

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE HIPERTENSOS ATENDIDOS POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF PEOPLE WITH HIGH BLOOD PRESSURE MONITORED BY A FAMILY HEALTH TEAM

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS POR EL EQUIPO DE SALUD FAMILIAR

Cristiane Franca Lisboa Gois¹
Jadriel Fellipe Santana Santos²
Ana Caroline Rodrigues Lima²
Gabriela Menezes Gonçalves³
Fábia Luanna Leite Siqueira Mendes Santos⁴
José Ricardo de Menezes Teixeira⁵
Maria Auxiliadora Silva Barreto⁶

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora. Universidade Federal de Sergipe – UFS. São Cristóvão, SE – Brasil.

² Acadêmico. UFS, Curso de Enfermagem. São Cristóvão, SE – Brasil.

³ Enfermeira. Mestranda. UFS, Departamento de Enfermagem. São Cristóvão, SE – Brasil.

⁴ Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Professora voluntária. UFS, Departamento de Enfermagem. São Cristóvão, SE – Brasil.

⁵ Enfermeiro. Prefeitura de Aracaju, Estratégia de Saúde da Família. Aracaju, SE – Brasil.

⁶ Médica. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF – Brasil.

Autor Correspondente: Cristiane Franca Lisboa Gois. E-mail: cristianeflg@hotmail.com

Submetido em: 30/09/2015

Aprovado em: 27/06/2016

RESUMO

Objetivo: traçar o perfil sociodemográfico e clínico de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica (HAS) acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Material e método:** estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido com 166 portadores de HAS.

Resultados: a idade média foi de 62,6 anos; a maioria era mulher (75,9%); tinha companheiro(a) (54,2%); possuía baixa escolaridade (63,9%); era dislipidêmica (55,4%); sedentária (66,3%) e estava com índice de massa corpórea (IMC) acima do desejável (81,2% adultos e 64,9% idosos). A média da medida da relação cintura/quadril (RCQ) e da pressão arterial sistólica estava acima do normal (120/80 mmHg). **Conclusão:** os participantes do estudo eram adultos jovens e idosos, casados, com baixa escolaridade e renda. Os fatores de risco que mais se destacaram foram: dislipidemia, sedentarismo, IMC, RCQ acima do normal, assim como a circunferência da cintura entre as mulheres e pressão arterial sistólica elevada.

Palavras-chave: Hipertensão; Características da População; Fatores de Risco; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To describe the sociodemographic and clinical profile of patients with systemic arterial hypertension (SAH) monitored by a Family Health Team. **Method:** cross-sectional descriptive study with a quantitative approach carried out with 166 SAH patients. **Results:** mean age was 62.6 years; the majority were women (75.9%); partnered (54.2%); with a low level of education (63.9%); with dyslipidaemia (55.4%); with a sedentary lifestyle (66.3%); body mass index (BMI) was above desirable range (81.2% in adults and 64.9% in older people). The average measure of waist/hip ratio (WHR) and systolic blood pressure was above normal (120/80mmHg). **Conclusion:** study participants were young and older adults, married, with low level of education and low income. Risk factors were: dyslipidaemia, sedentary lifestyle, BMI, WHR and Waist Circumference above normal (amongst women) and high systolic blood pressure.

Keywords: Hypertension; Population Characteristics; Risk Factors; Nursing.

Como citar este artigo:

Gois CFL, Santos JFS, Lima ACR, Gonçalves GM, Santos FLLSM, Teixeira JRM, Barreto MAS. Perfil sociodemográfico e clínico de hipertensos atendidos por equipe de Saúde da Família. REME – Rev Min Enferm. 2016; [citado em ____ ____]; 20:e960. Disponível em: _____
DOI: 10.5935/1415-2762.20160030

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes con hipertensión arterial sistémica (HAS) atendidos por un equipo de salud de la familia. **Métodos:** Estudio descriptivo transversal, con un enfoque cuantitativo, realizado con 166 pacientes con HAS. **Resultados:** La edad media fue de 62,6 años; la mayoría mujeres (75,9%); con un compañero (a) (54,2%); bajo nivel de educación (63,9%); dislipemia (55,4%); sedentaria (66,3%) y con índice de masa corporal por encima de lo deseable (81,2% adultos y 64,9% adultos mayores). El promedio de la medida de la relación entre cintura/cadera y de la presión arterial sistólica fue superior a lo normal (120 / 80mmHg). **Conclusión:** los participantes del estudio eran adultos jóvenes y adultos mayores, casados, con bajo nivel de escolaridad y de ingresos. Los factores de riesgo que se destacaron fueron: dislipemia, sedentarismo, IMC, RCC encima de lo normal, así como la CC entre las mujeres y la hipertensión arterial sistólica.

Palabras clave: Hipertensión; Características de la Población; Factores de Riesgo; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica que apresenta elevadas prevalência e morbimortalidade e sua prevenção e controle representam desafios para a saúde pública.¹

De acordo com os dados mais recentes, a prevalência de HAS no Brasil no ano de 2012 foi de 24,3% entre pessoas com 18 anos ou mais, sendo 23,9% no Nordeste do país.²

Associada a elevada prevalência, em 2014 houve quase 75 mil internações hospitalares por HAS essencial ou primária, o que representou a sexta maior causa de internação entre as doenças do aparelho circulatório, gerando gasto de mais de 26 milhões de reais aos cofres públicos.³

Alguns estudos também têm explorado a relação entre a HAS e algumas variáveis como: idade⁴⁻⁶, escolaridade⁶, índice de massa corpórea (IMC)⁵⁻⁷, circunferência da cintura (CC), relação cintura-quadril (RCQ), prática de atividade física⁵⁻⁷, consumo de bebida alcoólica.⁶

Nesse sentido, na atenção básica, com a Estratégia de Saúde da Família, os usuários com HAS são assistidos pelos profissionais que fazem da equipe de saúde da família (ESF): médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Esses profissionais têm como desafio dar início ao tratamento e acompanhamento dos indivíduos diagnosticados com HAS e demonstrar a importância da adesão desse indivíduo ao tratamento.¹

Para a prevenção e controle da HAS, é importante mudança de estilo de vida (MEV), com a adoção de hábitos saudáveis, como, por exemplo: alimentação saudável, ingestão reduzida de sódio e bebida alcoólica, prática de atividade física regular e cessação do tabagismo.⁸

Para o planejamento de ações sustentadas de prevenção e promoção da saúde, é necessário que a equipe conheça o perfil dos usuários a serem assistidos a fim de adequar o plano a cada contexto. E, como existem poucas publicações científicas sobre o perfil de usuáries com HAS atendidos pela ESF, a presente pesquisa vem acrescentar informações importantes sobre as características desse grupo populacional, a qual teve como objetivo traçar o perfil sociodemográfico e clínico de usuários com HAS cadastrados em uma equipe

da Estratégia de Saúde da Família do município de Aracaju, estado de Sergipe.

METODOLOGIA

DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de estudo descritivo, tipo transversal, utilizando abordagem quantitativa.

A amostra foi composta por todos os usuários cadastrados no sistema HIPERDIA de uma das ESFs do município de Aracaju, estado de Sergipe, considerando os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou maior de 18 anos, possuir diagnóstico médico de HAS, ter indicação médica para tratamento medicamentoso anti-hipertensivo há pelo menos seis meses, estar sendo acompanhado regularmente pelo médico e enfermeiro da ESF e apresentar condições clínicas (físicas e psicológicas) para responder as questões feitas pelo pesquisador.

Foi considerado acompanhamento regular o registro de pelo menos duas consultas médicas e duas de enfermagem no período de um ano, levando-se em conta que, de acordo com o Protocolo da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, o usuário com HAS estratificado como de baixo risco para desenvolver um evento cardiovascular grave em 10 anos deve ser consultado pelo médico e pelo enfermeiro a cada seis meses.⁹ Assim, para não restringir muito a amostra, foi utilizado o parâmetro de baixo risco.

Dos 183 usuários com HAS selecionados a partir desses critérios, quatro estavam internados, nove não foram localizados e quatro se recusaram a fazer parte da pesquisa, obtendo-se como amostra final 166 participantes.

Foi utilizado instrumento para a coleta dos dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, cor da pele autodeclarada, nível de escolaridade, situação profissional, renda e religião) e clínicos (antecedente familiar de HAS, fatores de risco cardiovascular, IMC, circunferência da cintura, relação cintura-quadril, medicação, tempo de diagnóstico, exames, valor da pressão arterial e complicações da HAS), o qual foi desenvolvido pelos pesquisadores. O instrumento foi submetido à vali-

dação de face e de conteúdo por três peritos na área da saúde. Com base na análise das respostas desses peritos foram feitas alterações no instrumento. Após essa etapa foi aplicado um teste-piloto com 10 usuários, não tendo sido verificada necessidade de ajustes no instrumento. Em seguida, foi dada continuidade à coleta dos dados.

Entre as variáveis antropométricas de interesse, citam-se a CC e a RCQ, cujos parâmetros utilizados foram: CC, o ponto médio entre a borda inferior da última costela e a crista ilíaca lateral,¹⁰ circunferência do quadril (CQ) e a medida no nível do trocanter maior.¹¹ Os valores de normalidade adotados para a CC foram 88 cm para as mulheres e 102 cm para os homens;^{8,11} e para a RCQ, 0,85 kg/m² para as mulheres e 0,95 kg/m² para os homens.¹¹

Para a análise dos dados foram realizadas análises descritivas de frequência simples para variáveis nominais ou categóricas, de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão) para as variáveis contínuas. Foi realizado o teste de correlação de *Spearman* para avaliação das correlações entre a pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD), com as variáveis: idade, IMC, CC e RCQ. Também foi utilizado o teste de Mann-Whitney para verificar a relação entre a PAS e a PAD, com as variáveis: sexo, escolaridade, cor da pele, tabagismo, etilismo e prática de atividade física. O nível de significância adotado foi de 0,05.

A coleta dos dados foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAAE - 0328.0.107.107-11).

RESULTADOS

A média de idade dos participantes do estudo foi acima de 60 anos, a maioria era do sexo feminino (75,9%), possuía companheiro(a) (54,2%), declarou-se não negra (71,7%) e tinha o 1º grau completo ou incompleto (63,9%). A renda familiar mensal média foi inferior a dois salários mínimos (R\$ 1020,1). Considerando o salário mínimo da época, R\$ 622,00, a maior parte recebia até dois salários mínimos (79,5%) (Tabela 1).

Em relação à caracterização clínica dos participantes, observou-se que a maioria já tinha antecedente familiar de HAS (78,3%), era dislipidêmica (55,4%) e sedentária (66,3%). Entre os que se encontravam na faixa etária de 33 a 59 anos, 81,2% estavam com IMC acima do desejável e entre os idosos esse percentual foi de 64,9%. A média da CC das mulheres estava acima do normal, assim como a RCQ para ambos os sexos. Os participantes faziam uso, em média, de 1,84 medicação para HAS por dia (Tabela 2). As classes das medicações mais utilizadas para o controle da HAS foram os inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA) e bloqueadores do receptor de angiotensina.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra (n=166). Aracaju, 2012

Variáveis	n (%)	Mín-Máx	Média (DP)
Idade (anos)		33 – 86	62,6 (10,9)
Sexo			
Feminino	126 (75,9)		
Masculino	40 (24,1)		
Estado civil			
Com companheiro	90 (54,2)		
Sem companheiro	76 (45,8)		
Cor da pele			
Negro	47 (28,3)		
Pardo	87 (52,4)		
Branco	32 (19,3)		
Escolaridade			
Não alfabetizado	29 (17,5)		
Primeiro grau	106 (63,9)		
Segundo grau	30 (18,1)		
Ensino superior	1 (0,6)		
Situação profissional			
Empregado	11 (6,6)		
Desempregado	18 (10,8)		
Aposentado ou pensionista	104 (62,7)		
Outros (autônomo e dona de casa)	33 (19,9)		
Renda familiar mensal*		557,1- 1020,1	
Até um salário mínimo	57 (34,3)		
Mais de um a dois salários mínimos	75 (45,2)		
Mais de dois salários mínimos	33 (19,9)		
Dependentes da renda		0 – 12	2,1 (2,0)
Religião: Sim	131 (78,9)		

*n=165.

Quanto ao tempo de diagnóstico de HAS, 97% referiram um ano ou mais. Não realizavam os exames de colesterol, glicemia e urina há, em média, mais de oito meses. A média da PAS estava acima do normal (145,96). Entre as complicações da HAS, a mais prevalente na amostra foi a doença cardíaca (Tabela 2).

Também foi analisada a relação da pressão arterial com as variáveis: sexo, raça, tabagismo, etilismo e sedentarismo. Observou-se que a média da PAS e da PAD, respectivamente, para mulheres (147,23 mmHg; 84,17 mmHg), pessoas não brancas (146,19 mmHg; 84,10 mmHg), tabagistas (145,69 mmHg; 83,90 mmHg), etilistas (145,55 mmHg; 83,65 mmHg) e sedentárias (147,97 mmHg; 84,27 mmHg) estava acima da dos seus opo-

tos apresentados na Tabela 3. Todavia, não houve diferença de média estatisticamente significativa.

As correlações entre PAS e PAD com as variáveis, idade, CC, RCQ e IMC foram fracas ($r < 0,30$).

Tabela 2 - Caracterização clínica da amostra (n=166). Aracaju, 2012

Variáveis	n (%)	Mín-Máx	Média (DP)
Histórico familiar de HAS			
Sim	130 (78,3)		
Não	12 (7,2)		
Não sabe	24 (14,5)		
Outros fatores de risco cardiovasculares			
Coolesterol acima do normal	92 (55,4)		
Diabetes	64 (38,6)		
Etilista: sim	17 (10,2)		
Sedentarismo: sim	110 (66,3)		
IMC desejável (adulto): IMC <25 kg/m ² (n=69)	13 (18,8)		
IMC desejável (idoso): IMC <27 kg/m ² (n=97)	34 (35,1)		
Circunferência da cintura			
Homem		82 – 194	101,2 (17,8)
Mulher		50 – 132	98,0 (13,3)
Relação cintura/quadril			
Homem		0,88 – 1,53	1,0 (0,1)
Mulher		0,51 – 1,14	0,9 (0,0)
Medicações por dia		0 – 9	3,4 (1,7)
Medicações por dia para HAS		0 – 4	1,7 (1,8)
Tempo de diagnóstico de HAS			
Menos um ano	5 (3,0)		
Um ano ou mais	161 (97)		
Última vez que realizou exames			
Coolesterol (meses)		1 – 348	8,8 (27,1)
Glicemia (meses)		1 – 348	8,2 (27,1)
Urina (meses)		1 – 348	9,2 (27,2)
Pressão arterial			
Sistólica (mmHg)		100 – 260	145,9 (25,5)
Diastólica (mmHg)		50 – 130	84,0 (13,3)
Complicações da HAS			
Doença cardíaca	20 (12,0)		
Infarto agudo do miocárdio	9 (5,4)		
Doença renal	5 (3,0)		
Acidente vascular encefálico ou cerebral	6 (3,6)		

DISCUSSÃO

No presente estudo, a idade média da amostra foi acima de 60 anos e a maioria era do sexo feminino, semelhante à maior parte das pessoas com hipertensão que foram objeto de um estudo realizado Campinas, estado de São Paulo.⁴ Ressalta-se que a idade acima de 65 anos para a mulher representa um fator de risco adicional para o desenvolvimento de problemas cardiovasculares entre pessoas com HAS.⁸

A baixa porcentagem de homens no estudo pode estar relacionada ao fato de os homens procurarem menos os serviços de saúde da atenção primária.¹² Nesse sentido, em estudo realizado em João Pessoa, estado da Paraíba, os enfermeiros identificaram como dificuldades para a efetivação da atenção à saúde do homem na atenção básica aspectos relacionados ao próprio homem: ausência do homem na Atenção Básica de Saúde, déficit de comportamento preventivo de autocuidado e sentimentos de temor vinculado ao trabalho; aspectos relacionados aos profissionais: déficit em capacitação em saúde do homem e de conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem; e aspectos relacionados aos serviços: feminilização dos serviços da atenção básica, incompatibilidade de horários com a atividade laboral e excesso de demandas na atenção básica.¹²

A maioria possuía companheiro(a) e baixa escolaridade, assim como em outro estudo nacional realizado em Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, com o objetivo de descrever o perfil dos hipertensos e diabéticos cadastrados no sistema HyperDia.¹³ A renda familiar média era de menos de dois salários mínimos. Essas são características importantes a serem consideradas no planejamento de ações de prevenção e promoção da saúde, uma vez que é fundamental considerar a realidade de cada indivíduo, família e comunidade, propiciando um plano de ação realista com vista ao alcance das metas propostas.

Estudo realizado em Maringá, estado do Paraná, com o objetivo analisar a associação entre doença crônica não transmissível (DCNT) e fatores de risco, identificou que o desenvolvimento das DCNTs tende a aumentar em indivíduos com baixa escolaridade.¹⁴ Tal relação suscita preocupação, considerando-se a necessidade de o indivíduo com doença crônica seguir o plano terapêutico em relação às medicações e alimentação.¹³ Nesse sentido, a baixa escolaridade pode interferir na adesão.

Entre os fatores de risco cardiovasculares, a dislipidemia, sedentarismo, IMC acima do normal, CC acima do normal entre as mulheres, RCQ e elevação da pressão arterial sistólica foram os que mais se destacaram, sugerindo que os participantes do estudo apresentam fatores de riscos cardiovasculares variados.

Tabela 3 - Relações da PAS e da PAD e as variáveis: sexo, cor da pele, tabagismo, etilismo e prática de atividade física (n=166). Aracaju, 2012

	PAS (mmHg)			PAD (mmHg)		
	Mín-Máx	Média (DP)	p	Mín-Máx	Média (DP)	p
Sexo						
Feminino	100 - 260	147,2 (27,3)	0,60	50 - 130	84,1 (13,9)	0,71
Masculino	110 - 192	141,9 (18,2)		60 - 119	83,5 (11,3)	
Escolaridade						
Até ensino fundamental	100 - 240	146,4 (24,2)	0,23	50 - 122	83,5 (13,3)	0,50
Ensino médio ou mais	110 - 260	143,9 (30,8)		62 - 130	86,0 (13,3)	
Cor da pele						
Branco	100 - 200	145,0 (23,1)	0,96	60 - 120	83,6 (11,9)	0,99
Não branco	110 - 260	146,1 (26,1)		50 – 130	84,1 (13,7)	
Fumante						
Sim	120 - 190	151,2 (24,7)	0,46	70 - 100	86,2 (9,1)	0,38
Não	100 - 260	145,6 (25,6)		50 - 130	83,9 (13,5)	
Bebidas alcoólicas						
Sim	120 - 260	149,5 (34,1)	0,93	70 – 130	87,1 (13,0)	0,29
Não	100 - 240	145,5 (24,4)		50 - 122	83,6 (13,4)	
Atividade física						
Sim	100 - 190	142,0 (21,1)	0,21	60 - 100	83,5 (9,5)	0,82
Não	110 - 260	147,9 (27,3)		50 - 130	84,2 (14,9)	

As correlações entre PAS e PAD com as variáveis, idade, CC, RCQ e IMC foram fracas ($r < 0,30$).

Em estudo realizado em um ambulatório de Cardiologia localizado em Goiânia, a dislipidemia foi identificada como a comorbidade mais prevalente em pacientes com HAS, de ambos os sexos, o que possivelmente poderia estar relacionado a outras doenças associadas à hipertensão, como a doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca e acidente vascular encefálico.¹⁵

Outra pesquisa nacional realizada em Londrina, estado do Paraná, com o objetivo de verificar a prevalência de obesidade abdominal e fatores associados em hipertensos, verificou que a maioria dos participantes possui obesidade abdominal, a partir da medida da RCQ, e circunferência abdominal elevada.¹⁶

O grupo que praticava atividade física exibiu valores médios da PA mais baixos, sugerindo que a atividade física pode interferir positivamente no controle da PA. De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, é importante a realização de atividade física regular para a manutenção de uma boa saúde cardiovascular, resguardada a necessidade de avaliação das condições de saúde para a sua realização.⁸

Ser fumante e ingerir bebida alcoólica foram variáveis que se associaram a valores médios mais elevados da pressão arterial. Além da prática de atividade física, outras recomendações são postuladas para a prevenção da HAS, entre elas estão o combate ao tabagismo e o consumo controlado de álcool.⁸

CONCLUSÃO

Os indivíduos portadores de HAS que fizeram parte da amostra eram adultos jovens e idosos, casados, com baixas escolaridade e renda. Os fatores de risco que mais se destacaram foram: dislipidemia, sedentarismo, IMC, RCQ acima do normal, assim como a CC entre as mulheres e pressão arterial sistólica elevada. A redução dos fatores de risco cardiovasculares modificáveis é fundamental para o controle da doença e prevenção de complicações e, por conseguinte, para a reversão da realidade de morbimortalidade associada à HAS.

Os resultados deste estudo podem subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem de indivíduos com HAS, a partir de ações sustentadas que levem em consideração as características individuais, contribuindo assim para o atendimento à saúde integral e de qualidade.

Uma limitação do estudo foi o tamanho reduzido da amostra. Tal limitação se deve ao fato de ter sido estabelecido, para este estudo, como critério de inclusão, o registro no prontuário de pelo menos duas consultas médicas e duas de enfermagem no período de um ano. No entanto, os usuários da atenção básica nem sempre comparecem às consultas agendadas, o que pode comprometer o planejamento da assistência e o alcance das metas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: MS; 2013.
2. Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Tecnologia da informação a serviço do SUS. Brasília: MS; 2015.
3. Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. DATASUS: indicadores de saúde. [citado em 2015 maio 06]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>.
4. Borim FSA, Guariento ME, Almeida EA. Perfil de adultos e idosos hipertensos em unidade básica de saúde. Rev Bras Clin Med. 2011[citado em 2015 maio 06];9(2):107-11. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n2/a1832.pdf>
5. Salomão CB, Santos LC, Ferreira AD, Lopes ACS. Fatores associados à hipertensão arterial em usuários de serviço de promoção à saúde. REME - Rev Min Enferm. 2013[citado em 2015 maio 06];17(1):32-8. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/577>
6. Zattar LC, Boing AF, Giehl MWC, D'orsi E. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2013[citado em 2015 maio 06];29(3):507-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000300009&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000300009>.
7. Nary FC, Santos RD, Laurinavicius AG, Conceição RDO, Carvalho JAM. Relevância da pré-hipertensão como categoria diagnóstica em adultos assintomáticos. Einstein. 2013[citado em 2015 maio 06];11(3):303-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n3/a08v11n3.pdf>
8. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010[citado em 2015 maio 06];95(1 supl.1):1-51. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria da Saúde de Aracaju. Saúde do adulto e idoso: manuais de ações programáticas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
11. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras de Cardiol. 2007[citado em 2015 maio 06];89(3):24-79. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n3/a12v89n3.pdf>
12. Moreira RLSF, Fontes WD, Barboza TM. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2014 [citado em 2015 maio 06];18(4):615-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0615.pdf>
13. Lima LM, Schwartz E, Muniz RM, Zillmer JGV, Ludtke I. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. Rev Gaúcha Enferm. 2011[citado em 2015 maio 06];32(2):323-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v32n2/a16v32n2.pdf>
14. Rocha-Brischiliari SC, Agnolo CMD, Gravea ÁAF, Lopes TCR, Carvalho MDB, Peloso SM. Doenças crônicas não transmissíveis e associação com fatores de risco. Rev Bras Cardiol. 2014[citado em 2015 maio 06];27(1):531-8. Disponível em: <http://www.rbconline.org.br/artigo/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-e-associacao-com-fatores-de-risco/>
15. Tacon KCB, Santos HCO, Cunha LC, Castro EC. Perfil da terapêutica utilizada em pacientes hipertensos atendidos em hospital público. Rev Bras Clin Med. 2011[citado em 2015 maio 06];9(1):25-9. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n1/a1718.pdf>
16. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS. Prevalência de obesidade abdominal em hipertensos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. Arq Bras Cardiol. 2010[citado em 2015 maio 06];94(6):754-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000600008&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000049>.