



DIABETES E HIPERTENSÃO: ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NOS USUÁRIOS ACOMPANHADOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Gisetti Corina Brandão¹

¹ Professora Doutora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande

RESUMO

A principal causa de morbimortalidade no Brasil são as doenças cardiovasculares, sendo a Hipertensão Arterial e a Diabetes fatores importantes para o agravamento deste cenário. Objetivou-se realizar a estratificação de risco cardiovascular e de controle glicêmico nos usuários acompanhados pela Equipe de Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde. Trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza aplicada e abordagem quantitativa. A amostra corresponde à totalidade da população dos usuários com hipertensão e diabetes residentes na zona atendida pela equipe. Para análise dos dados, utilizou-se a calculadora do Escore de Risco de Framingham e análise estatística dos resultados. A amostra caracterizou-se por 82 indivíduos do sexo masculino e 170 do feminino, com média de idade de 66,02 anos. Metade da amostra (126) não pôde ser avaliada, e dos 126 restantes, 29 foram classificados como categoria de risco “baixo”, 47 como “médio” e 50 como “alto” para desenvolvimento de doença cardiovascular. O número significativo de alto e médio risco cardiovascular indica necessidade de melhor acompanhamento e seguimento dos cuidados.

Palavras-chave: Hipertensão; Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde.

DIABETES AND HYPERTENSION: STRATIFICATION RISK

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the principal cause of morbimortality in Brazil, and Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus are important factors for worsening the scenario. The goal of this study was to perform cardiovascular and glycemic control stratification of risk on the users supervised by the Family Healthcare Staff of a Basic Health Unit. This research is a descriptive one, with applied work and following a quantitative approach. The sample was composed by the total population of users who had hypertension and diabetes, who are permanent residents of the area assisted by the said staff. For the analysis of the collected data, the Farmingham Risk Score calculator was used, and later statistical analysis of their results was performed. The sample was characterized by 82 patients corresponding to the male gender and 170 patients of the female gender, the average age registered was 66,02 years. Half of the sample (126) was not able to be evaluated, and of the 126 remaining, 29 were categorized as risk category “low”, 47 “intermediary”, and 50 as “high” for the development of cardiovascular disease. The significant number of high and medium cardiovascular risk point to a necessity of better monitoring and care follow-up.

Brandão GC. DIABETES E HIPERTENSÃO: ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NOS USUÁRIOS ACOMPANHADOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. Revista Saúde & Ciência online, v.10. n.3. (setembro a dezembro de 2021). P.21-31



Keywords: Hypertension; Diabetes Mellitus; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A principal causa de morbimortalidade na população brasileira são as doenças cardiovasculares, que são de caráter multifatorial e apresentam diversos fatores de risco, aumentando, a probabilidade de sua ocorrência. Dois fatores de risco merecem maior atenção devido às altas prevalências na população brasileira, sendo eles a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes mellitus (DM), contribuindo para o agravamento deste cenário em nível nacional¹.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Ministério da Saúde, estimou que 6,2% da população brasileira com 18 anos de idade ou mais afirmou diagnóstico médico de diabetes, sendo de 7,0% no sexo feminino e de 5,4% no masculino, sendo mais prevalente (9,6%) nos indivíduos com ensino fundamental incompleto ou menor nível de instrução. A cor da pele não foi fator de significância estatística na prevalência do diabetes².

De maneira semelhante, a HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Apresenta-se como a doença crônica de maior prevalência na atualidade e, em especial, nos mais idosos, já que aumenta progressivamente com a idade. Estima-se que mais de 15 milhões de brasileiros têm HAS, sendo aproximadamente 12.410.753 pacientes do SUS, abrangendo entre 22% e 44% dos adultos (32% em média) brasileiros, chegando a mais de 50% dos indivíduos com 60 a 69 anos e 75% dos indivíduos com mais de 70 anos. Cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada³.

Desse modo, identificar precocemente e oferecer seguimento apropriado aos portadores de HAS e DM através do estreitamento da relação com as unidades básicas de saúde (UBS) são atos necessários para o êxito do controle dos agravos, evitando as complicações, minimizando o número de internações nosocomiais e a mortalidade por doenças cardiovasculares, além de diminuir os custos sociais e financeiros sustentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁴.

A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde é formada pelo conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde,



desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária⁵.

Ambas as doenças são consideradas problemas de Condição Sensível à Atenção Primária – ou seja, o bom manejo destas condições de saúde ainda na Atenção Básica é capaz de evitar futuras hospitalizações, bem como mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. No entanto, esse bom manejo só pode ser alcançado considerando-se as particularidades de cada doença, bem como individualizando o atendimento de acordo com as demandas de cada usuário. Para isso, existe a estratificação dos pacientes em grupos de risco, que se baseia nos níveis pressóricos e nos fatores de risco, em relação à hipertensão; e no controle glicêmico em relação aos pacientes diabéticos¹.

Estratificar, no contexto das chamadas doenças crônicas, pode ser caracterizado como o ato de reconhecer que as pessoas têm diferentes graus de risco, bem como de vulnerabilidade e, desta forma, demandam cuidados diferentes. É fundamental o conhecimento dos riscos de cada paciente, uma vez que estas informações possibilitam o adequamento das ações pelas equipes de Atenção Básica, além de otimizar a utilização dos recursos, diminuindo custos e aprimorando os cuidados oferecidos⁶.

A partir das vivências obtidas no curso, em especial no Estágio Obrigatório em Saúde Coletiva, desenvolvido na UBS Galante, através da Equipe de Saúde da Família 1 (ESF) da unidade, verificou-se a necessidade de implementação desta abordagem para melhor seguimento clínico dos pacientes atendidos. Além de possibilitar um tratamento mais individualizado para cada paciente, a estratificação ajuda a mostrar de maneira mais concreta de que forma a adesão ao tratamento pode reduzir o risco cardiovascular e melhorar seu controle glicêmico, estimulando, desta forma, a autonomia do paciente, tornando-o partícipe de seu seguimento clínico. Visto isto, o objetivo desta pesquisa foi realizar a estratificação de risco cardiovascular e de controle glicêmico nos usuários acompanhados pela Equipe de Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, delineada através de levantamento dos dados nos prontuários, de natureza aplicada e com abordagem quantitativa – o que propiciou um



conhecimento direto da realidade, economia, rapidez e possibilitou quantificação dos dados desejados^{7,8}.

O presente trabalho foi desenvolvido na UBS Galante, com a ESF 1, que abrange sete microáreas, sendo quatro urbanas, atendidas pela UBS sede, e três rurais, atendidas pela âncora. Atualmente, no distrito de Galante, no município de Campina Grande - PB, há duas UBS, cada uma com sua respectiva âncora na zona rural⁹.

A equipe é formada por um médico pertencente ao programa Mais Médicos, do governo federal, uma enfermeira e seis ACS em atividade, ficando uma microárea da zona rural descoberta. ~~portanto~~.

Foram incluídos na pesquisa todos os prontuários que continham os dados pessoais dos pacientes (nome, sexo e idade) e histórico de ao menos três consultas médicas que confirmem diagnóstico de HAS e ao menos uma que certifique o diagnóstico de DM2. Excluiu-se aqueles prontuários cujos campos referentes a dados pessoais estavam sem informações e/ou que nunca tinham comparecido à UBS para acompanhamento médico e confirmação diagnóstica.

Assim, a população do estudo foi formada pela totalidade dos pacientes com hipertensão e diabetes (252), já cadastrados pelas ACS como pacientes da UBS, residentes na zona urbana atendida pela referida eSF 1. Neste estudo, exceto os que foram excluídos pelos critérios estabelecidos, não há diferenças entre a população e a amostra utilizada, pois esta corresponde à totalidade dos pacientes com hipertensão e diabetes já citados.

A coleta de dados deu-se pela revisão dos prontuários de pacientes ~~portadores de~~ com HAS e DM cadastrados na UBS. Foram avaliadas as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa, além dos resultados dos exames laboratoriais previamente registrados nos prontuários de cada paciente.

Para assegurar o sigilo e privacidade, suprimiu-se os nomes dos pacientes na análise de dados, sendo transcritas apenas as variáveis necessárias ao cálculo do ERF utilizando-se a calculadora recomendada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. As variáveis de desenvolvimento de Risco Cardiovascular em 10 anos foram computadas no software estatístico IBM SPSS 19.0, no qual foram realizadas estatísticas descritivas (porcentagens, médias, desvios-padrão, medidas de tendência central) e estatísticas inferenciais (comparação grupal e correlação), com objetivo de verificar como essas variáveis se apresentam na população em estudo, bem como foi possível verificar quaisquer associações entre as mesmas.

Acerca dos aspectos éticos, tendo em vista que essa pesquisa envolve seres humanos, ressalta-se que todos os critérios éticos da resolução 466/12 foram resguardados, como anuência Brandão GC. DIABETES E HIPERTENSÃO: ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NOS USUÁRIOS ACOMPANHADOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. Revista Saúde & Ciência online, v.10. n.3. (setembro a dezembro de 2021). P.21-31



de seu representante legal, após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, garantindo a manutenção do sigilo e da privacidade das informações dos participantes da pesquisa. A pesquisa foi aprovada no Conselho de Ética e Pesquisa de um Hospital Universitário sob o CAAE 04248918.7.0000.5182.

Os participantes desta pesquisa correram riscos mínimos, tendo em vista que foram coletados dados através de prontuários, preservando o sigilo de todas as informações obtidas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 305 prontuários revisados, excluíram-se 53 (21%) devido ausência de informações para confirmação diagnóstica conforme critérios de inclusão supracitados; e 252 (79%) foram considerados com HAS e/ou DM pelos critérios estabelecidos, compondo a amostra final. Como caracterização da amostra totalizou-se 82 (32,5%) pacientes pertencentes ao sexo masculino e 170 (67,5%) ao sexo feminino observando-se o uma maior população do gênero feminino em relação ao masculino. Com esse achado, acredita-se que possivelmente, é devido ao fato das mulheres terem maior disponibilidade de horário para frequentar a UBS, tendo em vista que, na maioria das vezes, os indivíduos do gênero masculino constituem a maior força de trabalho para manutenção da renda familiar, ficando com receio de se ausentar de seu trabalho com risco de perda de emprego¹⁰.

A média da idade registrada foi de 66,02 anos (DP= 13,86), com máxima de 99 anos e mínima de 33 anos, sendo 73 (28,9%) registrados com idade \geq 75 anos e 179 (71,1%) com idade < 75 anos. Logo, percebe-se uma maior frequência de idosos na amostra estudada, fato que pode ser explicado pelo grande número de aposentados que frequentam as Unidades Básicas de Saúde^{10,11}. Representação conforme Tabela 1.

Após exclusão dos prontuários que não se encaixavam nos critérios supracitados, partiu-se para o cálculo do ERF nas categorias “baixo”, “intermediário” e “alto”. Para ser possível a obtenção da classificação, é necessária a resposta de todos os quesitos (gênero, presença ou não de DM, tabagismo presente ou não, uso de tratamento medicamentoso para HAS, pressão arterial sistólica (PAs), colesterol total (CT), HDL e idade entre 30 e 74 anos¹². Dos 252 pacientes incluídos, em 126 (50%) não foi possível realizar a análise por falta de dados em um ou mais item da calculadora [categoria “não se aplica” (NSA)]. Dos 126 restantes, 29 (23,1%) foram



classificados como categoria “baixo”, 47 (37,3%) como “intermediário” e 50 (39,6%) como “alto” para desenvolvimento de doença cardiovascular em 10 anos.

Tabela 1 – Distribuição de hipertensos e diabéticos de uma unidade pública de saúde de Galante (PB), de acordo com o gênero e idade

| Idade (anos) | Masculino (n)* | Feminino (n)** | Total (n) |
|--------------|----------------|----------------|-----------|
| 30-49 | 9 | 21 | 30 |
| 50-69 | 44 | 73 | 117 |
| 70-89 | 25 | 63 | 88 |
| 90-99 | 2 | 8 | 10 |
| Total (n) | 80 | 165 | 245 |

*Ausência de notificação da idade de 2 pacientes

**Ausência de notificação da idade de 5 pacientes

Fonte: autoria própria

Fatores de risco não modificáveis

No presente estudo, foram considerados fatores de risco não modificáveis a idade e o gênero. Após comparação da estratificação do risco cardiovascular *versus* gênero, foi visto predomínio do gênero feminino entre os 50 classificados como alto risco cardiovascular: 28 (56%) em comparação ao sexo masculino, 22 (44%). Foi observado que dentre os 40 (31,7%) pacientes registrados como sexo masculino e que foram submetidos ao ERF, ocorreu maior percentual de indivíduos caracterizados como alto e médio risco cardiovascular (55 e 35%), sendo que, no gênero feminino 86 (68,3%), o maior percentual foi caracterizado como intermediário risco cardiovascular (39,5%), conforme tabela 2.

Dentro da população estudada, 73 (29%) dos pacientes estavam acima de 74 anos, não podendo ser, pelos critérios do ERF, categorizados. Dentre todos os fatores investigados (idade, sexo, PAS, HDL, CT e presença de DM2), a regressão linear evidenciou que a idade é quem menos interfere na categorização do risco ($\beta = 0,161$).

Em outro estudo populacional com portadores de hipertensão, observou-se, no grupo dos fatores não modificáveis, o predomínio de mulheres e idosos. Ao notar-se a relação de risco coronariano elevado com a idade, ressalta-se a importância das ações de promoção e de prevenção da saúde para o grupo dos idosos portadores de HAS e DM, pois quanto maior a



expectativa de vida, maior a probabilidade de exposição aos fatores de risco modificáveis para as DCV¹¹.

Tabela 2 – Distribuição de hipertensos e diabéticos estratificados pelo escore de risco de Framingham, segundo gênero e risco cardiovascular

| Gênero | Risco Cardiovascular | | | Total (n) |
|-----------|----------------------|-------------------|-----------|-----------|
| | Alto (n) | Intermediário (n) | Baixo (n) | |
| Masculino | 22 | 14 | 4 | 40 |
| Feminino | 27 | 34 | 25 | 86 |
| Total | 59 | 48 | 29 | 126 |

Fonte: autoria própria

Fatores de risco modificáveis

Quanto ao CT, foi visto que 160 (63,4%) pacientes registravam níveis indesejáveis (≥ 190 mg/dL) e 92 (36,6%), níveis adequados, apresentando uma média de 199 mg/dL (DP= 55,56), com máximo de 511 mg/dL e mínimo de 20 mg/dL. Já em relação ao HDL, apenas 84 (33,3%) encontravam-se dentro da normalidade conforme sexo (≥ 40 mg/dL para homens e ≥ 46 mg/dL para mulheres) e 168 (67,7%) eram indesejáveis, tendo média de 44 mg/dL (DP= 12,84%), máxima de 98 mg/dL e mínima de 13 mg/dL. Em relação à PAS, obteve-se uma média de 134,78 mmhg (DP= 19,60), com máxima de 210 mmhg e mínima de 100 mmhg¹², conforme descrito na Tabela 3.

Percebe-se que a maioria dos prontuários apresentavam registros de níveis de HDL-C, CT e PAs fora dos níveis desejáveis, fato que, possivelmente, remete a uma possível falha da atuação da equipe de saúde no atendimento dos portadores de HAS e dislipidemias. Além disso, observou-se que, entre os indivíduos de alto risco cardiovascular, ocorreu maior proporção de níveis ≥ 190 mg/dL, com predomínio do sexo feminino. Não foi observada esta relação entre o descontrole do CT e o alto risco cardiovascular pela ERF no referido estudo e apesar do conhecimento de que colesterol total em nível indesejável aumenta risco de doenças coronarianas².

Referente ao nível de HDL, o qual em alto nível é favorável em algumas populações, como verificado no trabalho de Santana *et. al*¹³ que aborda sobre os riscos de doença coronariana de uma comunidade de Minas Gerais, na presente avaliação foram encontrados níveis de HDL



desejáveis predominando nos usuários com risco cardiovascular intermediário e baixo em relação aos caracterizados alto risco cardiovascular.

Dados relacionados ao tabagismo foram excluídos da análise devido à subnotificação nos prontuários. Em relação ao uso de tratamento medicamentoso, dos 252 prontuários incluídos no estudo, 245 (96,7%) registravam uso de medicamento e apenas oito (3,3%), não havia registro.

Tabela 3 – Análise descritiva das variáveis modificáveis conforme Escore de Risco de Framingham de pacientes hipertensos e diabéticos

| | Média | Máximo | Mínimo | Desvio Padrão |
|-------------|--------|--------|--------|---------------|
| PAs (mmhg) | 134,78 | 210 | 100 | 19,60 |
| CT (mg/dL) | 199,42 | 511 | 20 | 55,56 |
| HDL (mg/dL) | 44,64 | 98 | 13 | 12,84 |

Fonte: autoria própria

Regressão linear

Observa-se, assim, que metade da amostra não pôde ser analisada devido a dois fatores: idade além da faixa etária à qual o ERF torna-se aplicável ou falta de informações necessárias ao cálculo, sendo esta responsável pela maioria dos casos. Ressalta-se que o instrumento utilizado após análise manual dos prontuários foi construído no formato de tabela. Nesta, os pesquisadores marcaram “x” em caso de resposta afirmativa aos quesitos levantados para o cálculo, como já citado, restando à escrita por extenso apenas a idade e a última aferição de pressão arterial. Mesmo com extensa análise dos prontuários, observou-se o absenteísmo de informação referentes, principalmente, ao uso ou não de tabagismo, o que remete a uma possível falha da atuação da equipe de saúde no atendimento ao paciente com HAS e/ou DM2 ou a ausência do registro.

Foi realizada uma regressão linear múltipla com os itens necessários ao cálculo do ERF. Como resultado, foi encontrada uma associação significativa entre as variáveis e o ERF, sendo o modelo de regressão significativo [R=0,80; F=32,66; p<0,05]. Os resultados podem ser observados na Tabela 4.

Segundo o modelo, o DM2 aparece como melhor preditor para a pontuação no escore ERF ($\beta= 0,619$; $t=10,59$; $p<0,05$), sendo assim, a presença de DM2 é fator determinante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares em 10 anos, como indica a vasta literatura sobre o assunto. Seguem, em ordem decrescente, colesterol total, pressão arterial sistólica, HDL, sexo e idade. Observa-se que o valor do HDL se apresenta de forma negativa, pois sua importância é



inversamente proporcional – quanto maior o valor, menor o escore total do ERF. O modelo, mesmo com ausência das variáveis “tabagismo” e “uso de tratamento medicamentoso”, apresenta alta explicação do fenômeno pesquisado: desenvolvimento de doenças cardiovasculares em 10 anos.

Sob o ponto de vista dos fatores não modificáveis, nosso estudo corrobora com Cesarino *et al*¹⁰ ao demonstrar que o risco na população estudada foi maior entre idosos do que entre adultos; e que entre os gêneros, proporcionalmente, os homens apresentavam maior incidência na categoria “alto risco cardiovascular” que as mulheres. Também há concordância, quanto aos fatores modificáveis, ao verificar que todos os parâmetros avaliados foram importantes para elevação do risco cardiovascular em todos os grupos estudados.

Tabela 4 - Regressão Linear Múltipla em função do Escore de Risco de Framingham (n = 126)

| | Beta | T | p |
|-----------------------------------|--------------------------------|-------|--------|
| Idade | 0,161 | 2,73 | < 0,05 |
| Pressão Arterial Sistólica | 0,240 | 4,20 | < 0,05 |
| Colesterol Total | 0,322 | 5,55 | < 0,05 |
| HDL | -0,208 | -3,58 | < 0,05 |
| DM2 | 0,619 | 10,59 | < 0,05 |
| Sexo | 0,193 | 3,38 | < 0,05 |
| Coeficiente de Regressão Múltipla | R = 0,80; R ² = 60% | | |
| Teste | F = 32,66; p < 0,05 | | |

Fonte: autoria própria.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados, observou-se um número significativo de indivíduos caracterizados como de alto e médio risco cardiovascular, de acordo com o ERF, na amostra estudada, indicando a necessidade de melhora do acompanhamento das doenças crônicas não transmissíveis, como DM2, dislipidemias e HAS.

Quanto ao tabagismo, informação imprescindível na categorização do ERF e no acompanhamento da saúde da população, notou-se ausência em relação ao registro dessa



informação, tornando-se limitação para nosso estudo, outra limitação indenticada, foi a dificuldade de literaturas publicadas sobre a temática. Percebemos a pouca valorização, por parte do profissional de saúde, dada ao preenchimento desse item, o que contraria a boa prática de assistência continuada, como premissa da ESF. Ratificamos, assim, a importância da adoção dessa medida no cotidiano da atenção primária a saúde para melhor seguimento e acompanhamento dos usuários.

Os resultados nos mostram a possibilidade de identificar fatores que contribuem para o adoecimento, direcionando medidas necessárias à promoção e prevenção da saúde. Com esses achados, torna-se mais fácil e eficaz a organização de estratégias de seguimento para cada categoria de risco obtida, otimizando o cuidado centrado no usuário.

Estudos como este são relevantes pois podem contribuir para o desenvolvimento da assistência à saúde dos pacientes portadores de DM e HAS da UBS Galante.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Oliveira JEP, Júnior RMM, Vencio S, organizadores. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018.** São Paulo: Editora Clannad; 2017.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Estabelece a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)** [portaria na internet]. Barros R. Brasília [acesso em 13 jun. 2018]. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>.
6. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. **Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2006 fev [acesso em 04 set. 2018]; 22(2): 377-385. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-



- [311X2006000200015&lng=en&nrm=iso](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000200015&lng=en&nrm=iso). <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000200015>.
7. Gil AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
 8. Silva, EL. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. Florianópolis: UFSC; 2005.
 9. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório da situação da Atenção Básica, na cidade de Campina Grande/PB**. Campina Grande, PB; 2018.
 10. Cesarino EJ, Vituzzo ALG, Sampaio JMC, Ferreira DAS, Pires HAF, Souza L. **Avaliação do risco cardiovascular de indivíduos portadores de hipertensão arterial de uma unidade pública de saúde**. Einstein (São Paulo) [periódico na internet]. 2012 mar [acesso em 04 jun. 2019]; 10(1): 33-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082012000100008&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082012000100008>.
 11. Silva VR, Cade NV, Molina MCB. **Risco coronariano e fatores associados em hipertensos de uma unidade de saúde da família**. Rev. Enfermagem UERJ [periódico na internet]. 2012 [acesso em 02 de junho de 2019]; 20(4): 439-44. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n4/v20n4a05.pdf>
 12. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª diretriz brasileira de Hipertensão. Arquivo Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro. 2016 set; 107(3).
 13. Santana JO, Ramalho JRO, Firmo JOA, Costa MFL, Peixoto SV. **Atividade física e escore de risco de Framingham entre idosos: Projeto Bambuí**. Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro) [periódico na internet]. 2015 out [acesso em 04 jun. 2019]; 31(10): 2235-2240 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n10/0102-311X-csp-31-10-2235.pdf>. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056915>.