAS | HAS +Tab | Porcentagem de HAS + TAB | Porcentagem de HAS + Tab |
| 20 – 29 anos | 1         | 0        | 0                        | 1         | 0        | 0                        | 0                        |
| 30 – 39 anos | 4         | 1        | 20%                      | 3         | 2        | 66,7%                    | 42,8%                    |
| 40 a 49 anos | 8         | 2        | 25%                      | 3         | 0        | 0                        | 18,2%                    |
| 50 a 59 anos | 11        | 1        | 9,1%                     | 5         | 1        | 20%                      | 12,5%                    |
| 60 a 69 anos | 12        | 2        | 16,6%                    | 5         | 1        | 20%                      | 17,6%                    |
| 70 a 79 anos | 4         | 0        | 0                        | 3         | 1        | 33,3%                    | 14,3%                    |
| > 80anos     | 2         | 0        | 0                        | 4         | 2        | 50%                      | 33,3%                    |
| <b>Total</b> | <b>42</b> | <b>6</b> | <b>14,3%</b>             | <b>24</b> | <b>7</b> | <b>29,1%</b>             | <b>19,7%</b>             |

Fonte: SIAB (2012)

Dos 92 pacientes cadastrados no SIAB como hipertensos apenas 65 (71,4%) fazem consultas na UBSF Alvorada, portanto nesta tabela apenas temos dados de 66 pacientes.

No nosso estudo, avaliamos o estado nutricional dos pacientes hipertensos e destes 53,0% apresentaram associação com Obesidade – Obes. ( Tabela 6). Estatística pouco menor do que a encontrada em Grupos Hiperdia de Pelotas e Herbal em que 31,1% e 28,6%, respectivamente, dos hipertensos apresentaram diagnóstico concomitante de obesidade. Estudos envolvendo população idosa realizado em Campinas e Caxias do Sul evidenciaram que índice de sobrepeso (IMC acima de 25) de 61,5% e 49.6% respectivamente (OLIVEIRA, LANGE, 2011; LIMA *et al.*, 2011; ZAITUNE *et al.*, 2006; FOLETTTO, 2009).

Tabela 6 – Relação de pacientes hipertensos da microárea 8 com obesidade\* durante o ano de 2012

| Faixa Etária | Feminino  |           |                           | Masculino |           |                           | Total                     |
|--------------|-----------|-----------|---------------------------|-----------|-----------|---------------------------|---------------------------|
|              | Total HAS | HAS +Obes | Porcentagem de HAS + Obes | Total HAS | HAS +Obes | Porcentagem de HAS + Obes | Porcentagem de HAS + Obes |
| 20 – 29 anos | 1         | 1         | 100%                      | 1         | 1         | 100%                      | 100%                      |
| 30 – 39 anos | 4         | 4         | 100%                      | 3         | 3         | 100%                      | 100%                      |
| 40 a 49 anos | 8         | 5         | 62,5%                     | 3         | 1         | 33,3%                     | 54,5%                     |
| 50 a 59 anos | 11        | 9         | 81,8%                     | 5         | 2         | 40%                       | 68,7%                     |
| 60 a 69 anos | 12        | 5         | 41,6%                     | 5         | 1         | 20%                       | 35,3%                     |
| 70 a 79 anos | 4         | 2         | 50%                       | 3         | 1         | 33,3%                     | 42,8%                     |
| > 80anos     | 2         | 0         | 0                         | 4         | 0         | 0                         | 0%                        |
| <b>Total</b> | <b>42</b> | <b>26</b> | <b>61,9%</b>              | <b>24</b> | <b>9</b>  | <b>37,5%</b>              | <b>53,0%**</b>            |

SIAB 2012

\*Foram considerados obesos paciente com IMC > 30.

\*\* Dos 66 pacientes investigados apenas 12 (19,7%) estavam no peso adequado, pois 18 (27,3%) estão com sobrepeso (IMC entre 25-29,9).

Dos 92 pacientes cadastrados no SIAB como hipertensos apenas 65 (71,4%) fazem consultas na UBSF Alvorada, portanto nesta tabela apenas temos dados de 66 pacientes.

A Tabela 7, em que o risco cardiovascular é analisado para 63 pacientes, evidencia que destes 35 (55,5%) apresentam risco para doença cardiovascular médio (DCV), valor diferente do encontrado em estudo alagoano, com pacientes da ESF em que se verificou que 62 indivíduos com diagnóstico de hipertensão (45,2%) apresentaram baixo risco para DCV em 10 anos; 24 indivíduos (38,7%) estavam na faixa do risco médio e 10 indivíduos (16,1%) apresentavam alto risco (SAMPAIO *et al.*, 2010).

Um estudo sobre risco cardiovascular envolvendo indivíduos com seguro de saúde, com idades próximas ao do presente estudo, de trinta até mais de setenta anos, encontrou também resultados diferentes dos nossos, em que dos 950 pacientes com PA > 140 x 90, 22,8% apresentavam baixo risco, 43,3% médio risco e 33,8% alto risco (GAVA, 2008).

**Tabela 7** – Relação de risco cardiovascular dos pacientes hipertensos da microárea 8 durante o ano de 2012

| Faixa Etária | Risco Baixo* | Risco Médio** | Risco Alto*** |
|--------------|--------------|---------------|---------------|
| 20 – 29 anos | 1            | 2             | 0             |
| 30 – 39 anos | 0            | 7             | 2             |
| 40 a 49 anos | 0            | 7             | 4             |
| 50 a 59 anos | 0            | 8             | 6             |
| 60 a 69 anos | 0            | 7             | 9             |
| 70 a 79 anos | 0            | 1             | 4             |
| > 80anos     | 0            | 3             | 2             |
| Total        | 1            | 35            | 27            |

Fonte: SIAB (2012)

Com estes dados foi possível calcular o risco cardiovascular de 63 dos 91 pacientes cadastrados

\*Hipertensão Grau I sem fatores de risco

\*\* Hipertensão Grau I ou II com 1 a 2 fatores de risco

\*\*\* Hipertensão Grau I, II ou III com 3 ou + fatores de risco, ou DM ou condições clínicas associadas.

Os resultados apontam para a importância da promoção da saúde. Reforçam a necessidade de se planejar atividades de educação em saúde críticas e formadoras capazes de conscientizar a

população desta área a optarem pela melhoria de sua qualidade de vida e por exercer o controle sobre seu meio ambiente e sobre os fatores intervenientes em sua própria saúde.

A promoção da saúde, mais do que um conceito, tem sido considerada um modelo, um modo de pensar em, de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, que vai contribuir na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde da população (BRASIL, 2006b). Isso presume uma concepção de saúde que não está restrita a ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes, o que incide nas condições de vida da população. Está além da prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a moradia, o trabalho e a renda, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais e também ao lazer entre outros determinantes sociais da saúde (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

A promoção da saúde estreita então sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias e na execução de agendas governamentais a fim de que políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os preceitos constitucionais da participação social (BRASIL, 2006b).

A Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada no Canadá teve como produto a carta de Ottawa (1986), um dos principais documentos da promoção de saúde onde foram propostos os cinco campos de ação considerados prioritários para ampliar a atenção e o cuidado à saúde de forma a contemplar os diversos sistemas sociais, culturais e econômicos: a elaboração de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis à saúde; o reforço à participação da comunidade; o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação de serviços de saúde (Brasil 2002). Ainda nos campos de ação preconizados na carta de Ottawa, o reforço à participação da comunidade é um ponto fundamental para que se materialize a promoção da saúde proposta a partir de ações concretas e efetivas, criando condições para que a comunidade seja ativa no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisões, na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde individual e coletiva.

O desenvolvimento de habilidades pessoais e social deve se dar por meio da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vital sendo par isso, essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida. “Evidencias suficientes demonstram que estratégias que visem modificações de estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade” (BRASIL, 2006c).

A promoção de saúde aparece como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (BRASIL, 2002).

Para Pelicioni e Pelicioni (2007, p.326) “a comunidade deve ter o direito e a responsabilidade de tomar decisões que sejam viáveis” e que se conjugue a favor da vida de seus membros e para isso tem que ser preparada, pois os indivíduos só aprendem a participar, participando. A participação depende, portanto, de uma educação democrática e libertadora.

As mesmas autoras observam que estimular o interesse por cuidar de sua própria saúde e ajudar a população a reconhecer os fatores que a torna vulnerável no processo saúde/adoecimento faz parte da responsabilidade educativa. Para isso: “A educação em saúde deve ser crítica, problematizadora da realidade, compartilhada e reflexiva como um processo intencional como o objetivo de prover situações ou experiências que estimulem a expressão potencial dos seres humanos” (PELICIONI e PELICIONI, 2007, p.324).

Uma Educação em Saúde além de crítica e formadora precisa possibilitar às pessoas condições para identificarem e optarem pela melhoria de sua qualidade de vida e exercer o controle sobre o meio ambiente e sobre os fatores intervenientes em sua própria saúde (PELICIONI, PELICIONI, 2007).

Assim, o processo educativo em saúde permitirá que os indivíduos adquiram habilidades necessárias para tomar decisões e fazer escolhas visando sempre o bem comum. Isso vai facilitar sua participação na promoção de sua saúde e na saúde da comunidade.

Como profissionais de saúde atuantes em saúde da família e em áreas afins, reconhecemos que é de extrema importância conhecer o perfil dos usuários hipertensos cadastrados e acompanhados na ESF, tendo em vista o planejamento de ações em saúde que possam contribuir para a melhoria do atendimento e da qualidade de vida desse grupo de usuários.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A hipertensão é uma condição crônica prevalente que representa um problema de saúde pública já que pode desencadear complicações agudas e crônicas e também alto impacto social e econômico, devido a sua alta morbi-mortalidade. Assim estudos que descrevem a população com esse diagnóstico são de grande importância pois podem oferecer subsídios para planejamento de ações capazes de melhorar a qualidade de vida destes indivíduos, retardando ou até mesmo reduzindo o aparecimento das suas complicações e portanto, gerando redução destes impactos na nossa sociedade.

Em conclusão, os achados do estudo evidenciam que a população de usuários com diagnóstico de hipertensão, cadastrada na microárea Jardim Sucupira da UBSF Alvorada, tem o perfil semelhante ao dos cadastrados em âmbito nacional. Há maior número de mulheres, com diagnóstico de HAS. Em relação à associação com fatores de risco para doenças cardiovasculares, encontramos associação semelhante entre HAS e DM, a proporção de paciente com dislipidemia com predomínio na população masculina também foi condizente com estudos nacionais, porém nossa população apresentou maior prevalência na associação com obesidade fator de risco que deve ser mais trabalhado junto à comunidade.

## REFERÊNCIAS

AUBERT, L. *et al.* Knowledge attitudes and practices on hypertension in a country in epidemiological transition. **Hypertension**, 1998; 31:1136-4. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9576126>. Acesso em: 11 out. 2012.

BANACH, M.; ARONOW, W.S. Hypertension therapy in the older adults do we know the answers to all the questions? The status after publication of the ACCF/AHA 2011 expert consensus document on hypertension in the elderly. *J Hum Hypertens*, 2012; v.26,n.11, p:641–643; nov. 2012.

BARRETO, S.M. *et al.* Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in Southeast Brazil – The Bambuí Health and Ageing Study. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**;v.77,n.6, p.576-81, dec 2001.

BARYLSKI, M. *et al.* Lipids, blood pressure, kidney—what was new in 2011? **Arch Med Sci.**; v.7, n.6, p:1055–66, dec.2011.

BERG, N.V. *et al.* Prevalence and determinants of controlled hypertension in a German population cohort. **BMC PublicHealth** 2013 13:594 Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-13-594.pdf>, Acesso em: 20 jun.2013.

BIELECKA-DABROWA, A. *et al.* The Rise and Fall of Hypertension: Lessons Learned from Eastern Europe. **Curr Cardiovasc Risk Rep.** v. 5, p:174–9, jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto de Promoção de Saúde. **As cartas de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2002. 55p (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica** – 1 ed., 4. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/gm de 28 de março de 2006**. 2006a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acesso em: 20 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2006b. 60p (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde - Cadernos de Atenção Básica, n.16, série A. Normas e Manuais Técnicos, 2006c. 58 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão: **Sistema de Cadastramento e Acompanhamentos de Hipertensos e Diabéticos**. 2007. Disponível em: <<http://hipertensao.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 de jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde. Mortalidade - Brasil**. 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defbase.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 11 out. 2012.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e cultura emergente**. 26. ed. São Paulo: Cultrix, 2006. 445p.

CASTRO, R.A.A.; MONCAU, J.E.C.; MARCOPITO, L.F. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Formiga, MG. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.88, n.3, p.334-339, mar. 2007.

CHOCKALINGAM, A.; CAMPBELL, N.R.; FODOR, J.G. Worldwide epidemic of hypertension. **Can J Cardiol.** v.22, n.7, p: 553–5, mai. 2006.

CTFPHC. Canadian Task Force on Preventive Health Care. **Screening For Hypertension**. [from 2012 informations]. Disponível em: <http://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2012/10/CTFPHC-hypertension-recommendations-final-reformat.pdf?9d7bd4>, Acesso em: 20 out. 2012.

DONNANGELO, C. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976. 124p.

FOLETTI, K.C. **Perfil epidemiológico, estado nutricional e fatores associados à hipertensão e diabetes mellitus em idosos cadastrados no hipertensão do município de Caixias do Sul (RS)**. Dissertação (Pós-Graduação *latu senso* em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. 46 p. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/17942/000725387.pdf?sequence=1>, Acesso em: 20 jun. 2013.

GAVA, F.G.S. **Risco cardiovascular em indivíduos segurados por planos de saúde privados**. Dissertação (Pós-Graduação *strictu senso* em Enfermagem na Saúde do Idoso) – Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2008. 144 p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-15052008-152246/pt-br.php>. Acesso em: 20 jun. 2013.

HU, G. *et al.* The impact of history of hypertension and type 2 diabetes at baseline on the incidence of stroke and stroke mortality. **Stroke**. v. 36, n.12, p. 2538-2543, nov. 2005. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16282538>

KANNEL, W.B. Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment. **JAMA**. v.275, n. 20, p:1571-6, 22 mai.1996.

KROB, R.G.; SCHIFINO, V.D. Avaliação das Complicações dos Pacientes do Programa de Hipertensos da Unidade Parque dos Maias da Gerencia de Saúde Comunitaria do Hospital Nossa Senhora da Conceição. **Mom. e Perspec. Saude**. Porto Alegre.v.16, n.2, p:08-11, jul/dez 2003.

LIMA, L. M. *et al.* . Perfil dos usuários do HiperDia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, jun. 2011 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200016&lng=en&nrm=iso) . Acesso em: 18 jun. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200016>.

LLOYD-JONES, D.; ADAMS, R.; CARNETHON, M. Heart disease and stroke statistics - 2009 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. **Circulation**.. v.119, p:e21–e181, dec 2009.

MANCIA, G. *et al.* . Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. **J Hypertens**. v. 27, p:2121–58, set. 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde do Estado. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198p.

NASCIMENTO NETO, R. M. *et al.* Projeto Corações do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. [online]. 2005, vol.85, n.3, pp. 218-221. ISSN 0066-782X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2005001600015>, Acesso em: 20 jun. 2012.

OLIVEIRA, N.B.; LANGE, C. Perfil dos pacientes cadastrados no HiperDia da equipe III na Estratégia Saúde da Família do município de Herval-RS. **Rev. enferm. saúde**, Pelotas (RS).v.1, n.1, p:91-98, jan/mar. 2011.

PADWAL, R.; STRAUS, S.E.; MCALISTER, F.A. Cardiovascular risk factors and their impact on decision to treat hypertension:an evidence-based review. **BMJ**; v.322, p:977–80, abr. 2001.

PELICIONI, M.C.F; PELICIONI, A.F. Educação e promoção de Saúde: uma retrospectiva histórica. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v.31, n. 3, p. 320-328, jul./set. 2007.

PIERIN, A. M. G. Adesão ao tratamento: conceitos. In: NOBRE, F.; PIERIN, A.M.G.; MION JR., D. (Orgs.). **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos, 2001. p. 21-33.

PINHEIRO, S.S.; PONTES, L.M.; KUMAMOTO, F.I.D. Prevalência de dislipidemia em hipertensos e sua associação com a prática de atividade física em assistidos pelo instituto felipe kumamoto de pesquisas médicas e assistência a saúde –JOÃO PESSOA (PB) – BRASIL. In: 18o Congresso Mundial de Epidemiologia- Categoria Internacional, 2008, Porto Alegre. **Anais...Porto Alegre**, 2009. p 59.

RAMOS, J. N. *et al.* Perfil socioeconômico, antropométrico, bioquímico, e estilo de vida de pacientes atendidos no programa “controle de peso”. **Comunic. Ciênc Saúde**, Brasília,v.17, n.3, p.185-192, abr/set. 2006.

RODRIGUEZ, B.I.; FUJIMOTO, W.Y.; MAYER-DAVIS, E.J.; IMPERATORE, G.; WILLIAMS, D.E.; BELL, R.A. *et al.* Prevalence of cardiovascular disease risk factors in U.S. children and adolescents with diabetes: the search for diabetes in youth study. **Diabetes Care**, v.29, p.1891-6, ago. 2006.

ROSINI, N.; MACHADO, M.J., XAVIER, H.T. Estudo de Prevalência e Multiplicidade de Fatores de Risco Cardiovascular em Hipertensos do Município de Brusque, SC **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.86, n.3, p. 219-222, mar. 2006. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2006000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006000300010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 jun. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2006000300010>.

SAMPAIO, M.R. et al. Estratificação do Risco Cardiovascular Global em Pacientes Atendidos numa Unidade de Saúde da Família (USF) de Maceió, Alagoas. **Rev Bras Cardiol**. v.23, n.1, p.47-56, jan/fev.2010;

SÍCOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R. Promoção de saúde: conceitos, princípios e operacionalização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.7, n.12, p. 91 – 112, fev. 2003.

SILAGY, C. *et al.* Cardiovascular risk and attitudes to lifestyle: what do patients think? **Br Med J**; v.306, p:1657-60, jun.1993.

SCHMIDT, M.I. *et al.* Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2012 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000900010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000900010&lng=en&nrm=iso) <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000900010>. Acesso em: 15 set. 2012.

SUMINSKI, R. R. *et al.* Risk and reality: the association between cardiovascular disease risk factor knowledge and selected risk-reducing behaviors. **Fam Community Health** ; v.21, n.4, p:51-62, abr. 1999.

USPSTF. U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Screening for High Blood Pressure in Adults**. [from 2007 informations]. Disponível em: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspshype.htm>, Acesso em: 20 jun. 2012.

WOLF-MAIER, K. *et al.* Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. **JAMA**, v. 289, n.18, p: 2363–2369, 14 mai. 2003.

WHELTON, P.K. Epidemiology of hypertension. **Lancet**. n.344, p:101-6, jul.1994.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: Evidence for action**. [S.l.: s.n.], 2003. ISBN 92 4 154599 2. Disponível em: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/), Acesso em: 11 jun. 2012.

ZAITUNE, M.P.A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 2 n. 22, p: 285-294, fev. 2006.

