



## Artigo Original

# PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E VARIÁVEIS CLÍNICAS DOS HIPERTENSOS ATENDIDOS NA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DA UESB

## SOCIODEMOGRAFIC PROFILE AND CLINICAL VARIABLES OF HYPERTENSIVE PATIENTS CARED IN A PHYSIOTHERAPY SCHOOL CLINIC FROM THE UESB

### Resumo

Luciano Nery Ferreira<sup>1</sup>  
Manuelle Caribé Costa<sup>1</sup>  
Josyanne Teixeira de Sousa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)  
Jequié – BA – Brasil

E-mail  
lnery@uesb.edu.br

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, multifatorial e sistêmica. Estima-se que cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta possa ser hipertensa. Buscou-se traçar o perfil sociodemográfico e as variáveis clínicas dos pacientes com hipertensão atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da UESB (C.E.F./UESB) de modo a colaborar com um melhor atendimento e entendimento dos portadores da HAS. Trata-se de estudo de caráter descritivo transversal. A amostra foi composta por 34 pessoas atendidas na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, avaliadas entre Setembro de 2007 e Fevereiro de 2008. Utilizou-se entrevista semi-estruturada. Observou-se que 20 eram do sexo feminino, 26 tinham idade superior a 50 anos, 32 tinham estudado somente até o ensino médio, 22 tinham como renda até 1 salário mínimo, 30 faziam uso do serviço Público de Saúde, porém 14 não faziam parte dos grupos de Hipertensão, 20 não fumavam, 23 não consumiam álcool, 23 não eram Diabéticos e 23 não praticavam atividade física, 20 estavam acima do peso, 15 apresentavam Hipertensão Leve, 6 não faziam dieta, 25 tomavam anti-hipertensivos regularmente. Traçou-se um perfil mais detalhado dos pacientes hipertensos atendidos na C.E.F/ UESB e suas variáveis, corroborando com diversos estudos da área. Diante disso, torna-se mais fácil o entendimento desses pacientes e uma abordagem mais individualizada que propicie uma melhor assistência fisioterapêutica.

**Palavras-chave:** saúde; perfil de saúde; hipertensão.

### Abstract

The High Blood Pressure (HBP) is a chronic, multifactorial and systemic disease. It is estimated that about 15% to 20% of the Brazilian population may be hypertensive. We attempted to trace the sociodemographic profile and clinical variables of patients with hypertension cared at the Physiotherapy School Clinic (PSC) from the Southwestern Bahia State University (UESB), to collaborate with a better understanding and care of patients with HBP. This is a descriptive cross-sectional study. The sample consisted of 34 persons cared for in a Physiotherapy School Clinic from the Southwestern Bahia State University, evaluated between

September 2007 and February 2008. We used semi-structured interview. It was observed that 20 were female, 26 were older than 50 years, 32 had studied only till high school, 22 had as income until a minimum wage, 30 made use of the Public Health Service, but 14 were not part groups of Hypertension, 20 nonsmokers, 23 did not consume alcohol, 23 were not diabetic and 23 did not exercise 20 were overweight, 15 had stage 1 hypertension, 6 were not diet, 25 were taking antihypertensive drugs regularly. Drew up a more detailed profile of hypertensive patients cared in PSC / UESB and their variables, which agrees with several studies in the area. Therefore, it becomes easier to understand these patients and a more individualized approach that delivers better care physiotherapy.

**Key words:** health; health profile; hypertension.

## Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, multifatorial e que afeta todo o organismo possuindo características emocionais e sociais implicadas no seu surgimento e evolução<sup>1</sup>.

Vários estudos mostram a existência de fatores de risco que, associados entre si e a outras condições, favorecem o aparecimento da HAS, dentre eles estão: idade, sexo, escolaridade, renda familiar, antecedentes familiares, raça, obesidade, relação cintura/quadril (RCQ), índice de massa corpórea (IMC), sedentarismo, álcool, tabaco, anticoncepcionais, alimentação rica em sódio e gorduras, entre outras<sup>2</sup>.

A prevalência estimada de HAS no Brasil em diversos estudos nos últimos 20 anos é superior a 30% da população<sup>3</sup>.

Níveis elevados de Pressão Arterial guardam uma relação linear, contínua e independente com a mortalidade por doença Cardiovascular. No Brasil, a doença cardiovascular é a principal causa de morte, tendo sido responsável em 2007 por mais de 300.000 óbitos, o que corresponde a mais de 29% da mortalidade total<sup>4</sup>.

Em consonância com a elevada prevalência de hipertensos na população brasileira, de acordo com o sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), a cidade de Jequié em 2006 apresentava 14.578 pessoas cadastradas que se enquadraram nessa população<sup>5</sup>.

Valores esses que evidenciam parcialmente a importância epidemiológica da HAS, visto que ela constitui-se um fator de risco importante na doença arterial coronariana que contribui em grande parte para a mortalidade. E ainda possui um alto custo social, sendo responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio<sup>3,4</sup>.

A HAS é um problema de saúde pública e o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2000, definiu como prioridade de sua agenda nacional a organização de toda a rede básica, visando a detecção e o controle da HAS e do Diabetes

Mellitus (DM). Essa decisão foi sustentada pela alta mortalidade cardiovascular, pelo alto custo provocado ao sistema na abordagem das complicações geradas e pelo baixo impacto da assistência convencional, com vistas a uma política de saúde que possa revelar dados mais positivos em termos de melhores indicadores de saúde cardiovascular e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>6,7</sup>.

Devido aos grandes agravos à saúde que a HAS pode causar e a grande quantidade de hipertensos registrada em nosso país, torna-se notável a necessidade de mais pesquisas nessa área. Deste modo, esse estudo pretende contribuir para o melhor entendimento do perfil sociodemográfico dos hipertensos atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da UESB, bem como algumas de suas variáveis clínicas, para que seja possível um atendimento mais individualizado, melhorando as condições de saúde desses indivíduos e por sua vez a qualidade de vida.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo de caráter descritivo com delineamento transversal, no qual foram analisados os dados obtidos em uma entrevista semi-estruturada respondida por 34 pacientes com idade superior a 18 anos, com diagnóstico confirmado de HAS registrados em prontuário e atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da UESB, no período de Setembro de 2007 a Fevereiro de 2008, de um total de 66 pacientes com diagnóstico confirmados. Dados estes coletados por dois pesquisadores devidamente treinados com procedimentos padronizados.

Para a obtenção dos dados, utilizou-se uma entrevista semi-estruturada, com um roteiro pré-estabelecido, o qual solicita informações de identificação, questões sociodemográficas e aspectos clínicos (sexo, idade, escolaridade, raça, renda familiar, profissão, assistência básica próxima, fumo, etilismo, prática de atividade física, dieta, IMC, RCQ, PA, medicamentos, entre outros), entrevista essas realizadas nos respectivos domicílios.

A realização das aferições da PA, peso, altura, circunferências da cintura e do quadril utilizou como instrumentos: um esfigmomanômetro com braçadeira de velcro 5/83 CH revisado pelo INMETRO em Janeiro de 2008, estetoscópio modelo RAPPARPORT, cronômetro de celular, balança antropométrica digital e fita métrica graduada em milímetros. Todos os dados foram colhidos pelos pesquisadores deste trabalho.

Em relação ao método utilizado para coleta da PA seguiu-se instruções da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006<sup>3</sup>.

As medidas de peso foram obtidas através de uma única verificação, utilizando uma balança digital da marca Marte, modelo PP180, com capacidade para 180 Kg, a precisão foi verificada através de testes com 3 pesos de 1 kg, onde se constatou uma variação considerada insignificante de 52 gramas entres os objetos utilizados o que permitiu concluir fidedignidade, a verificação do peso dos indivíduos foi feita solicitando que estivessem com uma fina roupa de malha e sem calçados, em seguida foi pedido para que subissem na balança e

permanecessem por 5 segundos até não haver mais variação de medida; daqueles que não puderam ficar sobre a balança, coletamos a informação do próprio paciente e/ou do seu cuidador.

A estatura foi verificada somente uma vez, com uma fita métrica fixada ao nível do solo, onde o indivíduo estava em ortostase, sem calçado e com os pés juntos mantendo contato com a fita, os calcanhares e a região occipital; entretanto, aqueles que se encontravam debilitados a ponto de não poder ficar em pé, a verificação foi realizada em decúbito dorsal.

Calculou-se o IMC a partir da relação entre o peso em quilogramas dividido pela estatura em metros elevado ao quadrado e posteriormente foi verificado se o mesmo excede ao da média da população<sup>8,9</sup>.

A medição da Relação Cintura-Quadril foi iniciada a partir da verificação do perímetro do quadril ao nível dos trocânteres femorais com o indivíduo em ortostase, e pela verificação do perímetro da cintura ao nível da borda inferior da última costela, e foi calculado o quociente entre as duas variáveis. As medidas foram realizadas com a fita métrica sobre a pele, mas sem qualquer compressão dos tecidos ou dobras do instrumento, salvo aqueles que se encontravam cadeirantes, onde a aferição deu-se em decúbito dorsal<sup>8</sup>.

As demais variáveis apresentadas no trabalho foram obtidas através do próprio relato dos pacientes, não havendo intervenção dos pesquisadores.

A análise dos dados foi realizada por estatística descritiva a partir da observação das tabelas e planilhas construídas no programa BrOffice Versão 2.0.3. Para escolha da análise estatística apropriada foram observadas as seguintes características: natureza dos dados, normalidade e distribuição dos dados, escalas de medidas e linearidade. A análise descritiva dos dados serviu para caracterização da amostra, com distribuição de frequência.

A pesquisa foi realizada respeitando a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e devidamente submetida à apreciação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), tendo como nº do protocolo: 121/2007. A coleta de dados foi iniciada após aprovação do CEP.

## Resultados

A partir da análise dos 34 questionários respondidos por indivíduos com diagnóstico de HAS atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia pôde-se observar que na apresentação do perfil sociodemográfico 20 eram do sexo feminino e 14 eram do sexo masculino, 26 tinham acima de 50 anos de idade, 32 tinham como nível de instrução até o ensino médio e 1 não era alfabetizado, 21 eram da raça negra, 24 trabalharam no setor terciário (prestadores de serviço), de toda amostra 19 se encontravam inativos e 22 das 34 pessoas tinham como fonte de renda 1 salário mínimo (Tabela 1).

Dos participantes, 30 utilizavam da Atenção Primária em saúde, 18 não faziam parte dos grupos de hipertensos, 16 receberam seu diagnóstico por médicos nos postos de saúde, 17 não adquiriam medicação nas Unidades de Saúde Pública e 24 foram diagnosticados a menos de 10 anos (Tabela 2).

**Tabela 1** – Características sociodemográficas dos hipertensos atendidos na C.E.F.

Variáveis	n (34)	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	14	41,2
Feminino	20	58,8
<b>Idade</b>		
< 50 anos	8	23,5
> 50 anos	26	76,5
<b>Escolaridade</b>		
Até o nível médio	32	94,1
Nível superior	1	2,9
Não alfabetizado	1	2,9
<b>Raça</b>		
Branca	7	20,6
Parda	6	17,6
Negra	21	61,8
<b>Renda Familiar</b>		
Até 1 salário mínimo	22	64,7
Maior que 1 salários	12	35,3
<b>Profissão</b>		
Setor Primário	1	2,9
Setor Secundário	9	26,5
Setor Terciário	24	70,6
<b>Situação Profissional</b>		
Ativo	15	44,4
Inativo	19	55,9%

**Tabela 2** – Atenção Primária em Saúde e diagnóstico dos Hipertensos atendidos na C.E.F.

Variáveis	n (34)	%
<b>Atenção Primária em Saúde</b>		
Existe e utiliza o serviço	30	88,2
Existe e não utiliza	3	8,8
Não	1	3
<b>Grupo de Hipertensão</b>		
Existe e participo	16	47,1
Existe e não participo	14	41,2
Não	4	11,7
<b>Distribuição de medicamentos gratuitos e utilização</b>		
Existe, adquiero	17	50
Sim, não adquiero	15	44,1
Não	2	5,9
<b>Tempo de diagnóstico</b>		
De 1 a 10 anos	24	70,6
≥ de 11 anos	10	29,4
<b>Local do diagnóstico</b>		
Clinicas particular	12	35,3
Postos de Saúde	16	47,1
Hospitais	6	17,6

Fonte: Dados da pesquisa entre 09/2007 a 02/2008 C.E.F: Clínica Escola de Fisioterapia

De acordo com os fatores de risco coletados na pesquisa constatou-se que 20 indivíduos não eram fumantes, 23 não consumiam álcool, e também 23 declararam não ser diabético. Quanto à prática de atividades físicas, 23 referiram ser sedentários (Tabela 3).

**Tabela 3 – Fatores de Risco dos Hipertensos atendidos na C.E.F.**

Variáveis	n (34)	%
<b>Tabagista</b>		
Sim	14	41,2
Não	20	58,8
<b>Etilismo</b>		
Sim	11	32,4
Não	23	67,6
<b>Diabetes</b>		
Sim	11	32,4
Não	23	67,6
<b>Pratica Atividade Física</b>		
Sim	11	32,4
Não pratica	23	67,6
<b>Duração da Atividade Física</b>		
≥ 30 minutos, 1 - 2 vezes/semana	3	8,8
≤ 30 minutos, 1-2 vezes /semana	6	17,6
≥ 30 minutos, 3 - 5 vezes/semana	1	3,2
≤ 30 minutos, 3 - 5 vezes /semana	1	3,2
Não pratica	23	67,6

Observando as variáveis clínicas percebeu-se que no IMC 20 estavam acima do peso, 18 estavam com a RCQ entre alta a muito alta e diante da aferição da pressão arterial pode-se notar que 20 apresentavam hipertensão leve a moderada (Tabela 4).

**Tabela 04 – Variáveis Clínicas dos Hipertensos atendidos na C.E.F.**

VARIÁVEIS	n (34)	%
<b>IMC</b>		
Abaixo do peso (< 20)	3	8,8
Peso normal (20 – 25)	11	32,4
Sobre peso (25.1 - 29.9)	12	35,3
Obeso (30 - 39.9)	8	23,5
Obesidade Mórbida (>40)	0	0
<b>RCQ</b>		
Baixa	9	26,5
Moderada	7	20,6
Alta	9	26,5
Muito alta	9	26,5
<b>PA</b>		
Normal (< 130 / < 85)	8	23,53
Límitrofe (130 - 139/ 85 – 89)	4	11,8
Leve (140 - 159 / 90 / 99)	15	44,07
Moderada (160 - 179 / 100 – 109)	5	14,7
Grave (> 180 / >110)	2	5,9

Os resultados apontaram que a dietoterapia é seguida por 28 dos pacientes em estudo, já o tratamento medicamentoso é subdividido em: 7 utilizam anti-depressivos, 12 utilizam anti-coagulante e 25 usam anti-hipertensivos (Tabela 5).

**Tabela 5** – Tipos de tratamentos dos pacientes Hipertensos atendidos na C.E.F.

Variáveis	n (34)	%
<b>Dietoterapia</b>		
Sim	28	83,4%
Não	6	17,6%
<b>Medicação</b>		
Anti - Depressivo	7	21%
Anti - Coagulante	12	35,3%
Anti - Hipertensivo	25	74%

## Discussão

O presente estudo observou maior prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no sexo feminino em relação ao masculino, corroborando com os dados de um estudo feito em Goiânia e confrontando com estudos globais que afirmam que o sexo não é um fator de risco para a HAS<sup>1,3,4</sup>.

Segundo Pessuto<sup>2</sup> e a VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial<sup>4</sup>, em pessoas de cor negra é a HAS é mais prevalente bem como sua gravidade tende maior, particularmente quanto à incidência do Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Insuficiência Renal Crônica (IRC). Esse comportamento pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos, em concordância com os resultados obtidos neste estudo.

Estudos mostram que a mulher apresenta maior risco de desenvolver a HAS a partir dos 60 anos e homens a partir de 50 anos de idade<sup>2-4</sup>. No presente estudo foi encontrado que a predominância da idade destes hipertensos foi superior a 50 anos de idade (76,5%), demonstrando equivalência entre os dados estudados.

Segundo Pessuto<sup>2</sup> e Gus<sup>10</sup> é mais prevalente a HAS entre indivíduos com nível de escolaridade e renda familiar mais baixa, juntamente com a profissão/ocupação daqueles que realiza ou realizou serviços terciários, sugerindo que grupos sociais mais privilegiados e/ou que nunca trabalharam tendem a apresentar menor risco de HAS, o que foi visto também na atual pesquisa; contrapondo esses dados Jardim<sup>11</sup> relata não ter detectado uma associação da HAS com a classe social ou com relação à escolaridade no seu trabalho<sup>10</sup>.

Alguns estudos mostram que o hipertenso tende a abandonar o acompanhamento ambulatorial da HAS<sup>12</sup>, o que também se pode perceber neste trabalho, ou seja, mais da metade dos indivíduos não frequentam o grupo de hipertensos do posto de saúde, apesar de utilizarem do serviço público com outras finalidades e ter obtido o diagnóstico através do médico na própria Unidade de Saúde da Família (USF).

Estudos afirmam que o consumo excessivo de álcool e do tabagismo contribui para a elevação da PA e por sua vez à prevalência de HAS, além de ser empecilhos para a terapêutica anti-hipertensiva<sup>13</sup> o que pode ser observado nesta pesquisa, pois a minoria dos indivíduos estudados eram fumantes e destes 29,4% fumavam a mais de 20 anos.

O exercício físico realizado regularmente promove adaptações autonômicas e hemodinâmicas que interferem na regulação da PA além de produzir benefícios adicionais, tais como diminuição do peso corporal e ação coadjuvante no tratamento das dislipidemias, da resistência à insulina, do abandono do tabagismo e do controle do estresse. Contribui, ainda, para a redução do risco de indivíduos normotensos desenvolverem hipertensão. As modificações do estilo de vida são particularmente importantes na prevenção da hipertensão. Os pacientes devem ser motivados no sentido de adotar modificações como a prática da atividade física, deixar vícios do tabagismo e do etilismo e alimentar-se adequadamente, especialmente quando apresentam fatores de risco adicionais, tais como dislipidemia ou Diabetes Mellitus<sup>14,15</sup>.

Segundo a V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial<sup>3</sup> os sedentários têm 30% a mais de chance de desenvolver a HAS<sup>3</sup>. Neste sentido, no presente estudo pode-se observar que 23 indivíduos da população hipertensa não realizam qualquer atividade física no período de 3 vezes/semana durante pelo menos 30 minutos, sendo portanto considerados sedentários.

Os riscos (sedentarismo, obesidade, alimentação inadequada, DM, entre outros) aumentam para o desenvolvimento da HAS tendo um maior agravo com o IMC acima dos limites de normalidade. Estudos observaram que mais da metade dos casos de HAS estavam relacionados ao excesso de adiposidade em ambos os sexos, o que corrobora com os resultados encontrados neste estudo que apresentou prevalência de IMC acima dos valores normais na amostra estudada<sup>16</sup>. Os quais foram considerados de acordo com a Organização Mundial de Saúde, a seguinte classificação foi adotada: Sobrepeso: IMC  $\geq 25$  e  $29,9 \text{ Kg/m}^2$ , Obesidade grau 2: IMC  $\geq 35$  e  $\leq 39,9 \text{ Kg/m}^2$ , Obesidade grau 3: IMC  $\geq 40 \text{ Kg/m}^2$  (anteriormente denominada obesidade mórbida).<sup>17</sup>

Diversos índices antropométricos têm sido propostos para determinar a associação entre excesso de peso e fatores de risco cardiovascular. Estudos demonstraram que a medida da circunferência da cintura maior que 88 cm para mulheres e maior que 102 cm para homens é capaz de identificar paciente com maior risco de Doenças Cardiovascular (DCV). Da mesma forma, a razão entre as medidas da circunferência da cintura e quadril (RCQ) maior que 0,95 para homens e maior que 0,85 para mulheres, que caracterizam a distribuição central de gordura, tem sido utilizada para identificar indivíduos com maior risco cardiovascular.<sup>8</sup>

No presente estudo foi encontrado uma prevalência do valor da RCQ acima do adequado (53%) para a saúde dos participantes (limite de normalidade: mulheres: C = 88 cm e C/Q = 0,85; homens: C = 102 cm e C/Q = 0,95) o que corrobora com Carneiro e colaboradores<sup>8</sup>, demonstrando que a excesso de peso está relacionado diretamente com o as doenças cardiovasculares<sup>8</sup>.

Segundo o trabalho publicado por GUS, a maioria dos indivíduos que apresentaram pressão alta estavam classificados como Hipertensos Leve<sup>10</sup>. Na presente amostra, 15 indivíduos tiveram esta classificação.

Grande ênfase tem-se dado as medidas não-farmacológicas de mudanças de hábitos de vida para prevenção e controle dos níveis tensoriais

elevados, que devem ser implantadas para todos os hipertensos, mesmo aqueles em uso de droga, observou-se que o esquema terapêutico predominante neste estudo foi a terapia combinada<sup>7,18</sup>.

Em se tratando de uma doença com tamanha magnitude e impacto na vida das pessoas, ressalta-se a importância dos estudos nesta área, no sentido de ampliar os conhecimentos acerca das características sociodemográficas e clínicas, sob um olhar epidemiológico.

A despeito das iniquidades encontradas, os direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS devem prevalecer, a partir de ações integradas entre o Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Intergestora Tripartite e a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

Esforços contínuos em direção de um melhor atendimento dos usuários ao serviço de Saúde Pública devem ser incansavelmente implementados, como por exemplo o direito ao acesso ordenado e organizado ao sistema de saúde, com um atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação<sup>19</sup>.

Deve-se ressaltar que o presente estudo apresentou como limitação, o tempo exíguo, limitado pelo caráter de Trabalho de Conclusão de Curso e ausência de financiamento, que por sua vez, acabou por restringir a sua base de dados, referindo-se aos pacientes atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia

## **Agradecimentos**

À Coordenação, Funcionários e Pacientes da Clínica Escola de Fisioterapia da UESB, pela disponibilidade em colaborar.

## **Referências**

1. Rodrigues MTM. Caminhos e descaminhos da adesão ao tratamento anti-hipertensivo: um estudo com usuários do PACHA do Hospital Universitário Onofre Lopes [dissertação]. Natal (RN): Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes; 2003.
2. Pessuto J, Carvalho EC. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 1998;6(1):33-9.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 89 (3): e24-e79.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95 (1 supl. 1): 1-51.
5. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Cadastramento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
6. Barreto M, Carmo E. Situação de saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde Centro de Nacional de Epidemiologia (Cenipe). Informe Epidemiológico do SUS 1994 jul/dez; ano (3-4): 7-34.

7. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão Arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br>
8. Carneiro G, Faria AN, Ribeiro Filho FF, Guimarães A, Lerário D, Ferreira SR, et al. Influence of body fat distribution on the prevalence of arterial hypertension and other cardiovascular risk factors in obese patients. *Rev Assoc Med Bras* 2003;49:306-11.
9. Queiroz CO, Munaro HLR. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em Idosas Atendidas nos Projetos da UESB. *Rev Saúde.com*. 2008; 4(1): 43-9.
10. Gus I, Harzheim E, Zallavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência, Reconhecimento e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol* 2004; 83(5): 424-28.
11. Jardim PCBV, Gondim MRP, Monego ET, Moreira HC, Vitorino PV, Souza WK, et al. High blood pressure and some risk factors in a Brazilian capital. *Arq Bras Cardiol*. 2007;88:398-403.
12. Mascarenhas, CHM, Oliveira, M.M.L., Souza. MS. Adesão ao tratamento no grupo de hipertensos no bairro do Joaquim Romão Jequié/BA. *Rev.Saúde.Com* 2006; 2, (1): 30-8.
13. White IR, Altmann DR, Nanchahal K. Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages. *BMJ*. 2002;325:191-198.
14. Glaner MF. Índice de massa corporal como indicador da gordura corporal comparado às dobras cutâneas. *Rev Bras Med Esporte* 2005;11(4):243- 6.
15. Neto ANM, Simões MOS, Medeiros ACD, Portela AS, Souza AMP. Obesidade, Envelhecimento e Risco Cardiovascular no Brasil: Possíveis Soluções para Problemas Atuais. *Rev.Saúde.Com* 2008; 4, (1): 57-63.
16. Cercato C, Silva S, Sato A, Mancini M, Halpern A. Risco cardiovascular em uma população de obesos. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2000; 44(1): 45-8.
17. Monteiro MF, Sobral FDC. Exercício físico e o controle da pressão arterial. *Rev Bras Med Esporte* 2004; 10(6): 513-6.
18. Ministério da Saúde. Manual de cardiologia. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>.
19. Ministério da saúde. Direitos dos usuários do SUS Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>.

---

**Endereço para correspondência**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Departamento de Saúde  
Jequié – Bahia - Brasil  
CEP: 45206-190

Recebido em 08/08/2008

Aprovado em 24/09/2010