



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA –UnB  
FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE

FERNANDO HENRIQUE EVARISTO DE ARAUJO

**Tendência e Perfil dos Pacientes Hipertensos, Dislipidêmicos e  
Diabéticos Atendidos no Centro de Saúde 08 de Ceilândia, Brasília -  
DF**

BRASÍLIA, DF  
2017

FERNANDO HENRIQUE EVARISTO DE ARAUJO

**Tendência e Perfil dos Pacientes Hipertensos, Dislipidêmicos e  
Diabéticos Atendidos no Centro de Saúde 08 de Ceilândia, Brasília -  
DF**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à  
Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília,  
como parte dos requisitos necessários à obtenção  
do Grau de Bacharel em Farmácia

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Antonio Ferreira

BRASÍLIA, DF  
2017

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

DD285t DE ARAUJO, FERNANDO HENRIQUE EVARISTO  
TENDÊNCIA E PERFIL DOS PACIENTES HIPERTENSOS,  
DISLIPIDÊMICOS E DIABÉTICOS ATENDIDOS NO CENTRO DE  
SAÚDE 08 DE CEILÂNDIA, BRASÍLIA - DF / FERNANDO  
HENRIQUE EVARISTO DE ARAUJO; orientador EDUARDO  
ANTONIO FERREIRA. -- Brasília, 2017.  
36 p.

Monografia (Graduação - FARMÁCIA) -- Universidade  
de Brasília, 2017.

1. SAÚDE. 2. HIPERTENSÃO. 3. DIABETES MELLITUS. 4.  
DISLIPIDEMIAS. 5. CEILÂNDIA. I. FERREIRA, EDUARDO  
ANTONIO, orient. II. Título.

FERNANDO HENRIQUE EVARISTO DE ARAUJO

**Tendência e Perfil dos Pacientes Hipertensos, Dislipidêmicos e Diabéticos  
Atendidos no Centro de Saúde 08 de Ceilândia, Brasília - DF**

Banca Examinadora

---

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Antonio Ferreira  
(Universidade de Brasília – UnB/Faculdade De Ceilândia – FCE)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Izabel Cristina Rodrigues da Silva  
(Universidade de Brasília – UnB/Faculdade De Ceilândia – FCE)

---

Prof. Dr. Rodrigo Haddad  
(Universidade de Brasília – UnB/Faculdade De Ceilândia – FCE)

BRASÍLIA, DF  
2017

Dedico este trabalho à minha mãe,  
Alminda, ao meu irmão Alexandre e a  
todos os meus amigos que me  
apoiaram até hoje.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha família e amigos pelo apoio durante todos esses anos na faculdade, principalmente a minha mãe Alminda e ao meu irmão Alexandre. Sem eles nada disso seria possível. Agradeço aos colegas e amigos que fiz durante esse período, eles tornaram os dias mais fáceis nessa etapa tão difícil da vida.

Agradeço também ao Professor Doutor Eduardo Antonio Ferreira pela paciência e pela dedicação de me orientar no desenvolvimento deste trabalho.

## RESUMO

A tríade de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes *mellitus* e dislipidemias) configura algumas das principais causas de morte no mundo na atualidade. A cidade de Ceilândia, que, é a cidade mais populosa do Distrito Federal, desenvolveu problemas sociais paralelos ao seu crescimento. Ceilândia têm uma população com uma taxa de escolaridade e renda baixa, essa população tem o risco elevado de desenvolver essas doenças crônicas não transmissíveis. Este estudo foi realizado a partir dos prontuários dos pacientes com hipertensão, diabetes *mellitus* e dislipidemias, atendidos no Centro de Saúde 08 de Ceilândia, Brasília - DF e buscou traçar o perfil destes pacientes para buscar ações que melhorem a qualidade da assistência prestada aos mesmos. A hipertensão arterial, o diabetes *mellitus* e as dislipidemias estão fortemente relacionadas entre si e possuem fatores de risco em comum para o seu desenvolvimento, em que, todas elas necessitam de medidas não-farmacológicas, como, alimentação adequada, prática de atividades físicas e cessação do tabagismo, em seu tratamento bem como a adequação de medidas farmacológicas e outras tecnologias da saúde quando necessárias. O estudo permitiu mostrar que o envelhecimento da população está diretamente relacionado ao aumento da prevalência e que o sexo, masculino ou feminino, não é fator de predisposição para o desenvolvimento dessas doenças, exceto pelo fato de as mulheres procurarem mais os serviços de saúde e se preocuparem mais com sua situação de saúde do que a população masculina. A carência de informações dos prontuários dificultou a classificação do perfil dos pacientes na realização do estudo.

**Palavras chave:** Hipertensão. Diabetes. Dislipidemias. Saúde. Ceilândia.

## **ABSTRACT**

The triad of chronic noncommunicable diseases (hypertension, diabetes *mellitus* and dyslipidemia) is one of leading causes of mortality in the world nowadays. Ceilândia, which is the most populous city of Distrito Federal, developed social problems parallel to its growth. As Ceilândia has a population with low incomes and low educational rate, this population has a higher risk of developing these chronic noncommunicable diseases. This study was carried out from the medical records of the hypertensive, diabetic and dyslipidemic patients attended at Centro de Saúde 08 (Health Center) of Ceilândia, Brasília - DF and sought to draw patients' profile to aim actions to improve the quality of care provided to them. Hypertension, diabetes *mellitus* and dyslipidemia are strongly related to each other and they have common risk factors for their development, all of which need non-pharmacological measures, such as good diet, physical activity and smoking cessation, in their treatment, as well as the adequacy of pharmacological measures and other health technologies when necessary. This study showed that the aging of population is related to the prevalence increase and the gender, male or female, isn't a predisposing factor to develop these diseases, except that women go more often to the health services and are more concerned about their health situation than male population. The deficiency of information in medical records made it difficult to classify patients' profile in the study.

**Keywords:** Hypertension. Diabetes. Dyslipidemia. Health. Ceilândia.

## LISTA DE TABELA

<b>Tabela 1.</b> - Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.....	3
<b>Tabela 2.</b> - Valores de glicose plasmática (em mg/dL) para diagnóstico de diabetes <i>mellitus</i> e seus estágios pré-clínicos. ....	5
<b>Tabela 3</b> - Valores de referência do perfil lipídico para adultos maiores de 20 anos. .	7
<b>Tabela 4.</b> - Classificação dos principais tipos de dislipidemias.....	10

## LISTA DE GRÁFICO

<b>Gráfico 1.</b> - Número de pacientes por sexo.....	12
<b>Gráfico 2.</b> - Faixa etária dos pacientes.....	12
<b>Gráfico 3.</b> - Hipertensão Arterial Sistêmica por sexo.....	13
<b>Gráfico 4.</b> - Hipertensão Arterial Sistêmica por faixa etária.....	13
<b>Gráfico 5.</b> - Presença de diabetes <i>mellitus</i> por sexo.....	14
<b>Gráfico 6.</b> - Presença de diabetes tipo1 ou tipo 2 em % por sexo.....	15
<b>Gráfico 7.</b> - Diabetes por faixa etária.....	15
<b>Gráfico 8.</b> - Presença de dislipidemias por sexo.....	16
<b>Gráfico 9.</b> - Presença dos tipos de dislipidemias.....	17
<b>Gráfico 10.</b> - Presença dos tipos de dislipidemias por faixa etária.....	17
<b>Gráfico 11.</b> - Síndromes metabólicas por sexo.....	18
<b>Gráfico 12.</b> - Síndromes metabólicas por faixa etária.....	19
<b>Gráfico 13.</b> - Presença das doenças em Tabagistas e ex-tabagistas em %.....	19
<b>Gráfico 14.</b> - Presença das doenças e de comorbidades em %.....	20

## LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome (Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida)

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CEI – Centro de Erradicação de Invasões

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CT – Colesterol Total

DF – Distrito Federal

dL – Decilitro

DM – Diabetes *mellitus*

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

g – Gramas

HDL – High Density Lipoproteins (Lipoproteínas de Alta Densidade)

HIV – Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)

HRC – Hospital Regional de Ceilândia

LDL – Low Density Lipoproteins (Lipoproteínas de Baixa Densidade)

mg – Miligramas

mmHg – Milímetros de Mercúrio

n – Número

PA – Pressão Arterial

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

TG - Triglicerídeos

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	1
1.1. A REGIÃO ADMINISTRATIVA DE CEILÂNDIA.....	1
1.2. O CENTRO DE SAÚDE 08.....	2
1.3. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA .....	2
1.4. DIABETES MELLITUS.....	4
1.5. DISLIPIDEMIAS.....	5
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	7
<b>3. OBJETIVO</b> .....	8
3.1. OBJETIVO GERAL .....	8
3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO .....	8
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	9
4.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA .....	9
4.2. POPULAÇÃO ESTUDADA E UTILIZAÇÃO DOS DADOS .....	9
4.3. BUSCA DOS DADOS .....	9
4.4. CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO .....	9
4.5. CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO PARA DIABETES MELLITUS .....	9
4.6. CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DAS DISLIPIDEMIAS .....	10
4.6. ANÁLISES DOS DADOS.....	10
4.7. COMITÊ DE ÉTICA .....	11
<b>5. RESULTADOS</b> .....	11
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	20
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	24
<b>8. REFERÊNCIAS</b> .....	24

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. A REGIÃO ADMINISTRATIVA DE CEILÂNDIA

A cidade de Ceilândia foi criada em 1971 com o objetivo de realocar pessoas que vieram para o Distrito Federal e estavam morando em ocupações irregulares. Na época, o governador Hélio Prates da Silveira criou a Campanha de Erradicação de Invasões – CEI, que originou (posteriormente com a Lei nº 49, de 25 de outubro de 1989) a região administrativa IX, Ceilândia (CODEPLAN, 2015).

Com uma população de aproximadamente 490.000 habitantes, Ceilândia é a região administrativa com a maior população do DF (PDAD, 2015). Devido ao seu crescimento populacional exponencial a cidade desenvolveu problemas sociais paralelamente. Estes podem ser observados na carência da atenção básica a população nos hospitais e centros de saúde.

A população de Ceilândia possui uma baixa taxa de escolaridade, em que 35,15% da população não concluiu o ensino fundamental e a renda per capita média mensal é de 915,81 reais (PDAD, 2015). Esses dados colocam a população da região administrativa de Ceilândia como população com risco de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis. Estas doenças demonstram exposições a fatores de risco por um longo período de latência, já que são doenças crônicas (SES-DF, 2017).

Para atender a maior população do Distrito Federal, a cidade de Ceilândia conta com um hospital (Hospital Regional de Ceilândia - HRC), uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento), 1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), 1 posto de saúde rural (PSR Boa Esperança) localizado no Núcleo Rural Boa Esperança, 3 unidades básicas de saúde (PSU Condomínio Privê, UBS Vila Olímpica e UBS Laboratório Regional - P Norte) e 12 centros de saúde (dentre eles o Centro de Saúde 08, onde foi realizado o trabalho) (SES-DF, 2017).

## 1.2.O CENTRO DE SAÚDE 08

O Centro de Saúde 08 de Ceilândia, Brasília - DF, fica localizado na EQNP 13/17, AE A, B, C, D – Área Especial – Ceilândia Norte, e abrange principalmente os moradores da Ceilândia Norte (P Norte e adjacências). As especialidades do centro de saúde são: clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e odontologia. O centro de saúde ainda conta com programas especiais para pacientes hipertensos, diabéticos, DST/AIDS, com tuberculose e hanseníase e outros programas de assistência à família, de imunização, de automassagem e contra cáries (SES-DF, 2017).

Esses programas para pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (hipertensos, diabéticos e dislipidêmicos) são muito importantes para a população de Ceilândia. Essas doenças cresceram muito ao longo dos anos e afetam principalmente as pessoas com menor renda e escolaridade – porque são mais expostas aos fatores de risco e tem menos acesso aos sistemas de saúde, se tornando uma epidemia (WHO, 2014).

## 1.3.HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica que tem alta prevalência e é associada a alterações de funcionamento e estrutura de órgãos (como coração, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas (SBC, 2016). É um dos principais problemas de saúde pública e demanda atendimento na atenção básica e tratamento farmacológico e não farmacológico intensivo. Essa doença é caracterizada por elevação e sustentação da pressão arterial ( $\geq 140/90$  mmHg), indivíduos com a pressão arterial (PA) menor ou igual a 120/80 mmHg são classificados como normais, de 121/81 mmHg a 139/89 mmHg são classificados como pré hipertensos, de 140/90 mmHg a 159/99 mmHg são classificados como hipertensos estágio 1, de 160/100 mmHg a 179/109 mmHg são classificados como hipertensos estágio 2 e com valores de pressão arterial iguais ou acima de 180/110 mmHg são classificados com hipertensão estágio 3 (como pode ser observado na tabela 1). Ela é causada por diversos fatores, dentre eles, o estilo de vida da

população, sexo e etnia, idade, histórico familiar, ingestão de sal e álcool, sobrepeso e sedentarismo (SBC, 2016). A hipertensão é um dos principais fatores para o desenvolvimento de doenças do sistema circulatório, o aumento da pressão arterial resulta no aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares, que nos últimos anos protagonizaram as principais causas de morte no país (ISER et al., 2011).

**Tabela 1.** -Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>PAS* (em mmHg)</b>	<b>PAD** (em mmHg)</b>
<b>Normal</b>	≤120	≤80
<b>Pré-Hipertensão</b>	121-139	81-89
<b>Hipertensão Estágio 1</b>	140-159	90-99
<b>Hipertensão Estágio 2</b>	160-179	100-109
<b>Hipertensão Estágio 3</b>	≥180	≥110

\*Pressão Arterial Sistólica (PAS).

\*\*Pressão Arterial Diastólica (PAD).

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

FONTE: Adaptado da 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial (SBC, 2016).

A prevalência da doença varia significativamente entre homens e mulheres com idade acima de 50 anos, sendo mais prevalente em mulheres, devido à redução do estrógeno nessa faixa etária, hormônio que tem papel modulador importante em agentes vasoconstritores e relaxantes do endotélio vascular (BARBOSA, GUIMARÃES, SARAIVA, 2008). Porém, as mulheres conseguem ter os valores pressóricos mais controlados em relação aos homens, já que, essa alta prevalência em pessoas do sexo feminino ocorre também porque as mulheres procuram com mais frequência os sistemas de saúde, e por conhecerem melhor sua condição de saúde do que os homens aderem mais facilmente aos tratamentos indicados (SILVA, OLIVEIRA, PIERIN, 2016).

Por se tratar de uma doença crônica, os indivíduos que desenvolvem a hipertensão arterial sistêmica ficam em contato com um ou mais fatores de risco por um longo período de tempo. O avanço da idade tem relação direta com o aumento

da pressão arterial (SBC, 2016), em indivíduos acima de 65 anos a prevalência da hipertensão arterial sistêmica é superior a 60% (CESARINO et al., 2008). Em outros países como os Estado Unidos a prevalência da doença é de 64,9% quando observados indivíduos acima de 60 anos. (YOON, FRYAR, CARROLL, 2015).

#### 1.4. DIABETES MELLITUS

O diabetes *mellitus* é uma doença crônica não transmissível de grande impacto na saúde pública. É uma doença progressiva que ocorre devido a alterações do metabolismo de glicose no organismo e inclui em seu tratamento medidas farmacológicas e não farmacológicas (SBD, 2016). O aumento da incidência da doença se deve ao envelhecimento populacional e mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares (WHO, 2002). É dividida em quatro tipos: diabetes tipo 1 (leva a uma deficiência absoluta de insulina devido a destruição de células  $\beta$ ); diabetes tipo 2 (ocorre devido a um defeito progressivo da secreção de insulina e pode evoluir devido aos fatores de resistência à insulina); diabetes gestacional (é o grau de intolerância à glicose com início ou diagnóstico no segundo ou terceiro trimestre de gestação); Tipos específicos de diabetes devido a outras causas (fatores genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, fibrose cística, ou induzido por medicações como as do tratamento de HIV/AIDS) (ADA, 2017). A utilização farmacológica quando necessária e a utilização de medidas não farmacológicas e outras tecnologias da saúde são fundamentais para o tratamento da doença.

Tendo em vista que o diabetes *mellitus* tipo 2 possui grande relação com a alimentação e a falta de prática de atividades físicas, muitos programas para controle da doença baseiam-se nesses parâmetros e buscam medidas como adequação da dieta e incentivo a prática de atividades físicas, que demonstraram ser eficazes para redução das taxas de glicemia e controle da doença (SBD, 2016). O autocuidado por parte do paciente é muito importante para o tratamento, é necessário que o paciente e seus familiares entendam o tratamento para que o indivíduo possa ter total controle sobre o tratamento. A terapia medicamentosa é indicada quando os valores da glicemia estão acima dos valores de referência em

jejum ou pós-prandial e tem o objetivo de abaixar e manter esses valores dentro da faixa de normalidade (SBD, 2016)

Indivíduos com a glicemia em jejum abaixo de 100 mg/dL ou com glicemia abaixo de 140 mg/dL após 2 horas da ingestão de 75 g de glicose são classificados com a glicemia normal. Indivíduos em jejum, com a glicose plasmática maior ou igual a 100 mg/dL e menor que 126 mg/dL ou indivíduos que apresentam glicose plasmática maior ou igual a 140 mg/dL e menor que 200 mg/dL após 2 horas da ingestão de 75 g de glicose possuem a tolerância a glicose diminuída, pacientes com a glicose plasmática igual ou acima de 126 mg/dL em jejum ou pacientes que apresentam glicose plasmática maior ou igual a 200 mg/dL medidos a qualquer hora do dia independente de ingestão de alimentos são classificados com diabetes *mellitus*, como observado na tabela 3 (SBD, 2016).

**Tabela 2.** -Valores de glicose plasmática (em mg/dL) para diagnóstico de diabetes *mellitus* e seus estágios pré-clínicos.

CATEGORIA	JEJUM*	2 HORAS APÓS 75G DE GLICOSE	CASUAL**
<b>Glicemia Normal</b>	< 100	< 140	–
<b>Tolerância à glicose diminuída</b>	≥ 100 a < 126	≥ 140 a 200	–
<b>Diabetes <i>mellitus</i> (DM)</b>	≥ 126	≥ 200	≥ 200 com sintomas clássicos***

\*O jejum é definido como falta de ingestão calórica por no mínimo 8 horas.

\*\*Glicemia plasmática casual é aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição.

\*\*\*Os sintomas clássicos do DM incluem poliúria, polidipsia e perda não explicada de peso.

Nota: O diagnóstico de DM deve sempre ser confirmado pela repetição do teste em outro dia, a menos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM.

FONTE: Adaptada da Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)(SBD, 2016).

## 1.5. DISLIPIDEMIAS

As dislipidemias são uma condição de grande importância na saúde pública. Elas oferecem grande risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. São caracterizadas por alterações lipídicas, em que há aumento dos níveis séricos

de colesterol total (CT), triglicerídeos (TG), lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e diminuição dos níveis de lipoproteínas de alta densidade (HDL) (tabela 3) (XAVIER et al., 2013). As dislipidemias são classificadas em quatro tipos: hipercolesterolemia isolada (há elevação isolada do LDL > 160 mg/dL); hipertrigliceridemia isolada (há elevação isolada dos níveis de TG > 150 mg/dL); hiperlipidemia mista (há elevação do LDL > 160mg/dL e dos níveis de TG > 150 mg/dL); HDL baixo (redução do HDL, para homens < 40 mg/dL e para mulheres < 50 mg/dL) (XAVIER et al., 2013).

Alterações nos níveis dessas lipoproteínas causam um aumento do risco de desenvolvimento de aterosclerose e de doenças cardiovasculares, que normalmente são assintomáticas e são descobertas com o aparecimento de eventos agudos, como infartos e acidentes vasculares encefálicos (AVE) (MACEDO & FAERSTEIN, 2017).

Os hábitos de vida são fatores determinantes para o risco de desenvolvimento de dislipidemias. A alimentação inadequada, a falta de prática de atividades físicas, o sobrepeso e o tabagismo influenciam no desenvolvimento dessa condição. Portanto, mudanças no estilo de vida, alimentação adequada, prática de atividades, redução de peso e cessação do tabagismo são fundamentais para atingir sucesso terapêutico (XAVIER et al., 2013). O tratamento medicamentoso é fundamental para alcançar bons resultados e reduzir a mortalidade por doenças cardiovasculares (KOKKINOS et al., 2012), porém a associação das medidas farmacológicas e não farmacológicas demonstram ser mais eficazes na redução dos riscos desses eventos do que a utilização de apenas uma das terapias (BONFIM et al., 2015). Os diagnósticos com os exames bioquímicos e os cuidados da atenção primária podem melhorar a qualidade de vida desses pacientes. E a utilização de equipes multiprofissionais facilita a adesão às medidas farmacológicas e não farmacológicas.

**Tabela 3** -Valores de referência do perfil lipídico para adultos maiores de 20 anos.

<b>LÍPIDES</b>	<b>VALORES (mg/dL)</b>	<b>CATEGORIA</b>
<b>CT</b>	< 200	Desejável
	200-239	Limítrofe
	≥ 240	Alto
<b>LDL-C</b>	< 100	Ótimo
	100-129	Desejável
	130-159	Limítrofe
	160-189	Alto
	≥ 190	Muito Alto
<b>HDL-C</b>	> 60	Desejável
	< 40	Baixo
<b>TG</b>	< 150	Desejável
	150-199	Limítrofe
	200-499	Alto
	≥ 500	Muito Alto
<b>Colesterol Não-HDL</b>	< 130	Ótimo
	130-159	Desejável
	160-189	Alto
	≥ 190	Muito Alto

\*Colesterol Total (CT), Triglicerídeos (TG), Lipoproteínas de Baixa Densidade (LDL) e Lipoproteínas de Alta Densidade (HDL).

FONTE: Adaptada da V Diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose(XAVIER et al., 2013).

## **2. JUSTIFICATIVA**

A criação do campus de Ceilândia da Universidade de Brasília ocorreu devido à elevada demanda social e participação dos movimentos sociais da comunidade local para ter acesso à universidade pública, gratuita e de qualidade em sua região administrativa, sem precisar se deslocar a outras regiões (UNB/FCE, 2014). Projetos como este são importantes e valorizam a luta da população pela criação do campus, porque permite dar retorno a comunidade do que vem sendo desenvolvido na universidade e aproxima a comunidade acadêmica da sociedade de Ceilândia. O desenvolvimento deste projeto foi para conhecer o perfil e

necessidades dos pacientes atendidos no Centro de Saúde 08 e buscar ações que promovam o aprimoramento da qualidade da assistência prestada.

### **3. OBJETIVO**

#### **3.1.OBJETIVO GERAL**

O objetivo geral deste estudo foi apresentar o perfil dos pacientes atendidos no centro de saúde 08 de Ceilândia, Brasília - DF, com ênfase aos pacientes hipertensos, dislipidêmicos e diabéticos.

#### **3.2.OBJETIVO ESPECÍFICO**

- Avaliar a relação do envelhecimento com o desenvolvimento de hipertensão, diabetes e dislipidemias;
- Avaliar a influência do sexo como fator de predisposição para essas doenças crônicas não-transmissíveis;
- Avaliar a influência do tabagismo como fator de risco para essas doenças;
- Avaliar a relação de comorbidades com o aparecimento da hipertensão, de diabetes e de dislipidemias.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA**

Foi realizado um estudo epidemiológico, observacional, transversal, retrospectivo, utilizando o banco de dados (prontuários) do Centro de Saúde 08 de Ceilândia, Brasília-DF.

### **4.2. POPULAÇÃO ESTUDADA E UTILIZAÇÃO DOS DADOS**

A população em estudo compreendeu todos os pacientes adultos, de ambos os sexos, com idade > 20 anos e que apresentaram alguma alteração lipídica, glicêmica e pressão arterial descrita em seus prontuários, durante o período de janeiro de 2009 a dezembro de 2011.

### **4.3. BUSCA DOS DADOS**

A busca dos dados foi realizada no Centro de Saúde 08 de Ceilândia, Brasília - DF e os dados foram armazenados em planilhas do programa Microsoft Excel®.

### **4.4. CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO**

Para classificar os pacientes com hipertensão arterial sistêmica foram utilizados os critérios propostos pela 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, conforme Tabela 1.

### **4.5. CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO PARA DIABETES MELLITUS**

Para avaliação dos resultados do perfil glicêmico dos pacientes foram utilizados os critérios propostos pelas Diretrizes Da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016, conforme Tabela 2.

#### 4.6. CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DAS DISLIPIDEMIAS

Para avaliação dos resultados do perfil lipídico utilizaremos os critérios propostos pela V Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, conforme Tabela 4.

**Tabela 4.** - Classificação dos principais tipos de dislipidemias.

<b>Tipos</b>	<b>Características</b>
<b>Hipercolesterolemia isolada</b>	Elevação isolada do LDL-C ( $\geq 160$ mg/dL)
<b>Hipertrigliceridemia isolada</b>	Elevação isolada dos TGs ( $\geq 150$ mg/dL) Refletindo no aumento do número e/ou do volume de partículas ricas em TG, como VLDL, IDL e quilomícrons, podendo também, utilizar o valor do colesterol não-HDL como indicador de diagnóstico e meta terapêutica.
<b>Hiperlipidemia mista</b>	Valores aumentados de LDL-C ( $\geq 160$ mg/dL) e TG ( $\geq 150$ mg/dL) Nesta situação, o colesterol não-HDL também poderá ser usado como indicador e meta terapêutica. Nos casos em que TGs $\geq 400$ mg/dl, o cálculo do LDL-C pela fórmula de Friedewald é inadequado, devendo-se, então, considerar a hiperlipidemia mista quando CT $\geq 200$ mg/dL.
<b>HDL-C baixo</b>	Redução do HDL-C (homens $< 40$ mg/ dl e mulheres $< 50$ mg/dl) isolada ou em associação a aumento de LDL-C ou de TG

\*Colesterol Total (CT), Triglicerídeos (TG), Lipoproteínas de Baixa Densidade (LDL) e Lipoproteínas de Alta Densidade (HDL).

FONTE: Adaptada da V Diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose (XAVIER et al., 2013).

#### 4.6. ANÁLISES DOS DADOS

Para a descrição e identificação das principais características dos perfis dos pacientes atendidos no centro de saúde 08 de Ceilândia, Brasília – DF e suas

relações foram realizadas uma análise exploratória dos dados em tabelas de frequência relativa e absoluta, para observar as medidas de tendência central.

#### 4.7. COMITÊ DE ÉTICA

O presente projeto obteve o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do CEP/SES/DF, em 2012 sob o protocolo nº **616/2011**.

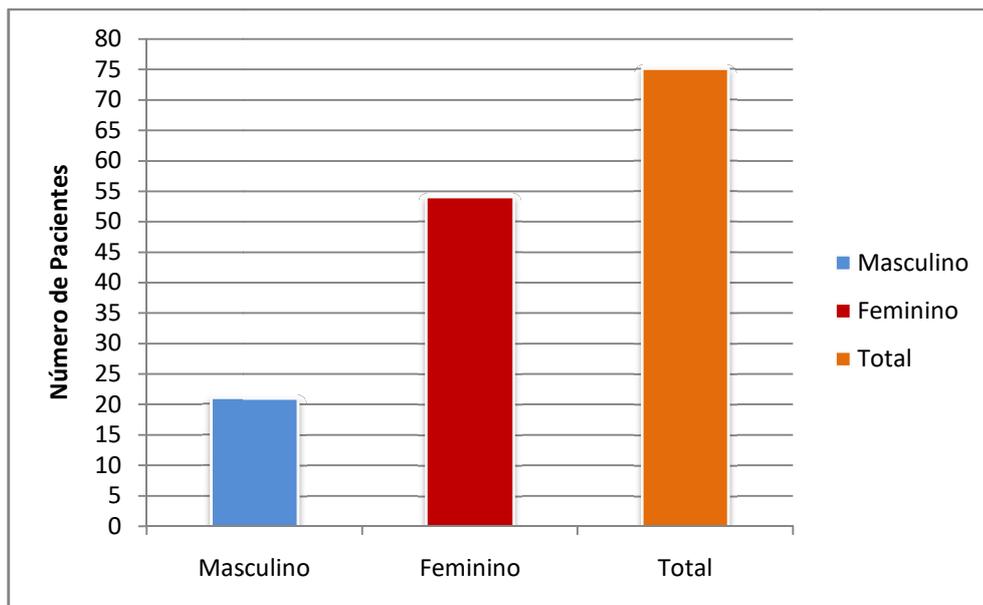
O estudo foi conduzido em conformidade com as instruções das Resoluções nº 196 de 10 de outubro de 1996 e nº 251 de 5 de agosto de 1997 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Por não utilizarmos e termos o acesso aos nomes dos pacientes ou qualquer outra informação que permitisse a identificação pessoal não foi necessário o consentimento do paciente para a utilização dos dados.

### 5. RESULTADOS

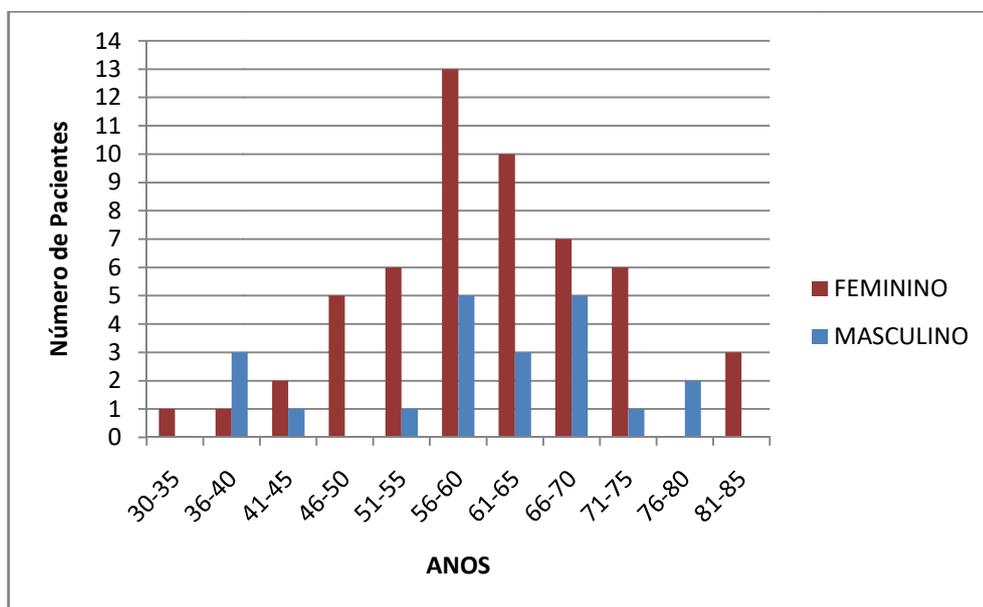
Foram analisados os prontuários de 75 pacientes atendidos entre o período de 2009 a 2011 no centro de saúde 08 de Ceilândia, Brasília-DF observando parâmetros como sexo, idade, presença de hipertensão, presença de diabetes, presença de alguma dislipidemia, tabagismo e presença de alguma comorbidade (obesidade e outras doenças cardíacas) e foram obtidos os seguintes resultados.

Dos 75 prontuários analisados, 72% (n=54) eram de pacientes do sexo feminino e 28% (n=21) do sexo masculino (gráfico 1).



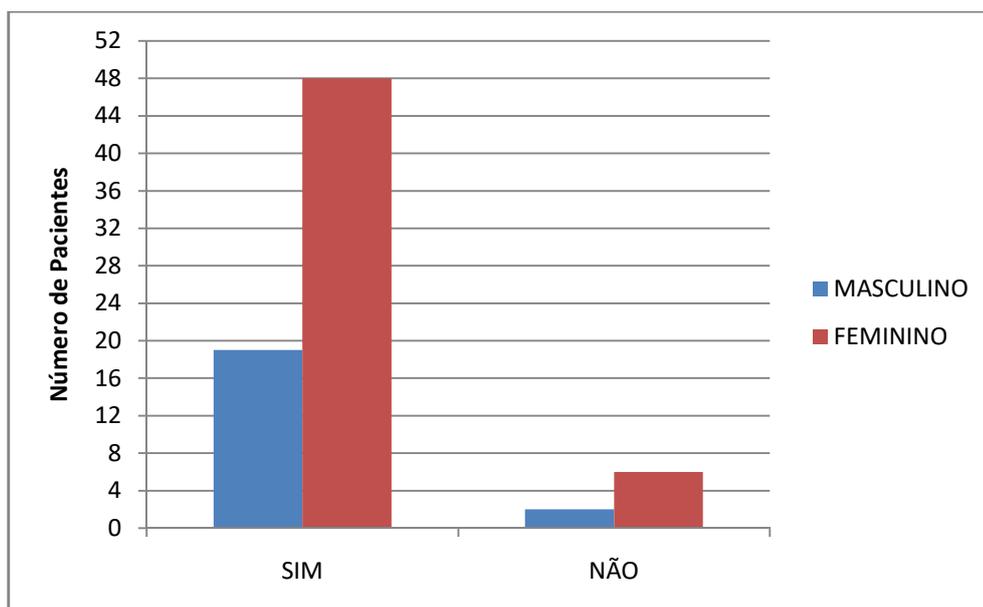
**Gráfico 1. - Número de pacientes por sexo.**

Ao analisarmos a faixa etária dos pacientes (gráfico 2), podemos notar um predomínio de pacientes com a faixa etária a partir dos 56 anos, para ambos os sexos.



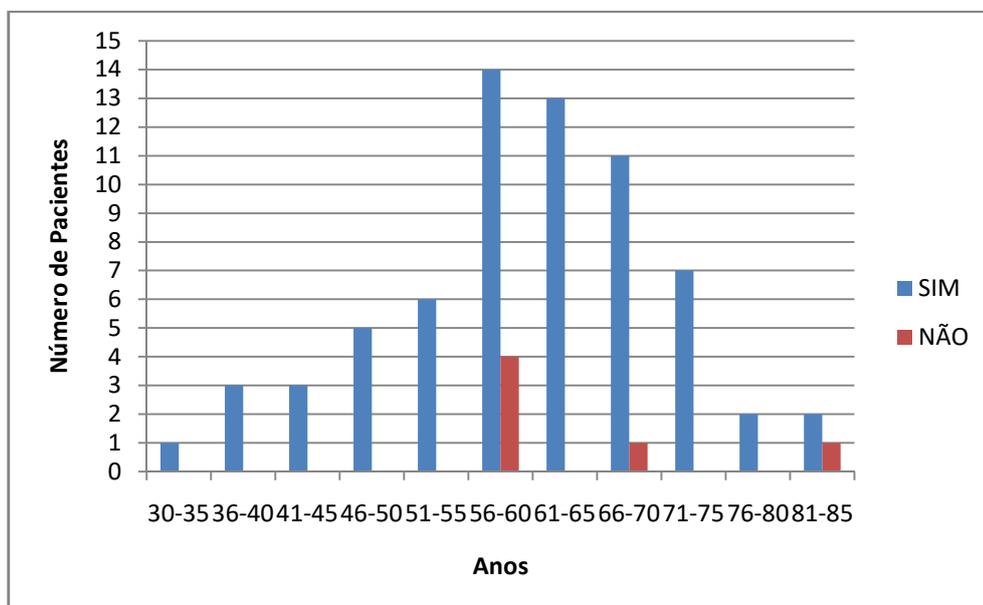
**Gráfico 2. -Faixa etária dos pacientes.**

Já em relação a hipertensão arterial sistêmica 89,3% (n=67) dos pacientes atendidos haviam sido diagnosticados, dos quais 28,4% (n=19) eram do sexo masculino e 71,6% (n=48) do sexo feminino (gráfico 3) e 8 não possuíam hipertensão arterial (sendo 2 do sexo masculino e 6 do sexo feminino).



**Gráfico 3.** -Hipertensão Arterial Sistêmica por sexo.

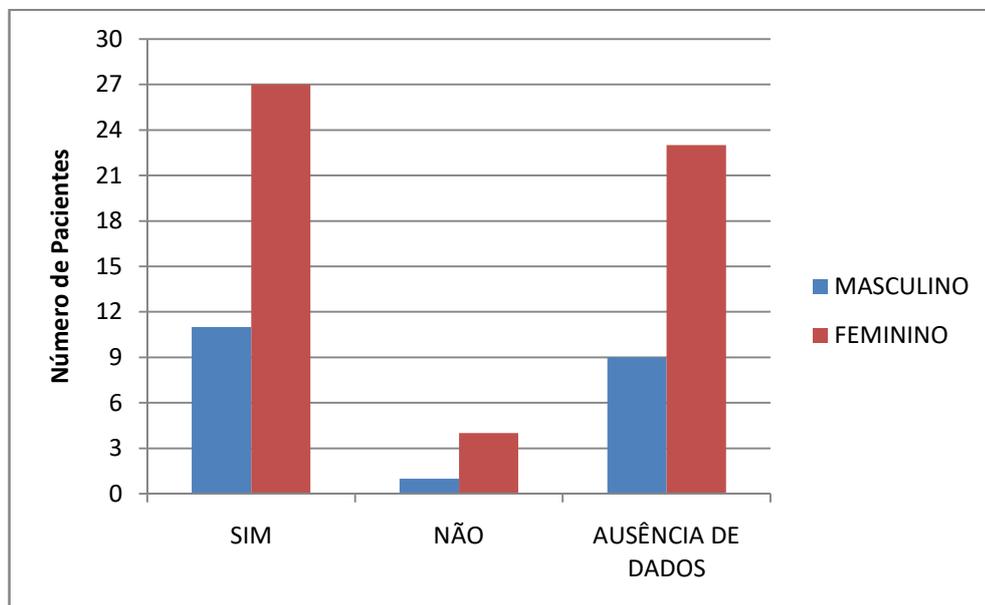
Houve predomínio de pacientes com hipertensão arterial sistêmica na faixa etária de 56 a 60 anos (gráfico 4).



**Gráfico 4.** -Hipertensão Arterial Sistêmica por faixa etária.

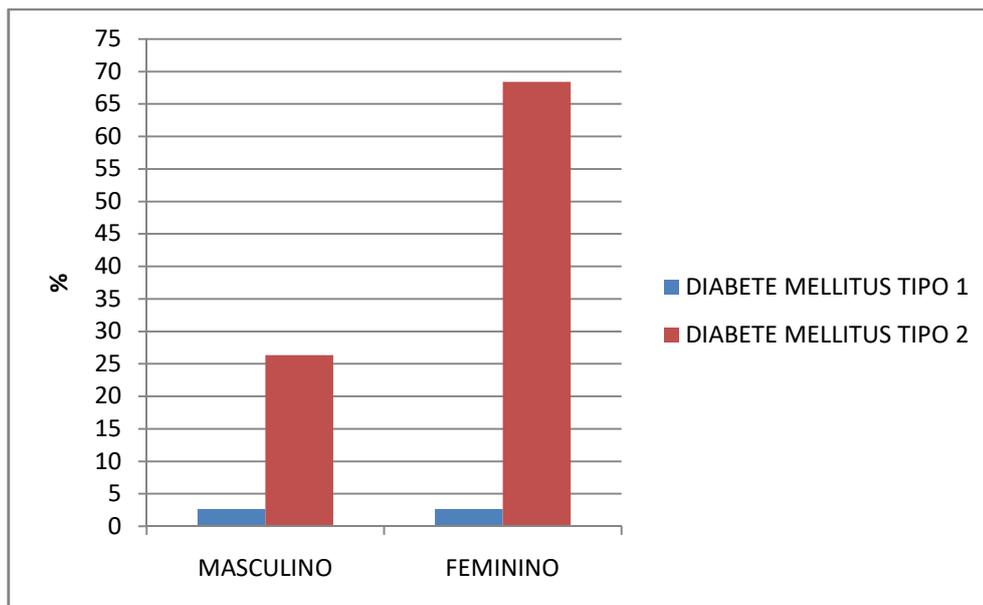
Quanto aos pacientes com diabetes *mellitus* 50,7% (n=38) possuíam ou tipo 1 ou tipo 2 (gráfico 5), sendo 28,9% (n=11) do sexo masculino e 71,1% (n=27) do

sexo feminino, 5 não possuíam essa condição (em que 1 era do sexo masculino e 4 eram do sexo feminino) e não foram obtidos dados do perfil glicêmico de 32 pacientes (sendo 9 do sexo masculino e 23 do sexo feminino).



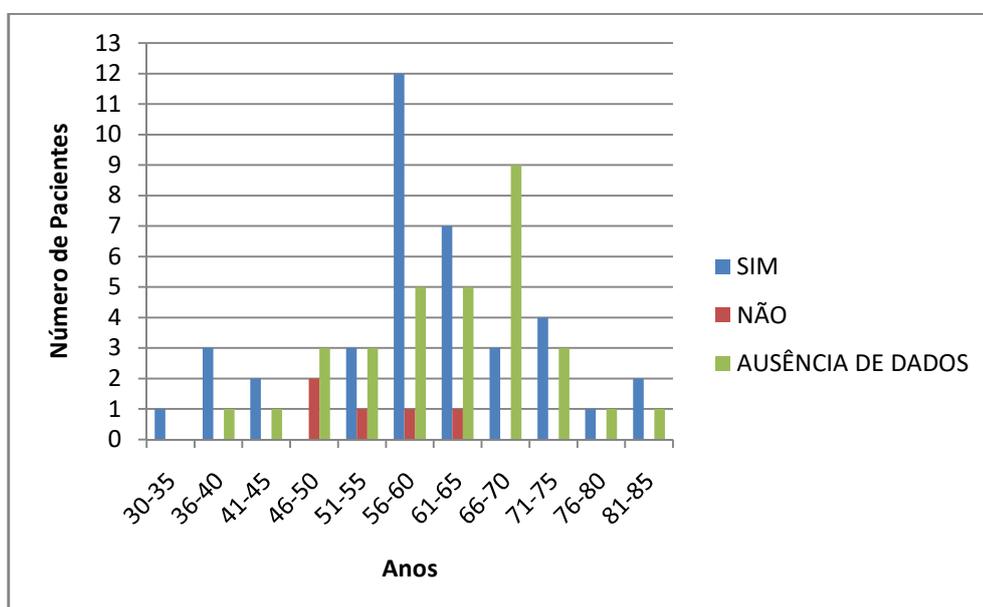
**Gráfico 5.** -Presença de diabetes *mellitus* por sexo.

Dos pacientes com diabetes *mellitus* do sexo masculino 2,63% (n=1) tinham diabetes tipo 1 e 26,32% (n=10) tinham diabetes tipo 2, das pacientes com diabetes *mellitus* do sexo feminino 2,63% (n=1) possuíam diabetes tipo 1 e 68,42% (n=26) possuíam o tipo 2 da diabetes (gráfico 6).



**Gráfico 6.** -Presença de diabetes tipo1 ou tipo 2 em % por sexo.

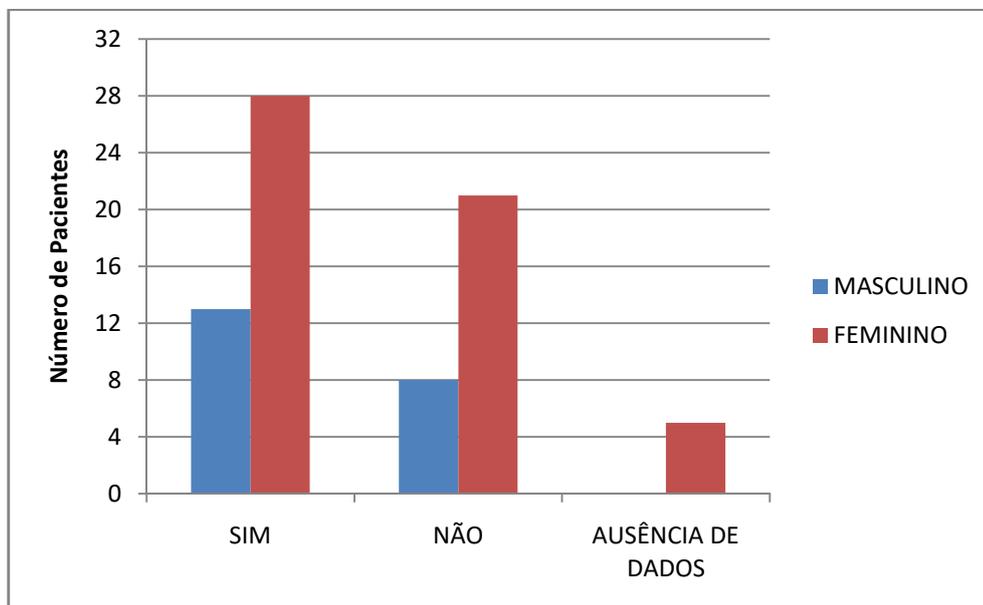
Houve predomínio de pacientes com diabetes *mellitus* tipo 1 ou tipo 2 na faixa etária de 56 a 60 anos (gráfico 7).



**Gráfico 7.** -Diabetes por faixa etária.

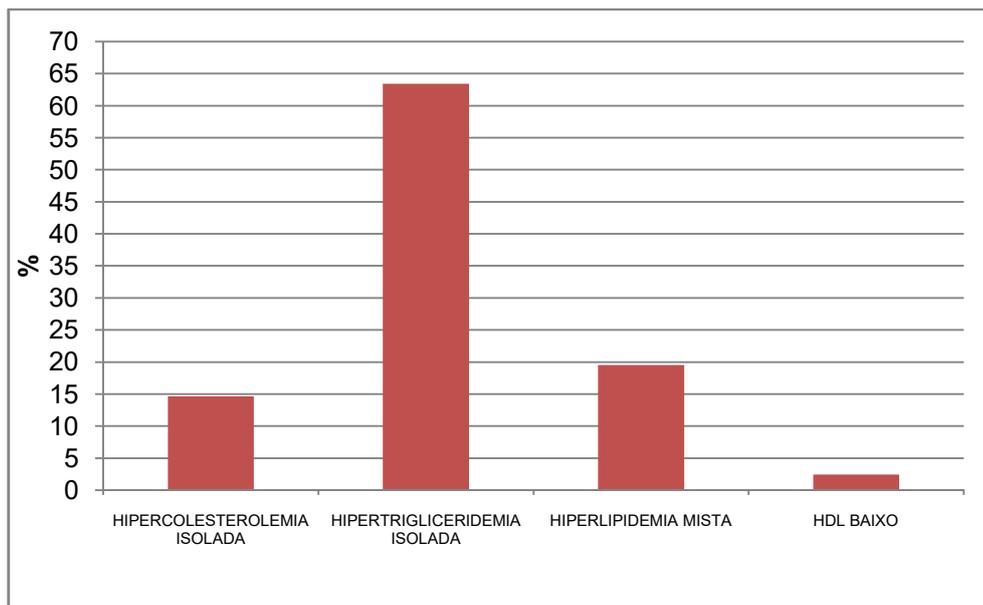
Dos pacientes atendidos 54,7% (n=41) apresentaram algum tipo de dislipidemia (gráfico 8), sendo 31,7% (n=13) do sexo masculino e 68,3% (n=28) do sexo feminino), 38,7% (n=29) não apresentaram dislipidemias (nos quais, 27,6%

(n=8) eram do sexo masculino e 72,4% (n=21) do sexo feminino) e 5 pacientes não haviam dados suficientes do perfil lipídico (sendo todos do sexo feminino).



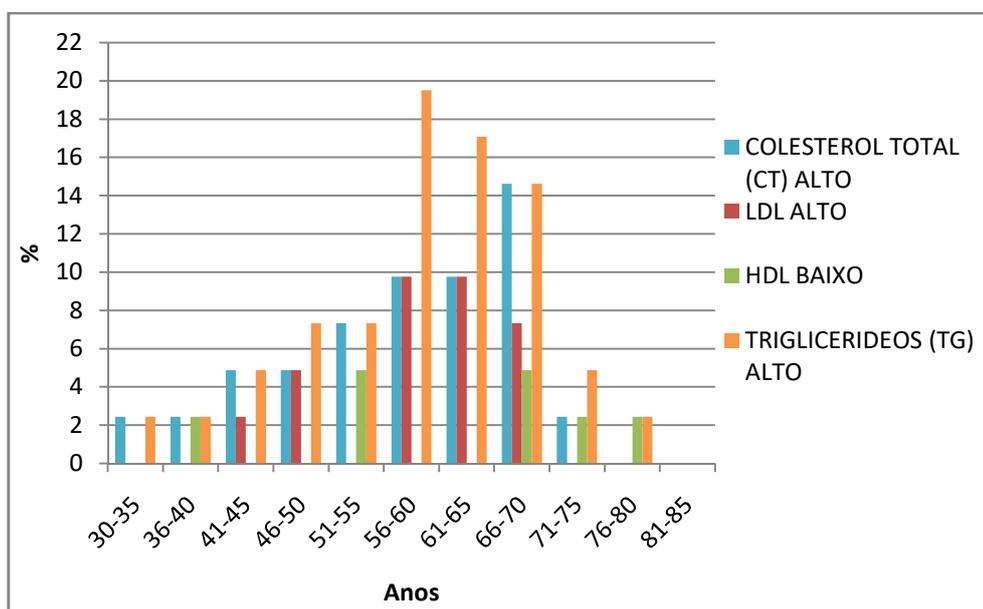
**Gráfico 8.** -Presença de dislipidemias por sexo.

Para estes dados foram considerados os quatro tipos de dislipidemias, hipercolesterolemia isolada (há elevação isolada do LDL > 160 mg/dL) houve 14,63% dos casos; hipertrigliceridemia isolada (há elevação isolada dos níveis de TG > 150 mg/dL) foi a mais prevalente com 63,41% dos casos; hiperlipidemia mista (há elevação do LDL > 160 mg/dL e dos níveis de TG > 150 mg/dL) ocorreu em 19,52% dos pacientes; HDL baixo (redução do HDL, para homens < 40 mg/dL e para mulheres < 50 mg/dL) foi o menos prevalente com 2,44% dos casos (gráfico 9).



**Gráfico 9.** -Presença dos tipos de dislipidemias.

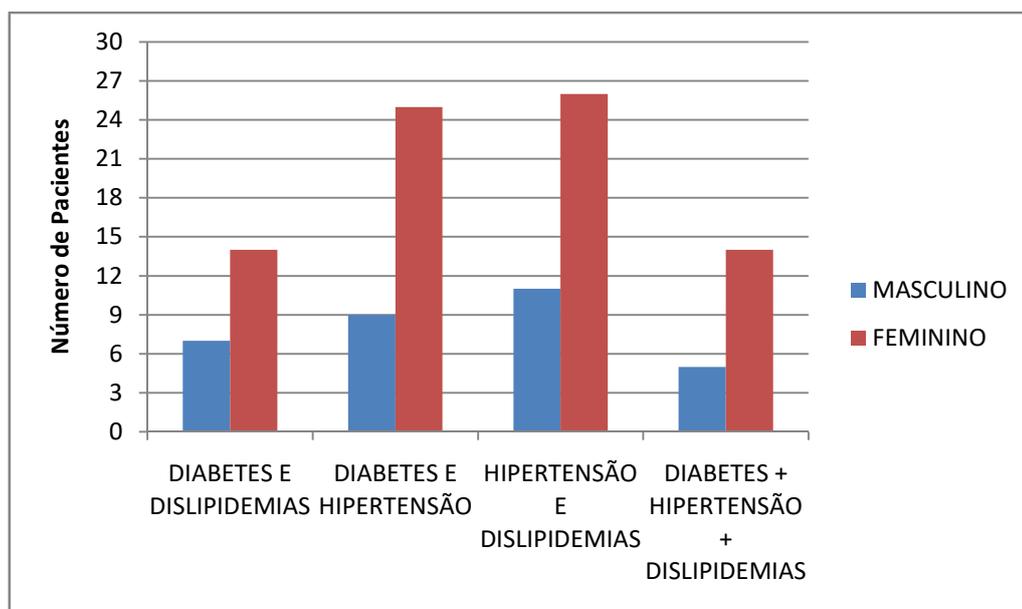
Observou-se que o predomínio de pacientes com dislipidemias também se encontra na faixa etária de 56 a 60 anos (gráfico 10).



**Gráfico 10.** -Presença dos tipos de dislipidemias por faixa etária.

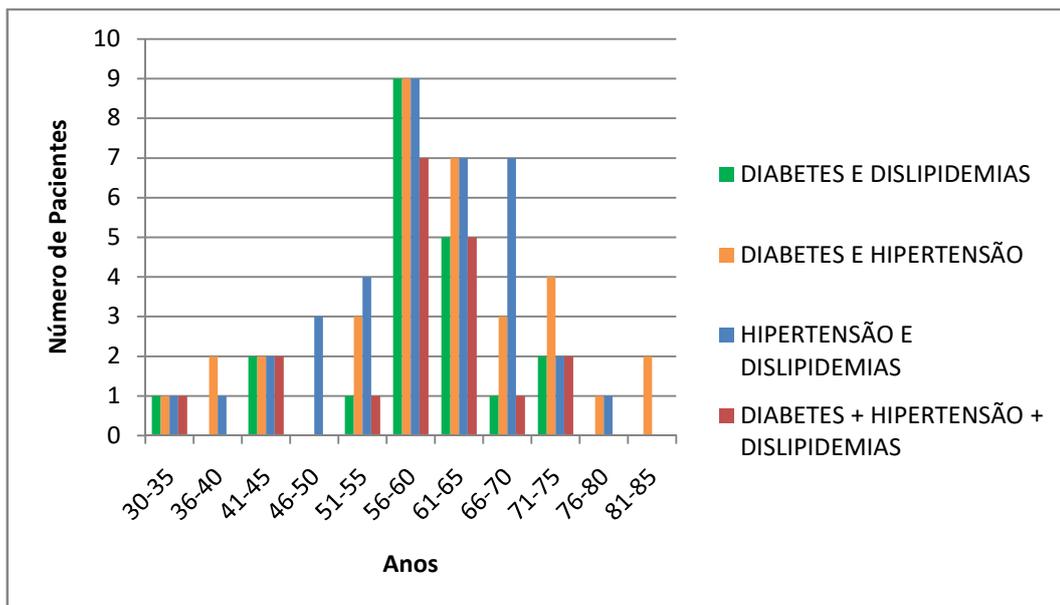
Dos pacientes que possuíam associações de duas ou mais condições foram observados que 28% (n=21) possuíam diabetes e alguma dislipidemia, sendo 33,3% (n=7) do sexo masculino e 66,7% (n=14) do sexo feminino, 45,3% (n=34) possuíam diabetes e hipertensão arterial, sendo 26,5% (n=9) do sexo masculino e 73,5%

(n=25) do sexo feminino, 49,3% (n=37) possuíam hipertensão arterial e algum tipo de dislipidemia, sendo 29,7% (n=11) do sexo masculino e 70,3% (n=26) do sexo feminino e 25,3% (n=19) possuíam associação dessas 3 doenças crônicas não-transmissível, em que, 26,3% (n=5) eram do sexo masculino e 73,7% (n=14) do sexo feminino (gráfico 11).



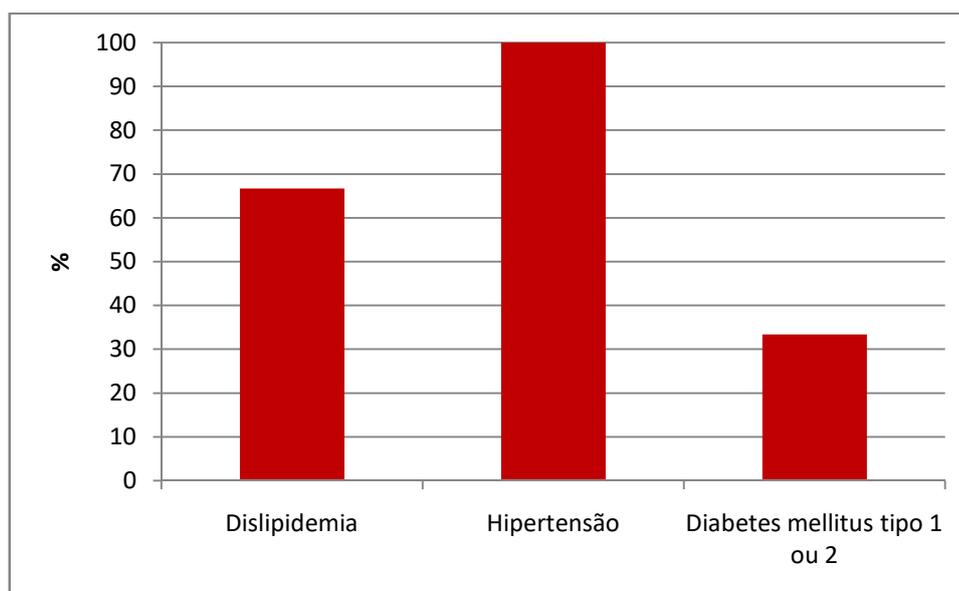
**Gráfico 11.** -Síndromes metabólicas por sexo.

A prevalência de indivíduos com a presença de associação entre duas ou mais das 3 condições foi maior na faixa etária de 56 a 60 anos (gráfico 12).



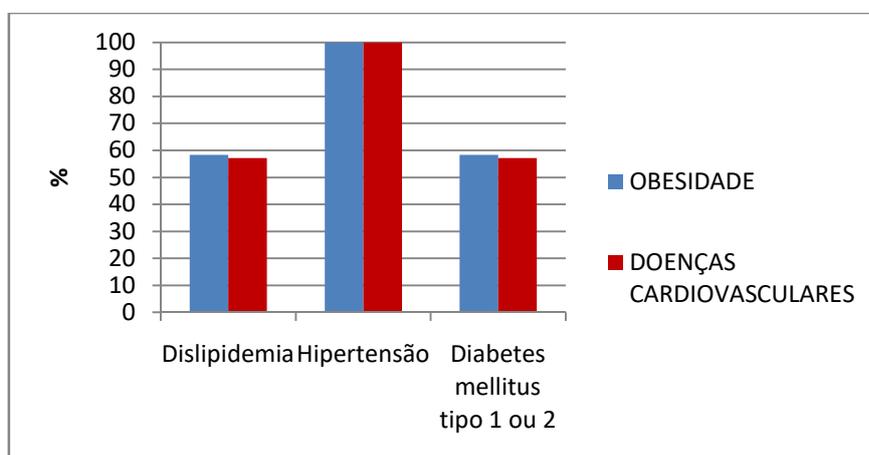
**Gráfico 12.** -Síndromes metabólicas por faixa etária.

Em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças, 8% (n=6) pacientes relataram em seus prontuários ser tabagistas ou ex-tabagistas. Neste estudo 100% dos indivíduos tabagistas (n=6) possuíam hipertensão arterial sistêmica, 33,34% (n=2) possuíam diabetes e 66,67% (n=4) possuíam alguma dislipidemia.



**Gráfico 13.** - Presença das doenças em Tabagistas e ex-tabagistas em %.

Dos prontuários analisados 25,34% (n=19) pacientes possuíam comorbidades como obesidade e outras doenças cardiovasculares, sendo 63,16% (n=12) de pacientes com obesidade e 36,84% (n=7) de pacientes com outras doenças cardiovasculares. Dos pacientes com obesidade 58,34% (n=7) possuíam alguma dislipidemia e dos pacientes com doenças cardiovasculares esse valor foi de 57,14% (n=4), tanto os pacientes com obesidade quanto os pacientes com outra doença cardiovascular (n=12) e (n=7) respectivamente 100% possuíam hipertensão e os pacientes que possuíam obesidade e diabetes representaram 58,34% (n=7) e que possuíam outras doenças cardiovasculares e diabetes representaram 57,14% (n=4) (gráfico 14).



**Gráfico 14.** – Presença das doenças e de comorbidades em %.

## 6. DISCUSSÃO

Neste estudo foi realizado um levantamento das características dos pacientes hipertensos, diabéticos e dislipidêmicos atendidos no centro de saúde 08 de Ceilândia, Brasília - DF, onde verificamos que a prevalência de pacientes do sexo feminino foi superior à de pacientes do sexo masculino, em que 72% dos pacientes eram mulheres e apenas 28% eram homens, semelhante ao estudo realizado por MENDONÇA e colaboradores (2015). Quando avaliado esse parâmetro, nota-se que a prevalência maior em mulheres se dá devido a diferenças metabólicas e hormonais entre homens e mulheres como demonstrado por BARBOSA, GUIMARÃES e SARAIVA (2008), e outro motivo deste ocorrido é que as mulheres

procuram mais os sistemas de saúde do que os homens, assim como exposto no estudo de SILVA, OLIVEIRA e PIERIN (2016). A média de idade da população de estudo foi de 60,36 anos e a prevalência dessas condições aumentou significativamente após os 56 anos, assim como no trabalho realizado por ISER e colaboradores (2011), já que são doenças que normalmente se desenvolvem com o passar dos anos.

A hipertensão arterial sistêmica foi mais prevalente em mulheres, sendo relatada em 71,6% dos 67 casos apresentados. Nos pacientes acima dos 60 anos há uma prevalência maior da hipertensão, assim como demonstrado por YOON, FRYAR e CARROLL (2015). No presente estudo, este grupo representou 52,2% dos casos. Com o avanço da idade e a diminuição do estrógeno nas mulheres pode ocorrer um aumento do tônus vascular, devido ao aumento da reatividade à noradrenalina, acarretando aumento da pressão arterial (BARBOSA, GUIMARÃES, SARAIVA, 2008), o que explica a maior presença de pacientes do sexo feminino.

A prevalência de diabetes *mellitus* tipo 1 ou tipo 2 foi maior em mulheres, atingindo a marca de 71,1% dos 38 casos. Em pacientes acima de 60 anos houve prevalência de 44,7%, semelhante ao resultado obtido por SANCHEZ, PIERIN e MION JR. (2004), com pacientes atendidos no pronto socorro do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. A diabetes é um fator de risco para eventos cardiovasculares e isoladamente aumenta em até 80% o risco de insuficiência cardíaca (BOZKURT et al., 2016).

As dislipidemias foram mais prevalentes em mulheres, representando 68,3% dos 41 casos analisados. Nos pacientes acima de 60 anos houve prevalência de 43,9%, semelhante ao estudo de ISER e colaboradores(2011). As dislipidemias são um importante fator de risco para o desenvolvimento de aterosclerose e demonstram estar relacionadas a um alto índice de mortalidade e eventos cardiovasculares (BOZKURT et al., 2016), a associação com fatores como hipertensão arterial não controlada, envelhecimento, diabetes *mellitus*, tabagismo e obesidade elevam o risco de eventos cardiovasculares (XAVIER et al., 2013). A prática de atividades físicas, redução do peso e alimentação saudável demonstraram ser um componente essencial para a prevenção de doenças cardiovasculares e a associação com o tratamento farmacológico com estatinas demonstrou reduzir significativamente o risco de mortalidade por doenças cardíacas (KOKKINOS et al., 2012).

Dos pacientes analisados, apenas 8% eram tabagistas ou ex-tabagistas, porém, destes, 83,3% tinham associação de duas ou das 3 doenças avaliadas neste estudo. O tabagismo é fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (SBC, 2016).

As comorbidades (como obesidade ou outra doença cardiovascular) são fatores de risco para as três doenças crônicas (BOZKURT et al., 2016), 22,7% dos pacientes possuíam alguma dessas condições e, destes, 70,6% possuíam a associação de duas ou das 3 doenças (hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* tipo 1 ou tipo 2 e dislipidemias).

Todas as doenças crônicas não transmissíveis analisadas neste estudo figuram entre os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Nos últimos anos as doenças cardiovasculares foram uma das principais causas de morte no mundo (SILVA, OLIVEIRA, PIERIN, 2016). O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população fizeram com que houvesse aumento no número de casos desse tipo de doença (SILVA et al., 2017), já que são doenças que normalmente são resultado de um longo período de exposição a fatores de risco e levam em conta fatores genéticos, metabólicos e hábitos de vida (WHO, 2017).

Os hábitos de vida são fatores fundamentais para o desenvolvimento da hipertensão, diabetes *mellitus* e dislipidemias. A falta de atividade física e maus hábitos alimentares acarretam no desenvolvimento dessas doenças e na perda de anos de vida por incapacidade (MACEDO & FAERSTEIN, 2017), em contrapartida a prática de atividades, a alimentação adequada e a redução do peso corpóreo contribuem para redução dos riscos e prevenção do desenvolvimento de doenças cardiovasculares (BOZKURT et al., 2016).

Um dos fatores que dificultam este tipo de estudo é a falta de informações registradas nos prontuários dos pacientes. Os prontuários com informações incompletas prejudicam a classificação do perfil destes pacientes e atrasam o estudo.

## 7. CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que houve maior prevalência de pacientes do sexo feminino assim como no estudo de MENDONÇA e colaboradores (2015) e maior prevalência de pacientes a partir dos 56 anos.

O sexo dos pacientes não foi fator determinante para o desenvolvimento das doenças, visto que, assim como exposto no estudo de SILVA, OLIVEIRA e PIERIN (2016), a maior prevalência de pacientes do sexo feminino se deu porque as mulheres procuram mais os serviços de saúde do que os pacientes do sexo masculino.

O envelhecimento foi fator determinante para o desenvolvimento dessas condições assim como no trabalho realizado por ISER e colaboradores (2011), já que são doenças que normalmente aparecem com longos anos de exposição a fatores de risco.

Neste estudo o tabagismo demonstrou ser fator de risco para o desenvolvimento das doenças, assim como o exposto pela SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2016).

As comorbidades como obesidade e presença de outras doenças cardiovasculares também demonstraram ser um fator de predisposição para o desenvolvimento dessas doenças, assim como no estudo de BOZKURT e colaboradores (2016).

Como já mostrado por MACEDO & FAERSTEIN (2017) e pela WORLD HEALTH ORGANIZATION (2017), os maus hábitos de vida contribuem para o desenvolvimento dessas doenças crônicas não transmissíveis. Já a prática de atividades físicas, bons hábitos alimentares e perda de peso, diminuem os riscos e previnem o desenvolvimento dessas doenças, assim como descrito por BOZKURT e colaboradores (2016).

A falta de dados nos prontuários dos pacientes é algo preocupante e mostra descaso com a atenção primária em saúde. Essa ausência de dados sugere que a Política Nacional de Atenção Básica não tem atuado de forma eficaz na prática.

## 8. REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes - 2017. **Diabetes care**, Local, v.40, supplement 1, 2017.

BARBOSA, E.; GUIMARÃES, J. I.; SARAIVA, R. Hipertensão arterial sistêmica e a mulher. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, ano 16, n.15, p. 1-5, 2008.

BONFIM, M. R.; et al. Tratamento da dislipidemias com estatinas e exercícios físicos: Evidências recentes das respostas musculares. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 104, n. 4, p. 324-332, 2015.

BOZKURT, B. et al. Contributory risk and management of comorbidities of hypertension, obesity, diabetes mellitus, hyperlipidemia, and metabolic syndrome in chronic heart failure. **American Heart Association Journals, Clinical Statements and Guidelines**, v. 134, p. 1-44, 2016.

CESARINO, C. B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto - SP. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.91, n.1, julho de 2008.

CODEPLAN. Ceilândia. **Pesquisa distrital por amostra de domicílios PDAD - 2015**, Brasília, dezembro de 2015. Disponível em: <[http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa\\_socioeconomica/pdad/2015/PDAD\\_Ceilandia\\_2015.pdf](http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2015/PDAD_Ceilandia_2015.pdf)>. Acesso em: 15 de maio de 2017.

CODEPLAN. RA IX – Ceilândia. **DEURA – Diretoria de estudos urbanos e ambientais**, Brasília, 2015. Disponível em: <[http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa\\_socioeconomica/DEURA/Estudo\\_Urbano\\_Ambiental-Ceilandia\\_2015.pdf](http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/DEURA/Estudo_Urbano_Ambiental-Ceilandia_2015.pdf)>. Acesso em: 21 de maio de 2017.

ISER, B. P. M.; et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis obtidos por inquérito telefônico – VIGITEL Brasil - 2009. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 1, p. 90-102, 2011.

KOKKINOS, P. F. et al. Interactive effects of fitness and statin treatment on mortality risk in veterans with dyslipidaemia: a cohort study. **Cardiology Department, Veterans Affairs Medical Center**, v.381, n.9864, p. 394-399, 2012.

MACEDO, L. E. T.; FAERSTEIN, E. Colesterol e a prevenção de eventos ateroscleróticos: limites de uma nova fronteira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 2017.

MALTA, D. C.; SILVA JR., J. B. 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. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.

MENDONÇA, E. T.; et al. Perfil sociodemográfico, clínico e cardiovascular adicional de indivíduos hipertensos. **Revista de Enfermagem UFPE OnLine**, Recife, v. 9, n. 12, p. 1182-1189, 2015.

RONCA, D. B.; KNOX, M. B.; TINOCO, S. G. G. Mortalidade fatores de risco e proteção das doenças crônicas não transmissíveis no DF. **Boletim Epidemiológico DCNT GEDANT/DIVEP/SVS/SES-DF**, Brasília, n.1, junho de 2016. Disponível em: <[http://www.saude.df.gov.br/images/Informativos/2016/Boletim\\_epidemiologico\\_DCNT-junho\\_2016.pdf](http://www.saude.df.gov.br/images/Informativos/2016/Boletim_epidemiologico_DCNT-junho_2016.pdf)>. Acesso em: 23 de maio de 2017.

SANCHEZ, C. G.; PIERIN, A. M. G.; MION JR., D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em pronto socorro e em tratamento ambulatorial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 90-98, 2004.

SES-DF. **Unidades de saúde vinculadas**. Sobre a secretaria. Hospitais. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/266-regional-de-saude-de-ceilandia.html>>. Acesso em: 24 de maio de 2017.

SILVA, A. R. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v.66, n.1, p. 45-51, 2017.

SILVA, S. S. B. E.; OLIVEIRA, S. F. S. B.; PIERIN, A. M. G. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n.1, p. 50-58, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, volume 107, n.3, (supl.3), 1-103, setembro de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2015-2016. **Diretrizes SBD 2015-2016**, São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>. Acesso em: 29 de maio de 2017.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **Sobre a FCE**. Histórico, Brasília, 2014. Disponível em <<http://fce.unb.br/sobre-a-fce>>. Acesso em: 30 de abril de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility. **Global status report on non communicable diseases 2014**, Geneva, 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf)>. Acesso em: 27 de maio de 2017.

XAVIER, H. T. et al. V Diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, volume 101, n.4, outubro de 2013.

YOON, S. S.; FRYAR, C. D.; CARROLL, M. D. Hypertension prevalence and control among adults: United States, 2011-2014. **National Center for Health Statistics**, v. 220, p. 1-8, 2015.