

Hipertensão e diabetes na estratégia saúde da família: uma reflexão sobre a ótica dos determinantes sociais da saúde

Hypertension and diabetes in the family health strategy: a reflection on the social determinants of health

DOI: 10.34117/bjdv8n5-100

Recebimento dos originais: 21/03/2022

Aceitação para publicação: 29/04/2022

Germana Cely Medeiros de Souza Muniz

Mestrado em Saúde da Família

Instituição: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia

Endereço: Av. John Sanford, 1320 - Junco, Sobral - CE, CEP: 62030-000

E-mail: germanacms@outlook.com

Francisco Plácido Nogueira Arcanjo

Doutorado em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria

Instituição: Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral

Endereço: Av. Cmte. Maurocélvio Rocha Pontes, 100 - Jocely Dantas de Andrade

Torres, Sobral - CE, CEP: 62042-25

E-mail: franciscoplacidoarcanjo@gmail.com

Maria Adelane Monteiro da Silva

Pós-Doutorado em Ciências da Saúde

Instituição: Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral

Endereço: Av. Cmte. Maurocélvio Rocha Pontes, 100 - Jocely Dantas de Andrade

Torres, Sobral - CE, CEP: 62042-25

E-mail: adelanemonteiro@hotmail.com

Etelvina Sampaio Melo

Mestrado em Saúde da Família

Instituição: Universidade Estadual do Ceará

Endereço: Av. Dr. Silas Munguba, 1700 - Itaperi, Fortaleza - CE, CEP: 60714-903

E-mail: etelvinamelo@hotmail.com

Ana Jéssyca Campos Sousa

Mestrado em Saúde da Família

Instituição: Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral

Endereço: Av. Cmte. Maurocélvio Rocha Pontes, 100 - Jocely Dantas de Andrade

Torres, Sobral - CE, CEP: 62042-25

E-mail: ana1jessyca@gmail.com

Cristhian Farias Ferreira Muniz

Graduação em Enfermagem

Instituição: Hospital do Coração de Sobral

Endereço: Av. Gerardo Rangel, 715 - Derby Clube, Sobral - CE, CEP: 62041-380

E-mail: cristhianffm@hotmail.com

Iana Linhares Mendes

Graduação em andamento em Enfermagem

Instituição: Universidade Estadual Vale do Acaraú

Endereço: Av. Padre Francisco Sadoc de Araújo, 850 - Alto da Brasília, Sobral - CE

CEP: 62010-295

E-mail: ianalinhaires@hotmail.com

Antônia de Brito Araújo

Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Instituição: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia

Endereço: Av. John Sanford, 1320 - Junco, Sobral - CE, CEP: 62030-000

E-mail: antonia.fisio09@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas com hipertensão e/ou diabetes acompanhados na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, com 110 pessoas com hipertensão e/ou diabetes por meio de entrevista semi-estruturada, na qual foi aplicado o questionário com variáveis sociodemográficas e clínicas. Resultados: Dentre os sujeitos, 70% foram do sexo feminino, com idade média de 51,1 anos, 34,5% com 1 – 4 anos de escolaridade, 71,8% casados/união estável, 72,7% pardos, 79% possuem uma renda mensal de 1-2 salários mínimos, 67,2% não realizam atividade física, 96% não fumantes, 88,1% não etilistas e 50% apresentam $IMC \geq 30$. Os aspectos encontrados reforçam a relevância dos Determinantes Sociais da Saúde, os quais trazem uma crítica notória ao reconhecer que as assimetrias de poder são geradas e reproduzidas pelo contexto socioeconômico e político, que privilegia grupos diferenciáveis por classe social, gênero, etnia, educação, ocupação e renda. Conclusão: Os perfis sociodemográfico e clínico demonstraram aspectos relevantes na população, os quais se mostram como possíveis determinações do processo de adoecimento, dialogando com a determinação social da doença.

Palavras-chave: perfil de saúde, estratégia saúde da família, hipertensão, diabetes mellitus.

ABSTRACT

Objective: To describe the sociodemographic and clinical profile of people with hypertension and/or diabetes followed-up in the Family Health Strategy from the perspective of Social Determinants of Health. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, com 110 pessoas com hipertensão e/ou diabetes por meio de entrevista semiestruturada, na qual foi aplicado o questionário com variáveis sociodemográficas e clínicas. Results: Among the subjects, 70% were female, with a mean age of 51.1 years, 34.5% with 1 - 4 years of schooling, 71.8% married/stable union, 72.7% brown, 79% have a monthly income of 1-2 minimum wages, 67.2% do not perform physical activity, 96% are non-smokers, 88.1% are non-drinkers, and 50% present $BMI \geq 30$. The aspects found reinforce the relevance of the Social Determinants of Health, which bring a notorious criticism by recognizing that the asymmetries of power are generated and reproduced by the socioeconomic and political context, which privileges differentiable groups by social class, gender, ethnicity, education, occupation, and income. Conclusion: The sociodemographic and clinical profiles demonstrated

relevant aspects in the population, which show themselves as possible determinations of the disease process, dialoguing with the social determination of the disease.

Keywords: health profile, family health strategy, hypertension, diabetes mellitus.

1 INTRODUÇÃO

A maneira de compreender o que é saúde diferencia-se entre a sociedade, para alguns ela é entendida como uma questão meramente biológica, enquanto que para outros é um fenômeno complexo e com muitas determinações, que tem base na forma como nos organizamos e vivemos. Essas interpretações, de certa forma, irão influenciar a maneira como se organizarão e se darão as práticas de saúde.

Sabe-se que o processo saúde-doença apresenta simultaneamente caráter social e biológico.¹ No contexto das condições crônicas, percebe-se, ainda, uma forte tendência a atuação no cunho apenas biológico, não considerando os demais fatores que desencadeiam a condição e também os riscos advindos da mesma.

O Brasil, desde a década de 60, tem passado por transições demográfica, epidemiológica e nutricional, o que levou a elevação da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).² A OMS estima que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares no mundo.³

De acordo com os dados apresentados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), no ano de 2013, 57,4 milhões de brasileiros apresentam pelo menos uma DCNT, sendo responsáveis por mais de 72% das causas de mortes no Brasil.⁴ Dentre as DCNT, estão a Hipertensão e o Diabetes Mellitus (DM), que são importantes causas direta ou participantes da morbimortalidade por doenças cardiovasculares.⁵

A Organização Mundial da Saúde afirma que grande parte do impacto ocasionado pela hipertensão e o diabetes poderia ser evitado com uma melhor compreensão da magnitude do problema, por meio de intervenções efetivas que trabalhassem a promoção da saúde e a prevenção dos fatores dos riscos.² No Brasil, a maioria da população é assistida frente a essas condições nos serviços de Atenção Primária, com destaque para a Estratégia Saúde da Família (ESF) que mesmo com os avanços ao longo de sua trajetória, ainda encontra dificuldade para atuar a partir do conceito ampliado de saúde preconizado pela OMS, considerando não apenas o componente biológico, mas também as forças e poderes relacionados a seu surgimento, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

Em 2005 a Organização Mundial da Saúde criou uma comissão específica para discutir os determinantes sociais da saúde – Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) – e convocou as autoridades dos países para a necessidade de chegar a uma decisão coletiva de combater as expressivas desigualdades em saúde. A CDSS entende os determinantes sociais da saúde como as circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas implementados para lidar com a doença.⁶

Neste contexto, compreende-se que os dados sócio demográficos também devem ser incluídos como componentes essenciais nas interpretações de cenários que tratam das condições crônicas. Além disso, trazer a discussão dos DSS enquanto elementos participantes da análise desse contexto, possibilita refletir, planejar e implementar ações no campo prático dos profissionais da ESF, terreno fértil para as ações de Promoção da Saúde.

Assim, o objetivo do presente estudo é descrever o perfil sócio demográfico e clínico de pessoas com hipertensão e/ou diabetes acompanhados na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado em um território da Estratégia Saúde da Família, do município de Sobral-CE. A amostra foi por conveniência extraída desse território, o mesmo possui 3179 habitantes adscritos no Centro de Saúde da Família (CSF), com cobertura de 100% de Estratégia Saúde da Família.

De um universo de 138 pessoas com hipertensão e/ou diabetes, a amostra da pesquisa foi de 110 indivíduos, desses 51 com hipertensão e 59 com diabetes. Compreendendo que os estudos presentes na literatura indicam a hipertensão como uma complicação frequente do diabetes, os indivíduos que apresentaram ambas as patologias foram categorizados com diabetes

Utilizou-se como critérios de inclusão: está cadastrado no CSF, ter entre 18 anos e 80 anos de idade, ter diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes mellitus em prontuário e aceitar participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Já como critérios de exclusão utilizou-se: indivíduos com déficit cognitivo, problemas na fala e audição que impedissem o entendimento as respostas da entrevista, mudança de bairro e/ou situação que impossibilitasse o contato no domicílio.

Para coleta de dados se deu nos meses de janeiro a maio de 2017, por meio da aplicação de um instrumento criado pelos pesquisadores, o mesmo com duração média de 30 minutos para cada depoente. As variáveis sociodemográficas estudadas foram: sexo, idade, estado civil, renda mensal familiar, ocupação, escolaridade. Já as variáveis clínicas foram: Pressão Arterial (PA), Índice de Massa Corporal (IMC), prática de atividade física, uso de álcool e uso do tabaco. Em seguida realizou-se a aferição da Pressão Arterial, Glicemia Capilar, verificação do peso e da altura. Em seguida foram digitados, em dupla entrada, armazenados em planilha eletrônica Excel.

Para análise utilizou-se análise estatística descritiva das variáveis numéricas e percentagens. O estudo seguiu os princípios da resolução 466/2012, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú com número do CAAE de 1.811.921.

3 RESULTADOS

Na tabela abaixo (Tabela 1) apresentam-se o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes do estudo.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas dos sujeitos do estudo. Sobral, 2017.

Variável	N(%)
Idade	
18 – 39	17 (15,4)
40 – 59	64 (58,1)
60 – 80	29 (26,3)
Sexo	
Feminino	77 (70)
Masculino	33 (30)
Anos de estudo	
Nenhum	25(22,7)
1 – 4 anos	38 (34,5)
5 – 8 anos	25 (22,7)
>9 anos	22 (20)
Estado Civil	
Solteiro	14 (12,7)
Casado/união estável	79 (71,8)
Divorciado/separado	5 (4,5)
Viúvo	12 (10,9)
Cor	
Branco	11 (10,0)
Preto	16 (14,5)
Pardo	80 (72,7)
Amarelo	3 (2,7)
Renda	
Menos de 1 SM	23 (20,9)
De 1 a 2 SM	79 (71,8)
De 3 a 5 SM	8 (7,2)

Prática de Atividade Física	
Sim	36 (32,7)
Não	74 (67,2)
Tabagismo	
Sim	9 (8,1)
Não	99 (90)
Ex fumante	2 (1,8)
Consumo de bebida alcoólica	
Sim	13 (11,8)
Não	97 (88,1)
Obesidade	
IMC \geq 30	55 (50)
IMC < 30	55 (50)

4 DISCUSSÃO

Observou-se, em relação aos dados sociodemográficos na população em estudo uma predominância de pessoas do sexo feminino, 77 (70%), dados que corroboram com alguns estudos com pessoas com hipertensão e/ou diabetes em serviços de Atenção Primária, como o de Silva, Suto e Costa⁷ que traz representações com maioria de pessoas do sexo feminino.

Possivelmente a predominância de mulheres nos serviços de saúde seja porque a mulher gerencia melhor seu cuidado em saúde, ou até mesmo, busca as unidades de saúde com mais frequência. Dutra et al.,⁸ sugerem que as mulheres têm mais percepção das doenças, bem como maior preocupação com a saúde em comparação com os homens.

Além disso, 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, porém elas descobrem o diagnóstico antes dos homens.⁹ Também, a HAS e o DM, estão entre as principais causas de morte na população feminina no Brasil.¹⁰

Pondera-se, que por diversos aspectos, culturais e sociais, os homens frequentam menos os serviços de saúde, mesmo após a instituição da Política Nacional de Saúde do Homem em 2009. Há autores que associam esse fato à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina.¹¹

Em relação a idade, a média foi de 51,1 anos. A cada dia, observa-se, mais pessoas com esses agravos em idade jovem, antes dos 40 anos. Identificou-se em um estudo realizado com pessoas maiores de 18 anos em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia que das 111 pessoas com idade de 30 a 39 anos apresentaram 61,3% de prevalência de pré-hipertensão.¹²

No que se refere a raça/cor, detectou-se que a maioria, 80 (72%) das pessoas, se autodeclararam pardos. Segundo dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e

Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) coletados no ano de 2013,¹³ identificou que os pacientes que se declaram pardos apresentaram menor prevalência de HAS (21,4%; IC 95% 20,3-22,6).³

Quanto ao estado civil, notou-se que a maioria são casados, 79 (71%) pessoas, seguido de solteiros 14 (12%), viúvo 12 (10%) e divorciados 5 (4%) pessoas. Os dados refletem similaridades com Silva et al.,¹⁴ o qual apresentam dados também aproximados com os achados no presente estudo após debruçar-se sobre uma população de 397 hipertensos de um município do Sul de Minas Gerais.

Na condição crônica o apoio da família é essencial, sendo o cônjuge muitas vezes o cuidador, remetendo, em alguns casos, necessidade da ESF estar atenta também à saúde desse cuidador, bem como trazê-lo para construção compartilhada desse cuidado junto ao indivíduo. A rotina da família pode sofrer mudanças tendo em vista as novas rotinas que a doença pode impelir a pessoa com hipertensão e diabetes.

Percebeu-se que a escolaridade da população é de poucos anos de estudo, tendo a maioria de 1 a 4 anos de estudo, 38 (34%) pessoas. O número de pessoas analfabetas também foi relativamente alto, 25 (22%), igual ao número de pessoas com 5 a 8 anos de estudos. Os mesmos dados foram evidenciados em Ferreira¹⁵ ao estudar pessoas com hipertensão e diabetes acompanhados na ESF.

Estudo do Vigitel, 2013 sobre a população brasileira adulta com HAS autorreferida demonstrou importante relação entre a hipertensão e a escolaridade, na qual a hipertensão é mais elevada em 38% dos indivíduos com menor escolaridade.¹³ Também, a escolaridade é fator relacionado a adesão ao tratamento, mostrando que quanto menor a escolaridade, menor a adesão e mais dificuldades em lidar com a condição crônica.¹⁴

Corroborando com a discussão proposta neste escopo, no ano de 2005 a Organização das Nações Unidas (ONU) cria a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), e convoca as autoridades dos países para a necessidade de chegar a uma decisão coletiva de combater as expressivas desigualdades em saúde. Logo, partindo da definição de que os DSS são circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas implementados para lidar com a doença, circunstâncias tais que são moldadas, por outro lado, por “forças de ordem política, social e econômica”.⁶

Logo, investigou-se também a renda e observou-se que a maioria das pessoas tem a renda mensal de entre um e dois Salários Mínimo (SM), 79 (71%) pessoas, 23 (20%) pessoas menos de um SM. Em um estudo com pessoas com hipertensão atendidas na ESF

de Caxias – MA, constatou que 132 (66%) participantes tinham um SM, enquanto que 68 (34%) têm uma renda menor que um SM.¹⁶ Encontrou-se, também, em outro estudo em pessoas atendidas no Programa de Hiper Dia de Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Guarapuava – PR que 70,4% dos participantes possuem uma renda inferior a dois SM e 29,6% possuem uma renda menor que um SM.¹⁷

É notório a disparidade da distribuição de renda da população em estudo, assim como no Brasil. Destaca-se que os países de baixa e média renda apresentam os maiores índices de DCNT e as pessoas de menor escolaridade e renda são mais vulneráveis a esse grupo de doenças devido a uma maior exposição a fatores de risco, menor informação, menos acesso à saúde, impactando nas desigualdades sociais.^{18,3}

A CDSS adota na sua gênese esse conceito a partir do modelo de Dahlgren e Whitehead, o mesmo irá servir de base conceitual até 2011, quando adota um novo modelo conceitual de DSS, o modelo de Solar e Irwin¹⁹. Além disso, o primeiro modelo adotado pela CDSS é o escolhido para compor o Modelo de Atenção as Condições Crônicas (MACC) implantando pelo Ministério da Saúde para nortear as práticas dos profissionais de saúde no cuidado as pessoas com condições crônicas.

Em termos gerais, no modelo atual proposto pela CDSS existem dois tipos de Determinantes Sociais da Saúde: os determinantes estruturais e os determinantes intermediários. Os determinantes estruturais terão impacto na equidade em saúde e no bem-estar através da sua ação sobre os determinantes intermediários.¹⁹

Além disso, o aumento da carga de DCNT é reflexo negativo dos efeitos da globalização, da rápida urbanização, da vida sedentária e da alimentação com alto teor calórico e do marketing que estimula o uso do tabaco e do álcool, reafirmando o impacto do DSS na conjuntura das epidemias da hipertensão e do diabetes.²⁰

Assim, os determinantes estruturais são como motores estruturais das condições de vida, geram e reforçam hierarquias sociais que definem o poder, prestígio e acesso a recursos por meio da educação, do trabalho e da renda.

Buscou-se, também, no presente estudo discorrer sobre algumas variáveis clínicas e comportamentais na população em estudo. Os mesmo segundo o modelo de Solar e Irwin são conhecidos como os determinantes intermediários da saúde que completam os DSS. São os fatores comportamentais, os estilos de vida, que se expressam, entre outros, nos padrões de consumo de tabaco, álcool e na falta de atividade física.¹⁹

Os dados revisados por Solar & Irwin¹⁹ sugerem que os fatores de risco operam de forma diferencial de acordo à posição socioeconômica. O sistema de saúde e a coesão social também fazem parte dos determinantes intermediário.²¹

Observou-se, no presente estudo uma pequena população de pessoas fumantes, 9 (8,1%) pessoas afirmaram ser fumantes e 2 (1,8%) disseram ser ex fumantes. Silva et al.²² ao estudarem o perfil sociodemográfico e clínico de idosos acompanhados por equipes de saúde da família, encontraram no universo de 381 pessoas com hipertensão e diabetes que somente 9,8% dos idosos fumam atualmente e 33,4% são ex-tabagistas.

O tabagismo é considerado um fator de risco cardiovascular importante para o hipertenso, e fator de risco aumentado para as complicações cardiovascular nas pessoas com diabetes. Em geral é indicado a suspensão do hábito em pessoas que tenham uma ou ambas as doenças, tendo em vista que o hábito está relacionado ao mal controle do diabetes e da hipertensão arterial.²³

Quanto ao consumo de álcool, foi verificado que 18,8% dos indivíduos relataram fazer uso de bebida alcóolica e 21,7% eram ex-etilistas. A Sociedade Brasileira de Cardiologia afirma que o consumo excessivo de álcool contribui para a elevação da pressão arterial e por sua vez à prevalência de hipertensão arterial, além de ser empecilhos para a terapêutica anti-hipertensiva.²⁴

Já em relação a prática de atividade física, encontrou-se que a maioria não praticava nenhuma atividade física, 74 (67,2%) pessoas, refletindo uma população com índice de sedentarismo relevante. Rodriguês et al.,²⁵ referem em seu estudo com 70 pessoas com DM tipo 2, assistidos por equipes da ESF, uma porcentagem de sedentarismo aproximada de 71,4%.

A piora do padrão alimentar e da prática de atividade física está associada ao aumento da prevalência de síndrome metabólica; alterações fisiopatológicas simultâneas, entre elas a hipertensão e o diabetes, que aumenta o risco de doenças cardiovasculares.⁹

Os achados mostram relevantes dimensões sociais e clínicas que dialogam com a forma de viver com as condições crônicas, reforçando a necessidade de intervenções ampliadas e voltadas para melhoria, também, de vida das pessoas.

Os DSS trazem uma crítica notória ao reconhecer que as assimetrias de poder são geradas e reproduzidas pelo contexto socioeconômico e político, que privilegia grupos diferenciáveis por classe social, gênero, etnia, educação, ocupação e renda (posição socioeconômica), configurando padrões diferenciados de vulnerabilidade e exposição aos determinantes intermediários de saúde e, desta forma, definem as iniquidades sociais em

saúde, e essas refletem substancialmente na determinação e caracterização das populações e na sua maneira de vivenciarem os seus processos de adoecimento.²¹

5 CONCLUSÃO

O estudo possibilitou analisar a população em estudo quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos e sua relação dentro do modelo de determinantes sociais, demonstrando situações de desigualdades sociais relevantes, corroborando suas relações com a hipertensão e o diabetes. Além disso, buscou-se refletir a necessidade de abordagens mais ampliadas no contexto da Estratégia Saúde da família, entendendo a necessidade de trazer no cotidiano dos profissionais a discussão quanto aos determinantes sociais da saúde numa perspectiva de intervir nos mesmos de forma intersetorial e permanente.

REFERÊNCIAS

1. Rocha PR, David HMSL. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Rev. Esc. Enferm.* 2015[citado em 2018 jan. 20]; 49(1):129-135. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0129.pdf
2. Malta DC, Silva Jr JB. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2013 [citado em 2018 jan. 29]; 22(1):151-164. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100016
3. World Health Organization (WHO). *Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control.* Mendis S, Puska P, Norrving B editors. Geneva: World Health Organization; 2011.
4. CEBES. Pesquisa Nacional de Saúde mostra que cerca de 40% dos brasileiros têm doença crônica. 2014[citado em 2017 fev. 14]; Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/12/pesquisa-nacional-de-saude-mostraque-cerca-de-40-dos-brasileiros-tem-doenca-cronica>
5. Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf Neto J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad. Saúde Pública.* 2010[citado em 2018 jan. 20];26(12):2389-2398. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2010.v26n12/2389-2398/pt>
6. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais* Lisboa: OMS, 2010.
7. Silva FO, Suto CSS, Costa LEL. Perfil de pacientes cadastrados no hiperdia: conhecendo o estilo de vida. *Ver Saúd Coletiva.* 2015[citado em 2017 fev. 14]; 5(1): 33-39. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1007/795>
8. Dutra DD, Duarte MCS, Albuquerque KF, Lima AS, Santos JS, Sousa HC. Cardiovascular disease and associated factors in adults and elderly registered in a basic health unit. *Rev Pesq Cuidado é Fundamental.* 2016[citado em 2017 fev.10]; 8(2): 4501-4509. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/301333438_Doencas_cardiovasculares_e_fatores_associados_em_adultos_e_idosos_cadastrados_em_uma_unidade_basica_de_saude_Cardiovascular_disease_and_associated_factors_in_adults_and_elderly_registered_in_a_basic_h
9. Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiune Neto A. et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. *ArqBrasCardiol*2017.[citado em 2018 jan. 19]; 109(2Supl.1):1-76. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2017001100001

10. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: MS; 2013[citado em 2017 fev.10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf
11. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*. 2007[citado em 2018 jan. 29]; 23(3):565-574. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>
12. Bezerra VM et al .Pré-hipertensão arterial em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017[citado em 2018 jan. 10]; 33(10):00139516. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n10/e00139516/>
13. Vigitel (BR) 2013: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília,2014.[citado em 2018 mar. 12]; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf
14. Silva PCS, Fava SMCL, Machado JP, Bezerra SMMS, Gonçalves MPT, Veiga EV. Fatores associados com a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica. *Revenferm UFPE*. 2015[citado em: 2018 mar. 12]; 9(5):7924-35.
15. Ferreira F da C, Silva MVS da. Assistência a saúde prestada a hipertensos e diabéticos no Brasil: revisão integrativa. *REAS [Internet]*. 18mar.2021 [citado em 2022 abr. 12];13(3):e6956. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6956>
16. Abreu WA, Portela NLC. Prevalência de doenças concomitantes e complicações em hipertensos de uma área da estratégia “saúde da família” de Caxias-MA. *Revista Univap*. 2016 [citado em 2018 jan. 20];22(39):2237-1753.
17. Amaral FA, Dall’Agnol SM, Maganinhi CB, Freitas NAR, Kich C. Qualidade de vida dos usuários do Programa Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde do município de Guarapuava/PR. Espaço para a saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná. 2017[citado em 2017 fev. 12];18(1):64-71. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/318872396_Qualidade_de_vida_dos_usuarios_do_programa_hiperdia_de_uma_unidade_basica_de_saude_do_municipio_de_Guarapuava
18. Bidinotto DNPB, Simonetti JP, Bocchi SCM. Men’s health: non-communicable chronic diseases and social vulnerability. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016[citado em 2017 mar. 20];24:e2756. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02756.pdf
19. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health. Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: WHO, 2010.

20. Malta DC. Doenças crônicas não transmissíveis, um grande desafio da sociedade contemporânea. In: *Ciência e Saúde Coletiva*. 2014[citado em 2017 fev. 10]; 19(1)4-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00004.pdf>

21. Borde E, Hernández-Álvarez M, Porto MFS. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *SAÚDE DEBATE*. 2015[citado em 2018 mar. 12]; 39(106)841-854. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000300841&script=sci_abstract&tlng=pt

22. Silva PAB, Santos FC, Soares SM, et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos acompanhados por equipes de Saúde da Família sob a perspectiva do gênero. *Ver Fund Care*. 2018[citado em 2018 mar. 12];10(1):97-105.

23. Adolfo M. et. Al. Organização Oliveira JEP e Vencio S. - Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016[citado em 2018 fev. 20]; ISBN 978-85-8114-307-1. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>

24. Malachias MVB, Souza WKS et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2016[citado em 2018 mar. 12];107(3)0066-782X. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf