

FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM MULHERES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

MODIFIABLE RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASES IN WOMEN WITH HYPERTENSION

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES PARA LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN MUJERES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Jucian Silva do Nascimento¹, Bruna Gomes², Ana Hélia de Lima Sardinha³

Os fatores de risco modificáveis estão relacionados com hábitos de vida, como o tabagismo, etilismo, sedentarismo, estresse, obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemias. O objetivo é analisar os fatores de riscos modificáveis para as doenças cardiovasculares em mulheres hipertensas. O estudo é transversal, descritivo de base populacional e quantitativo, realizado com 88 mulheres hipertensas. Os dados foram coletados de dezembro de 2009 a maio de 2010. Dentre as variáveis comportamentais observamos que o sedentarismo e o estresse foram os mais prevalentes com 80,68% e 75% respectivamente. As variáveis mais significantes foram: Pressão arterial elevada em 73,3% e Índice de Massa Corporal com 71,59%. Quanto a dislipidemia o HDL-C foi a variável mais importante, estando abaixo do valor estimado para mulheres em 85,05%. A glicemia estava normal em 57,95%; Intolerância a glicose diminuída em 20,45% e Diabetes em 20,45 das pacientes.

Descritores: Hipertensão; Mulheres; Fatores de Risco; Doenças Cardiovasculares.

The risk factors are related to lifestyle habits such as smoking, alcohol intake, physical inactivity, stress, obesity, hypertension, diabetes mellitus and dyslipidemia. The objective of this work is to examine the modifiable risk factors for cardiovascular disease in hypertensive women. This is a descriptive cross-sectional population-based and quantitative study, carried out with 88 hypertensive women. Data were collected from December 2009 to May 2010. Among the behavioral variables it was observed that sedentary lifestyle and stress were the most prevalent, representing 80.68% and 75% respectively. The most significant variables were: High blood pressure in 73.3% and body mass index with 71.59%. As for HDL-C dyslipidemia was the most important variable, being below the estimated value for women at 85.05%. Blood glucose was normal in 57.95%, impaired glucose intolerance at 20.45% and 20.45 in patients with diabetes.

Descriptors: Hypertension; Women; Risk Factors; Cardiovascular Diseases.

Los factores de riesgo modificables están relacionados con hábitos de vida, como tabaquismo, consumo de alcohol, inactividad física, estrés, obesidad, hipertensión, diabetes mellitus y dislipidemias. El objetivo fue analizar los factores de riesgo modificables para las enfermedades cardiovasculares en mujeres hipertensas. Estudio transversal, descriptivo de base poblacional y cuantitativo, con 88 mujeres hipertensas. Los datos fueron recolectados entre diciembre/2009 y mayo/2010. Entre las variables comportamentales, el sedentarismo y estrés fueron los más frecuentes con 80,68% y 75%, respectivamente. Las variables más significativas fueron: hipertensión arterial en 73,3% e índice de masa corporal, con 71,59%. Mientras a la dislipidemia, el HDL-C fue la variable más importante, inferior al valor estimado para las mujeres en 85,05%. La glucemia fue normal en 57,95%; intolerancia a la glucosa disminuida en 20,45% y diabetes en 20,45 % de las pacientes.

Descritores: Hipertensión; Mujeres; Factores de Riesgo; Enfermedades Cardiovasculares.

¹ Enfermeira, mestre em Saúde e Ambiente pela Universidade Federal do Maranhão- UFMA, Maranhão. Enfermeira Assistencialista da Clínica Cirúrgica do Hospital Presidente Dutra e Docente do Centro Universitário do Maranhão- UNICEUMA. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Brasil. E-mail: juciansilva@gmail.com

² Graduanda, Universidade Federal do Maranhão, Maranhão. Brasil. E-mail: brunagomes2000@yahoo.com.br

³ Doutora em Educação, Universidade Instituto Central em Ciências Pedagógicas, Cuba. São Luís — MA. Brasil. E-mail: anahsardinha@ibest.com.br

Autor correspondente: Bruna Gomes

Rua da Felicidade, 4, Vila Bacanga. CEP: 65080-800. São Luís, MA, Brasil. E-mail: brunagomes2000@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares constituem uma das principais causas de permanência hospitalar prolongada e são responsáveis pela principal alocação de recursos públicos em hospitalizações no Brasil e o ônus econômico das doenças cardiovasculares tem crescido exponencialmente nas últimas décadas⁽¹⁾.

No Brasil, as doenças cardiovasculares respondem por cerca de 250.000 óbitos por ano, constituindo-se no primeiro grupo de causa de morte no país. Contudo os fatores de risco modificáveis são responsáveis por 80% das causas de doença cardiovascular. As doenças cardiovasculares (DCV) mesmo quando não são letais, frequentemente levam o indivíduo à incapacidade parcial ou total, além de proporcionar graves repercussões não somente na pessoa acometida, mas também à família e a sociedade⁽¹⁾.

Dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) indicam que aproximadamente 80% dos óbitos por DCV ocorram nos países de baixa e média renda e até 2010, este grupo de doenças representou a principal causa de morte nos países em desenvolvimento⁽²⁾.

O termo doença cardiovascular (CVD) do inglês, *cardiovascular disease* designa uma ampla gama de distúrbios que afetam o coração e os vasos sanguíneos. As principais manifestações são a doença arterial coronariana, a doença cerebrovascular (AVC e ataques isquêmicos transitórios) e a doença vascular periférica⁽³⁾.

A partir dos anos 60, com a entrada das mulheres no mercado de trabalho e, conseqüentemente, com maior exposição ao estresse, fumo e maus hábitos alimentares, a taxa de mortalidade por causa de doenças cardiovasculares em mulheres rapidamente se elevou. No Brasil, esse índice aumentou de 10% para 25% nos anos 60 a 70⁽⁴⁾. Os autores afirmam que as doenças cardiovasculares constituem a mais importante causa de morte em ambos os sexos em todas as regiões do país e no mundo ocidental e citam como fatores de risco para doença cardiovascular: a prevalência de diabetes (4%), o excesso de peso e a obesidade (44%), a inatividade física (49%) e o fumo (21%). Acrescenta ainda, que neste mesmo estudo, dois importantes fatores de risco para doença cardiovascular, a hipercolesterolemia e a hipertensão, foram mais prevalentes em mulheres do que em homem⁽⁴⁾.

O estudo de Framingham demonstrou que com a idade as mulheres apresentam aumento progressivo na

incidência da doença isquêmica do coração (DIC); assim, após a menopausa o risco de DIC se eleva, aproximando-se aos dos homens em torno dos 65 anos. Os fatores implicados na gênese da DIC incluem a elevação dos lipídeos séricos, a hipertensão arterial, o tabagismo, o diabetes, a obesidade, o sedentarismo, o estresse, os antecedentes familiares e a própria menopausa, que, com a redução de estrógenos, acelera o depósito de lipídeos nas paredes das artérias⁽⁵⁾.

Os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares podem ser divididos em duas classes: os fatores de risco não modificáveis, que incluem o sexo, a idade e a hereditariedade (genéticos), e os fatores de risco modificáveis, que são adquiridos com o passar do tempo e estão relacionados com hábitos de vida⁽⁶⁾. Dentre os fatores de risco modificáveis consideram-se o tabagismo, o etilismo, o sedentarismo, o estresse, a obesidade, a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e as dislipidemias⁽⁷⁾.

O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Parece ser maior em mulheres do que em homens. Em avaliação por monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) sistólica de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não-fumantes, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo⁽⁸⁾.

Alguns estudos associam a ingestão moderada de álcool com redução dos eventos cardiovasculares e seu consumo excessivo é considerado como fator de risco para a hipertensão, obesidade e DM, além de morte acidental, suicídio e homicídio, enquanto a redução na ingestão de álcool está associada à redução na pressão sanguínea em indivíduos hipertensos e normotensos⁽⁹⁾.

Pacientes hipertensos devem iniciar atividade física regular, pois além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso⁽⁸⁾.

O estresse psicológico tem sido observado como fator de risco cardiovascular⁽¹⁰⁾. A incapacidade para superar a vivência de experiências estressantes desgasta o indivíduo, levando a uma ruptura do bem estar individual. Os estresses psicossociais estão fortemente associados às mudanças hemodinâmicas que levam ao aumento do risco cardiovascular e de hipertensão⁽¹⁰⁾.

A hipertensão arterial (HA) e o diabetes melito (DM) configuram importantes problemas de saúde co-

letiva no Brasil, pelas suas elevadas prevalências, pelas complicações agudas e crônicas a que dão origem e por representarem fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, condicionando elevadas taxas de morbidade e mortalidade e custos sociais e econômicos, decorrentes do uso de serviços de saúde, absenteísmo, aposentadoria precoce e incapacidade para o trabalho⁽¹¹⁾. O diabetes, junto com a hipertensão arterial, é responsável, no Brasil, pela primeira causa de mortalidade e de hospitalização cardiovascular, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise⁽¹²⁾.

Dislipidemias são modificações no metabolismo dos lipídios que desencadeiam alterações nas concentrações das lipoproteínas plasmáticas, favorecendo o desenvolvimento de doenças crônicas, como diabetes e doenças cardiovasculares.

As dislipidemias podem ser classificadas como primárias ou secundárias⁽¹³⁾. Os fatores desencadeadores das dislipidemias primárias, ou de origem genética, incluem alterações neuroendócrinas e distúrbios metabólicos. As dislipidemias secundárias são causadas por outras doenças como: hipotireoidismo, diabetes mellitus, síndrome nefrótica, insuficiência renal crônica, obesidade, alcoolismo ou pelo uso indiscriminado de medicamentos como: diuréticos, betabloqueadores, corticosteróides e anabolizantes⁽¹³⁾.

As alterações lipídicas mais frequentes são: hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, redução das concentrações da lipoproteína de alta densidade (HDL) e aumento das concentrações da lipoproteína de baixa densidade (LDL), as quais podem ocorrer de forma isolada ou combinadas⁽¹³⁾.

As modificações nocivas nos lipídios são mais acentuadas após a menopausa, podendo ocorrer elevação nos níveis de triglicérides ($TG \geq 150$ mg/dL), elevações nos níveis de LDL-C (>100 mg/dL) e redução dos níveis de HDL-C (<40 mg/dL), condições sabidamente aterogênicas. Elevação de 1% nos níveis de LDL-C aumenta o risco de DCV em 2%, e diminuição de 1% nos níveis de HDL-C eleva este risco entre 2 e 4,7%⁽²⁾. Em mulheres brasileiras com idade entre 25 e 45 anos, a prevalência de hipercolesterolemia é de aproximadamente 40%, havendo níveis mais elevados com o aumento da idade⁽¹⁴⁾.

Considerando que as doenças cardiovasculares são responsáveis por altas taxas de morbimortalidade

em todo mundo, e que as mulheres tem se tornado vítimas frequentes destes agravos, percebemos a importância de estudar e identificar os fatores que propiciam esta condição clínica. Pretende-se com esta pesquisa ampliar o conhecimento epidemiológico e incentivar estudos de tendências do problema com diferentes níveis de agregação, reconhecendo impacto de ações de detecção precoce, diagnóstico, tratamento e controle do evento cardiovascular de modo a colaborar com uma orientação metodológica que permita ser usada pelas Unidades Básicas de Saúde e, assim, apontar novos caminhos para o enfrentamento do problema.

OBJETIVO

Analisar os fatores de riscos modificáveis para as doenças cardiovasculares em mulheres hipertensas.

MÉTODO

Estudo transversal e descritivo de base populacional com uma abordagem quantitativa, desenvolvido no bairro Cidade Olímpica de São Luís — MA, com um grupo de 88 mulheres com hipertensão arterial, cadastradas e/ou acompanhadas pela estratégia saúde da família nos três postos de saúde do bairro. As participantes foram selecionadas aleatoriamente através de sorteios. Os centros de saúde da Cidade Olímpica atendem 205 mulheres hipertensas, as quais se encontram cadastradas pelo programa de hipertensão e diabetes do governo federal.

O tamanho amostral foi calculado pelo programa estatístico Epi-Info 6.0 a partir dos seguintes parâmetros: tamanho da população de mulheres hipertensas atendidas nos Centros de Saúde da Cidade Olímpica e prevalência de hipertensão no Maranhão. Nível de significância (α) de 5%, e adicionado 10% de possíveis perdas, obtendo uma amostra de 88 mulheres.

O critério de inclusão foi: diagnóstico prévio de Hipertensão Arterial, estar cadastrada e/ou acompanhada por um dos três postos, residirem no bairro e consentir em participar da pesquisa. A pesquisa teve início em junho de 2009. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2009 a maio de 2010.

O instrumento para coleta de dados foi composto por um questionário contendo questões abertas e fechadas, abrangendo questões referentes a estilo de vida (tabagismo, etilismo, alimentação, sedentarismo e

estresse), medidas antropométricas (pressão arterial, índice de massa corporal (IMC), peso, altura, circunferência abdominal e relação cintura-quadril) e resultados de exames laboratoriais. Os exames laboratoriais (glicemia em jejum e lipidograma) foram custeados pela pesquisadora e realizados em todas as participantes da pesquisa. As participantes tiveram orientação prévia para jejum de 12 horas.

Os exames Laboratoriais foram coletados pela punção da veia antecubital, sendo coletado aproximadamente 10 ml, pelo método de aspiração a vácuo e colocado em tubos também a vácuo, de acordo com os critérios utilizados pelo laboratório. Antes da coleta foi certificado se as clientes permaneciam em jejum de no mínimo 12 horas. O sangue coletado foi identificado com o nome da participante, idade e data da coleta, e com o número de inscrição da entrevista e encaminhado em seguida ao laboratório, acondicionado em recipientes apropriados para o transporte.

A PA foi aferida por método auscultatório, utilizando-se esfigmomanômetros aneróides, testados e devidamente calibrados, manguitos com largura de bolsa de borracha compatível à circunferência braquial do indivíduo. Os valores de PA foram mensurados após a entrevista, possibilitando ao sujeito repouso de, no mínimo, 5 minutos, devendo ficar sentado com o braço apoiado sobre a mesa. Foram realizadas três medidas consecutivas, com intervalos de 60 segundos entre as aferições, e registrados os valores da pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica das três medidas. O perímetro da cintura e do quadril foi identificado com fita métrica inelástica, com o paciente em posição ereta, braços estendidos ao longo do corpo e os pés juntos. O peso e a altura foram obtidos por meio de uma balança antropométrica calibrada e com capacidade de 150 Kg, foi solicitado ao paciente que ficasse sem calçado e com roupas leves. Em posição ereta, aferimos a altura com a haste afixada à plataforma da balança.

A classificação dos valores de referência para o colesterol total, triglicérides, LDL-c e HDL-c correspondeu aos critérios das III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias. Para a definição das prevalências foram utilizados os níveis lipídicos classificados com altos e muito altos: CT \geq 240 mg/dl ou HDL $<$ 40 mg/dl ou LDL \geq 160 mg/dl ou TG \geq 200 mg/dl⁽¹³⁾.

A determinação do valor de corte da glicemia de jejum para classificação dos indivíduos como diabéticos

e seus estágios pré clínicos foi glicemia normal menor que 100mg/dl, tolerância a glicose diminuída de 100mg/dl a menor que 126 mg/dl, e diabetes maior ou igual a 126mg/dl, de acordo com o Consenso Nacional sobre Diabetes⁽¹⁵⁾.

Indivíduos que negavam prática regular de atividade física, com frequência igual ou menor que 2 vezes por semana, e duração mínima de 30min foram considerados sedentários. As variáveis comportamentais como estresse, alcoolismo, tabagismo foram auto referidos.

Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em cumprimento aos requisitos exigidos pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade Federal do Maranhão. O protocolo de pesquisa recebeu autorização de número: 23115/007640/2009-93.

Os dados foram inseridos e analisados em um programa de computador tipo EPI-INFO-2000 e são apresentados em frequência absoluta e relativa, sendo os dados apresentados em tabelas.

RESULTADOS

A tabela 1 mostra as variáveis comportamentais, ou seja, fatores de riscos modificáveis. Quanto à variável atividade física, observou-se que 80,61% (n=71) das pacientes são sedentárias; 96,59% (n=85) não são tabagistas; e 92,05% (n=81) não são etilistas; já o estresse foi identificado como variável importante neste estudo mostrado em 75% (n=66) das pacientes.

Tabela 1 — Distribuição da amostra segundo variáveis comportamentais. São Luís, MA, Brasil, 2010

Variáveis	Categorias	N = 88	%
Atividade Física	Sim	17	19,32
	Não	71	80,68
Tabagismo	Sim	3	3,41
	Não	85	96,59
Etilismo	Sim	7	7,95
	Não	81	92,05
Estresse	Sim	66	75,00
	Não	22	25,00

A tabela 2. mostra a distribuição segundo variáveis clínicas. Observou-se que apenas 17,04% (n=15) das

pacientes possuem colesterol total acima de 240mg/dl, o HDL-C encontrava-se abaixo de 50mg/dl em 84,05% (N=74); o LDL-C encontrava-se acima de 160mg/dl em 20,40% (n=18); o triglicérideo acima de 200mg/dl em 31,82% (n=28); a glicemia com valores normais estavam presentes em 57,95% (n=51) das pacientes; 21,60 (n=19) apresentaram valores compatíveis com intolerância a glicose diminuída e 20,45% (n=18) apresentaram diabetes, ou seja, glicemia acima de 126mg/dl. Quanto a pressão arterial, 73,3% (n=68) das pacientes apresentaram valores acima da normalidade e IMC acima de 25 em 71,59% (n=63) das pacientes.

DISCUSSÃO

O tabagismo é um fator de risco para a hipertensão arterial e para as DCVs, estando o comprometimento circulatório relacionado aos elementos tóxico presentes no tabaco⁽⁸⁾. Quanto à prevalência do tabagismo, em nosso estudo, observou-se uma porcentagem de 3,41%, estando abaixo dos valores estimados pelo Ministério da Saúde que apresenta uma taxa de 7% para a população feminina em países em desenvolvimento⁽¹⁶⁾.

Quanto ao sedentarismo observou-se que mais da metade, 80,68% das mulheres não praticam atividade fi-

Tabela 2 — Distribuição da amostra segundo variáveis clínicas. São Luís, MA, 2010

Variáveis	Categorias	N = 88	%
Colesterol total	<160	18	20,45
	160 — 199	28	31,82
	200 — 239	27	30,68
	240 — 279	10	11,36
	>= 280	5	5,68
HDL — C	< 35	16	18,18
	35 — 44	45	51,14
	45 — 49	13	14,77
	50 — 59	10	11,36
	>=60	4	4,55
LDL — C	< 100	27	30,68
	100 — 129	27	30,68
	130 — 159	16	18,18
	160 — 189	14	15,91
	<= 190	4	4,55
Triglicérides	< 150	44	50,00
	150 — 200	16	18,18
	201 — 499	27	30,68
	>= 500	1	1,14
Glicemia em jejum: Glicemia normal	< 100	51	57,95
Intolerância a glicose diminuída (100-126)	100 — 125	19	21,60
Diabetes (glicemia acima ou igual a 126mg/dl)	>= 126	18	20,45
Hipertensão (PA acima de 139 x 89mmHg)	sim	68	77,30
	não	20	22,70
Pré-obesidade e Obesidade (IMC acima de 25)	sim	63	71,59
	não	25	28,41

sica e apenas uma pequena parcela, praticam algum tipo de atividade. Nesse contexto, convém salientar, segundo um estudo realizado em São Paulo por Matsudo, a presença do sedentarismo ocorre em uma porcentagem de 51,4% nas mulheres⁽¹⁷⁾.

A prevalência de estresse psicológico na população feminina é de 80,5% segundo um estudo realizado em Santa Catarina⁽¹⁸⁾. Em nossa pesquisa observou-se uma porcentagem de 75%, mostrando uma pequena diferença de 10,5% com a literatura.

O IBGE⁽¹⁹⁾ estimou que 12,7% das mulheres são obesas. Contudo no presente trabalho foi possível verificar na tabela 2 que a obesidade esteve presente em 71,59% das mulheres, desta forma, observou-se incompatibilidade entre nossos estudos e as estimativas do IBGE.

A hipertensão arterial, segundo Ministério da Saúde, é uma das principais doenças do grupo das doenças cardiovasculares e nos últimos anos vem crescendo de forma significativa. Nesse contexto ressalta que aproximadamente, 17 milhões de brasileiros são portadores da doença e sua prevalência varia de 22,3% a 43% na população adulta⁽⁸⁾. O presente estudo foi composto por 100% de mulheres hipertensas, sendo que a maioria encontrou-se em uso de medicamento anti-hipertensivo, conferindo controle da pressão arterial em 22,7% das pacientes, mesmo assim, observou-se que no momento da aferição da pressão arterial 77,3 % apresentaram valores acima do normal.

O Diabetes Mellitus na população adulta tem prevalência de 7,6%⁽⁸⁾. Devido a sua elevada carga de morbimortalidade associada, a prevenção do diabetes e de suas complicações é hoje prioridade de saúde pública. No presente estudo observou-se que, quanto à glicemia em jejum, 42,5% das pacientes, apresentaram alterações, sendo que 21,60% apresentaram intolerância à glicose diminuída e 20,45% apresentaram diabetes.

Um estudo realizado no Brasil em 2006, estimou prevalência de hipercolesterolemia de 27,9%, LDL de 66,1%; HDL de 33,8% e hipertrigliceridemia de 15,9% em mulheres⁽²⁰⁾. Na presente pesquisa observamos uma prevalência de 17,22% para o colesterol total, 20,46% para o LDL-C, 81,82% HDL-C e 31,82% para os triglicérides.

Percebe-se que em relação a alguns fatores de risco, já existe certa conscientização por parte das pacientes como sendo prejudicial à saúde, como etilismo e tabagismo que foram de baixíssima prevalência nesta pesquisa, devido a maior divulgação, em forma de cam-

panhas nas redes de comunicação. o entanto, outros fatores de risco como sedentarismo, estresse, dislipidemia e hipertensão se apresentam de forma mais expressiva, talvez estejam relacionados a questões como: acesso aos serviços de saúde, dificuldades financeiras, ou mesmo falta de conhecimento a respeito da sua condição clínica como portadora de uma doença crônica.

CONCLUSÕES

O estudo demonstrou, que dentre os fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares em mulheres hipertensas, os mais relevantes foram baixo nível de HDL-C e a inatividade física presentes em mais de 80% dos pacientes, seguidos de estresse, hipertensão, pré-obesidade e obesidade em mais de 70% das pacientes. A intolerância a glicose diminuída e diabetes também foram significativas, evidenciando um risco potencial para doenças cardiovasculares.

Para que haja mudança no estilo de vida se faz necessário que o paciente entenda que é portador de uma doença crônica, as possibilidades de tratamentos, meios de como cuidar da sua saúde e como prevenir agravos. É importante mencionar a rede de apoio necessária a esta assistência, com profissionais treinados e qualificados, acesso a serviços de saúde e serviços de referência e contra-referência eficiente.

Apesar das limitações inerentes a este estudo, os resultados mostram a importância da identificação e quantificação dos diferentes fatores de risco (FR) para a doença arterial coronariana, possibilitando assim, desenvolver ações direcionadas a prevenção e/ou controle destes FR. Reafirma-se a importância da educação em saúde voltada ao auto cuidado nestes grupos vulneráveis, proporcionando qualidade de vida. Os achados dessa investigação reforçam a relevância da temática e permite que os profissionais de enfermagem utilizem o instrumento de pesquisa para ampliar seus conhecimentos e passe a ter uma visão mais direcionada a grupos de maior vulnerabilidade dentro da atenção básica, partindo do princípio que a promoção da saúde e prevenção de agravos são peças fundamentais para a saúde dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Lima FET, Araújo TL, Moreira TMM, Lopes MVO, Medeiros AM. Características sociodemográficas de

- pacientes submetidos à revascularização miocárdica em um hospital de fortaleza-ce. *Rev Rene*. 2009; 10(3):37-43.
2. Organización Panamericana de la Salud. Guia clínica para Atención primaria a lãs personas mayares. 3ª ed. Washington: OPAS; 2003.
 3. World health Organization. Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva; 2003.
 4. Castanho VS, Oliveira LS, Pinheiro HP, Oliveira HC, de Faria EC. Sex differences in risk factors for coronary heart disease: a study in a Brazilian population. *BMC Public Health*. 2001; 1:3.
 5. Lotufo PA. Stroke in Brazil: a neglected disease. *São Paulo Med J*. 2005; 123(1):3-4.
 6. Botrel TEA, Costa RD, Costa MD, Costa AM. Doenças cardiovasculares: causas e prevenção. *Rev Bras Clin Terap*. 2000; 26(3):87-90.
 7. Sociedade Brasileira de Hipertensão. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 82(4):14.
 8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica. Brasília (DF); 2006. (Cadernos de Atenção Básica n.º 15. Série A. Normas e Manuais Técnico).
 9. Freitas OC, Carvalho FR. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Catanduva, SP. *Arq Bras Cardiol*. 2001; 77(1):9-15.
 10. Sparrenberger SI, Lima RC. Epidemiologia do stress psicológico: estudo transversal de base populacional. *Rev Saúde Publica*. 2003; 37(4):434-9.
 11. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Hipertensão arterial e diabetes mellitus: protocolo. Brasília (DF); 2001. (Cadernos de Atenção Básica. n. 7). p. 96-21.
 12. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Diabetes mellitus. Brasília (DF); 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16). p. 64-9.
 13. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretrizes Brasileiras Sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*. 2001; 77(3suppl):18-9.
 14. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 88(1):2-19.
 15. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus. São Paulo; 2006. p. 8-73.
 16. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Advertências sanitárias nos produtos de tabaco-2009. Rio de Janeiro; 2008.
 17. Matsudo SM, Matsudo VR, Araújo T, Andrade D, Andrade E, Oliveira L, et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Rev Bras Ciênc Mov*. 2002; 10(4):41-50.
 18. Cantos GA, Duarte MFS, Dutra RL, Silva CSM, Waltrick CDA, Balen MG, et al. Prevalência de fatores de risco de doença arterial coronária em funcionários de hospital universitário e sua correlação com estresse psicológico. *J Bras Patol Med Lab*. 2004 40(4):240-7.
 19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil: pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
 20. Gigante DP, Moura EC, Sardinha LMV. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(supl 2):83-9.

Recebido: 18/11/2010

Aceito: 05/04/2011