Perfil epidemiológico dos pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de Cardiologia de uma universidade do extremo-sul catarinense no período de 2017

Epidemiological profile of patients with hypertension at a cardiology outpatient clinic of a university in the extreme south of Santa Catarina in 2017

Alexandre Possamai Della Silva[1], Rafael Tassi Lara[2], Iury Maruchi Gonçalves[3]
Maurício Svaisser Bacha[4], Pedro Gabriel Ambrosio[5], Amanda Cirimbelli Bolan[6], Kristian Madeira[7]

RESUMO

Introdução: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a condição crônica mais comum tratada por profissionais de saúde, sendo considerada um grande problema de saúde pública por sua alta prevalência, baixas taxas de controle e associação com doenças de alta morbimortalidade. Dessa forma, é importante reconhecer o perfil epidemiológico dos pacientes hipertensos de um ambulatório de cardiologia, para avaliar os fatores de risco e realizar intervenções preventivas, objetivando reduzir sua incidência e obter controle precoce para que se evitem complicações futuras. **Métodos**: Estudo observacional retrospectivo, com coleta de dados secundários e abordagem quantitativa, mediante prontuários de pacientes hipertensos atendidos no Ambulatório de Cardiologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc) no período de 2017. **Resultados**: Foram incluídos 181 pacientes, com predomínio de mulheres (71,3%), da raça branca (73,5%), entre 61 e 70 anos (35,4%), com história familiar positiva (75,7%). A maioria sedentária (70,2%), com sobrepeso (29,3%) e algum grau de obesidade (49,7%). Eram não fumantes (62,4%) e não etilistas (94,5%). Quando avaliadas as comorbidades associadas, houve predomínio de dislipidemia (44,8%), *diabetes mellitus* (33,1%) e doença arterial coronariana (23,8%). A associação de dois medicamentos foi a mais utilizada (41,4%), sendo as classes mais prevalentes os diuréticos (63%), bloqueadores dos receptores de angiotensina (61,9%) e betabloqueadores (42%). **Conclusão**: Perfil geral dos pacientes hipertensos atendidos no Ambulatório de Cardiologia da Unesc é de mulheres brancas com idade entre 61-70 anos, com história familiar positiva, sedentárias com sobrepeso e obesidade, com comorbidades associadas e em tratamento medicamentoso com associação de anti-hipertensivos.

UNITERMOS: Hipertensão, Perfil epidemiológico, Fatores de risco

ABSTRACT

Introduction: *Systemic arterial hypertension is the most common chronic condition treated by healthcare professionals, being considered a large public health problem due to its high prevalence, low control rate, and association with diseases that have high morbidity and mortality rates. Therefore, it is important to understand the epidemiological profile of patients with hypertension at a cardiology outpatient clinic in order to assess risk factors and perform preventive interventions, aiming to reduce the incidence of this condition and achieve early control so that future complications are avoided.* ***Methods:*** *This is an obser-*

[1] Médico pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma/SC.
[2] Médico pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma/SC.
[3] Médico pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma/SC.
[4] Médico pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma/SC.
[5] Licenciado em Matemática pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma/SC.
[6] Médica Cardiologista pela Santa Casa de Misericórdia, Porto Alegre/SC
[7] Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma/SC.

vational retrospective study with secondary data collection and a quantitative approach; we used medical records of patients with hypertension receiving care at the cardiology outpatient clinic of a university in the extreme south of Santa Catarina (UNESC) in 2017. ***Results:*** *We included 181 patients, who were mostly women (71.3%), White (73.5%), aged between 61 and 70 years (35.4%), with positive family history (75.7%). Most of them had a sedentary lifestyle (70.2%), were overweight (29.3%), and had some degree of obesity (49.7%). Most of them did not smoke (62.4%) or drink alcohol (94.5%). When analyzing associated comorbidities, there was a predominance of dyslipidemia (44.8%), diabetes mellitus (33.1%), and coronary artery disease (23.8%). Most of them were treated with an association of two medications (41.4%), which mainly belonged to the classes of diuretics (63%), angiotensin receptor blockers (61.9%), and betablockers (42%).* ***Conclusion:*** *The general profile of patients with hypertension receiving care at the cardiology outpatient clinic of UNESC were White women aged between 61 and 70 years, with positive family history, a sedentary lifestyle with overweight and obesity, associated comorbidities, and using an association of anti-hypertensive medications.*

KEYWORDS: Hypertension, Epidemiological Profile, Risk Factors

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença multifatorial, caracterizada por elevação sustentada da pressão maior ou igual a 140 e/ou 90 mmhg (1). É considerada um grande problema de saúde pública devido à sua alta prevalência e às baixas taxas de controle, contribuindo significativamente nas causas de morbidade e mortalidade cardiovascular (2).

É a condição crônica mais comum tratada por médicos e outros profissionais de saúde, sendo que sua incidência vem sendo impulsionada pelo aumento da idade populacional e da alta prevalência de obesidade nas populações desenvolvidas e em desenvolvimento (1).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), a prevalência de HAS em adultos é de 29,2% dos homens e 24,8% das mulheres, levando à prevalência mundial estimada em mais de 1 bilhão de indivíduos. No Brasil, atinge cerca de 32,5% de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doenças cardiovasculares (3).

Os principais fatores de riscos relacionados com a HAS são idade, raça, história familiar, gênero, sobrepeso ou obesidade, e hábitos de vida não saudáveis, como sedentarismo, consumo abusivo de álcool, tabagismo e consumo abusivo de sal (4).

A HAS pode ser tratada e controlada, através de mudanças no estilo de vida e com o uso de medicamentos (5), tais como inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores de angiotensina II (BRA), diuréticos tiazídicos, bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) e betabloqueadores (4). Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos pacientes pelas equipes da saúde é fundamental, pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros (5).

Em torno de 54% dos acidentes vasculares encefálicos (AVE) e 47% das doenças coronarianas em todo o mundo são relacionados à HAS, que também é fator de risco para doenças como insuficiência cardíaca congestiva (ICC), doença renal crônica (DRC), declínio cognitivo e outras doenças (3).

No presente trabalho, buscou-se conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de Cardiologia de uma Universidade do Extremo Sul Catarinense no período de 2017.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Cardiologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc), onde são atendidos, em média, mais de 350 pacientes por ano. Foi feito um estudo observacional retrospectivo, com coleta de dados secundários e abordagem quantitativa. Foram avaliados prontuários de pacientes, atendidos no ambulatório supracitado, durante o ano de 2017. A pesquisa engloba pacientes com HAS, levantando dados sobre idade, sexo, raça, história familiar de primeiro grau, IMC (índice de massa corporal), quantidade de anti-hipertensivos utilizada, comorbidades associadas (*diabetes mellitus*, doença arterial coronariana e doença renal crônica), tabagismo, etilismo e sedentarismo.

A amostra foi composta por 181 pacientes, sendo a coleta de dados realizada por acadêmicos de Medicina, voluntários da Unesc. Foram incluídos na pesquisa pacientes atendidos no Ambulatório de Cardiologia da Unesc com idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos os pacientes portadores de hipertensão secundária, insuficiência cardíaca congestiva e arritmias.

Todos os aspectos éticos e legais foram respeitados, sendo que a pesquisa se iniciou após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Unesc, sob o parecer de número 2798587.

Os dados foram digitalizados e analisados em planilhas do software IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. As variáveis foram descritas por meio de frequência e porcentagem.

RESULTADOS

Neste estudo, foram avaliados os prontuários de 353 pacientes atendidos em 2017 no Ambulatório de Cardio-

Tabela 1. Fatores de risco não modificáveis dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica avaliados nas Clínicas Integradas da Unesc no ano de 2017.

	n (%) n = 181
Idade (anos)	
Abaixo de 50	36 (19,9)
Entre 51 e 60	46 (25,4)
Entre 61 e 70	64 (35,4)
Entre 71 e 80	28 (15,5)
Mais de 80	7 (3,9)
Sexo	
Feminino	129 (71,3)
Masculino	52 (28,7)
Raça	
Branco	133 (73,5)
Negro	13 (7,2)
Não informado	35 (19,3)
HMF	
Sim	137 (75,7)
Não	44 (24,3)

HMF - História Mórbida Familiar
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 2. Fatores de risco modificáveis dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica avaliados nas Clínicas Integradas da Unesc no ano de 2017.

	n (%) n = 181
Tabagismo	
Sim	13 (7,2)
Não	113 (62,4)
Ex-tabagista	55 (30,4)
Etilismo	
Sim	5 (2,8)
Não	171 (94,5)
Ex-etilista	5 (2,8)
Sedentarismo	
Sim	127 (70,2)
Não	54 (29,8)
IMC	
Abaixo de 18,5	1 (0,6)
De 18,5 a 24,9	14 (7,7)
De 25 a 29,9	53 (29,3)
De 30 a 34,9	54 (29,8)
De 35 a 39,9	24 (13,3)
Acima de 39,9	12 (6,6)
Não informado	23 (12,7)

IMC - Índice de Massa Corporal
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 3. Análise das comorbidades associadas dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica avaliados nas Clínicas Integradas da Unesc no ano de 2017.

	n (%) n = 181
Diabetes Mellitus	
Sim	60 (33,1)
Não	121 (66,9)
Doença renal crônica	
Sim	11 (6,1)
Não	170 (93,9)
Doença arterial coronariana	
Sim	43 (23,8)
Não	138 (76,2)
Dislipidemia	
Sim	81 (44,8)
Não	100 (55,2)
Nenhuma	
Sim	38 (21)
Não	143 (79)
Outras	
Sim	35 (19,3)
Não	146 (80,7)

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

logia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, sendo que, destes, 181 apresentavam critérios de inclusão para análise, representando 51,27% dos pacientes. A Tabela 1 mostra o perfil dos fatores de risco não modificáveis para o desenvolvimento de HAS.

A partir da análise dos dados, foi constatado que a faixa etária mais prevalente se encontrou no intervalo de 61 a 70 anos, representando 35,4% da amostra. Apenas 7% dos pacientes mostraram-se com idade acima de 80 anos, e 19,9% abaixo dos 50 anos. Com relação ao gênero, houve uma predominância do sexo feminino, com 71,3%. A raça predominante encontrada foi a branca, com 73,5% dos pacientes, enquanto a raça negra representou 7,2%, sendo que em 19,3% dos prontuários este dado não foi informado. A história familiar mostrou-se positiva em 75,7% da amostra.

A Tabela 2 ilustra o perfil dos fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de HAS. Houve predominância da faixa de IMC de 25 a 29,9 e 30 a 34,9, com 29,3% e 29,8%, respectivamente, contrastando com 6,6%

Tabela 4. Análise do tratamento medicamentoso dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica avaliados nas Clínicas Integradas da Unesc no ano de 2017.

	n (%) n = 181
Quantidade de anti-hipertensivos	
Um	38 (21)
Dois	75 (41,4)
Três	51 (28,2)
Mais de três	17 (9,4)
Diurético	
Sim	114 (63)
Não	67 (37)
IECA	
Sim	48 (26,5)
Não	133 (73,5)
BRA	
Sim	112 (61,9)
Não	69 (38,1)
Betabloqueador	
Sim	76 (42)
Não	105 (58)
BCC	
Sim	52 (28,7)
Não	129 (71,3)
Outros	
Sim	6 (3,3)
Não	175 (96,7)

IECA - Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina; BRA - Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina II; BCC - Bloqueadores dos Canais de Cálcio
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

acima de 39,9 e 7,7% entre 18,5 e 24,9. Houve 12,7% de prontuários com o dado não informado; com relação ao tabagismo, 7,2% são fumantes atuais, 62,4% negaram este fator, e 30,4% são ex-tabagistas. Etilismo atual esteve presente em 2,8% dos pacientes, foi negado em 94,5%, e 2,8% afirmaram serem ex-etilistas; 70,2% dos pacientes relataram sedentarismo.

A Tabela 3 informa as comorbidades associadas à HAS. *Diabetes mellitus* esteve presente em 33,1% da amostra, doença renal crônica em 6,1%, doença arterial coronariana em 23,8% e dislipidemia em 44,8%. Nenhuma comorbidade foi relatada em 21% dos pacientes, e em 19,3%, outras comorbidades menos prevalentes foram relatadas.

Na Tabela 4, vemos a quantidade de medicamentos anti-hipertensivos utilizados, bem como as classes farmacológicas, nos pacientes em tratamento para HAS. Em ordem decrescente, a quantidade de anti-hipertensivos utilizada foi de dois (41,4%), três (28,2%), um (21%) e mais de três (9,4%). Diuréticos foram a classe mais prevalente dos pacientes, estando presente em 63% da amostra, seguido de bloqueadores do receptor de angiotensina-2 (61,9%), betabloqueadores (42%), bloqueadores do canal de cálcio (28,7%) e inibidores da enzima conversora de angiotensina (26,5%). Outros medicamentos menos comumente utilizados estiveram presentes em 3,3% dos pacientes.

DISCUSSÃO

De acordo com a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, há uma associação direta e linear entre o envelhecimento e a prevalência de HAS, relacionados com o aumento da expectativa de vida da população brasileira e o aumento da população de idosos (4). No presente estudo, ocorre um crescimento da prevalência de HAS de acordo com a faixa etária, sendo mais encontrada na população de 61 a 70 anos, representando 35,4% da amostra; houve queda no número de pacientes a partir de 71 anos. Esses resultados corroboram com a literatura (6,7), em que foi encontrada uma média de idade de 64 anos, assim como o aumento do número de pacientes hipertensos até a faixa etária de 70 anos, com queda a partir desta idade.

A prevalência de HAS no estudo foi predominante no sexo feminino, representando 71,3% da amostra. Esse resultado está de acordo com Dias, EM *et al.*, onde foi demonstrado que, na amostra de pacientes com HAS, 82% eram mulheres (8). Resultados similares foram encontrados no estudo de Silveira, J. *et al.*, no qual 66,4% dos pacientes com HAS eram do sexo feminino (9). Dados da literatura sugerem um aumento da prevalência em virtude de ganho de peso e alterações hormonais após a menopausa; devido a isso, após a quinta década de vida, a incidência de HAS aumenta mais rapidamente nas mulheres (10).

Em relação à raça, foi demonstrado em um estudo que a mesma é um fator de risco independente para o desenvolvimento de HAS, além de ocorrer mais precocemente e estar associado a um maior número de lesões em órgãos-alvo (11). Em nosso estudo, foi demonstrada predominância da raça branca em relação à negra, com 71,3% e 7,2%, respectivamente; 19,3% dos prontuários não informaram este dado. Resultado semelhante ao encontrado no estudo de Pierin, AMG *et al.*, em que se avaliaram hipertensos em um hospital da cidade de São Paulo, no qual a maioria era da raça branca, com 63% da amostra (12). Os autores acredi-

tam que este resultado encontrado possa ter ocorrido devido à distribuição racial desigual em nossa região de estudo, onde há maior prevalência da raça branca.

Referente à história familiar de HAS, está bem evidente na literatura sua associação (4). A história familiar para HAS foi positiva em 75,7% do presente estudo. Resultado semelhante ao encontrado no estudo de Nunes TM *et al*, onde se avaliou uma população idosa de hipertensos em Tubarão, Santa Catarina, no qual foi encontrada uma prevalência de 73% de história família positiva (13).

No presente estudo, foi destacado que 49,7% dos pacientes apresentavam IMC acima de 30 Kg/m², enquanto 29,3% estiveram na faixa de sobrepeso, e apenas 7,7% na faixa normal; dados estes semelhantes ao estudo de Jardim *et al*, em que 48,8% dos hipertensos apresentavam IMC igual ou acima de 25Kg/m² (14). Estudos mostram que a associação entre o aumento de peso e a HAS está relacionada à hiperinsulinemia, a qual é decorrente da resistência periférica à insulina, que, por sua vez, promove ativação do sistema nervoso simpático e do sistema renina-angiotensina-aldosterona, contribuindo para o aumento da PA (15). Conclui-se que o aumento de peso está diretamente relacionado ao aumento da PA, sendo muito importante medidas de controle para redução do IMC em pacientes hipertensos (4).

No estudo em questão, foi demonstrada uma prevalência global baixa de tabagistas atuais, representando 7,2% da amostra, enquanto o percentual de ex-fumantes foi de 30,4%, e 62,4% dos pesquisados nunca haviam fumado antes. Segundo a VII Diretriz Brasileira de HAS, não há evidências de que a cessação do tabagismo irá ter impacto direto na redução da PA, porém o hábito de fumar é apontado como fator negativo no controle da HAS, além de ser fator de risco para doenças cardiovasculares e inúmeras outras doenças (4).

A VII Diretriz Brasileira de HAS destaca o uso abusivo crônico de álcool como fator de risco para aumento da PA de forma consistente (4). Costa *et al.* demonstraram uma relação direta entre uso abusivo de álcool, mau controle da HAS e menor desfecho de consultas médicas (16). Porém, alguns autores sugerem que há um benefício no consumo moderado, a exemplo da ingesta de uma taça de vinho por dia, sobre as doenças isquêmicas cardíacas, mesmo na presença de HAS já estabelecida (17). No estudo em questão, 94,5% negaram etilismo e 2,8% relataram etilismo atual, enquanto 2,8% eram ex-etilistas.

Está bem estabelecida na literatura a relação entre sedentarismo e aumento dos níveis pressóricos (4). De acordo com o I Guia de Prevenção Cardiovascular, pelo menos trinta minutos por dia de exercícios de intensidade moderada cinco vezes na semana são recomendados para pessoas com ou sem HAS, possuindo importante efeito protetor contra doenças cardiovasculares (18). No presente trabalho, foi encontrada uma prevalência de 70,2% de sedentarismo entre os analisados, dado que corrobora com outros estudos da literatura (12,13). Estudos demonstram reduções médias de 3 e 2,4 mmHg nas PA sistólica e diastólica, respectivamente, após treinamento aeróbico, sendo essa redução mais expressiva em hipertensos (6,9 e 4,9 mmHg) (19); diminuição esta evidenciada nos dois sexos, independentemente de outros fatores, como perda de peso, e com magnitude semelhante ao tratamento medicamentoso (19).

Entre as comorbidades concomitantes dos pacientes hipertensos, Dislipidemia e *Diabetes Mellitus* foram as mais encontradas, com 44,8% e 31,8%, respectivamente. Doença arterial coronariana representou 23,8% e doença renal crônica, 6,1%. Apenas 21% não possuíam nenhuma comorbidade associada. Em um estudo em que se procurou analisar o perfil de pacientes hipertensos em um núcleo de saúde da família no município de Ribeirão Preto, São Paulo, encontrou-se uma prevalência de DM de 22,3%, dislipidemia de 20,7%, doença renal crônica de 1,5% e doença cerebrovascular de 4,7% (20). Os autores concluem que, apesar de valores distintos encontrados entre esses estudos, fica claro que há associação entre HAS e essas doenças crônicas. Está claro na literatura que a presença de doença aterosclerótica evidente ou subclínica, ou de DM2 e DRC coloca o paciente em um risco de apresentar um evento cardiovascular em 10 anos de mais de 20% (4).

De acordo com o estudo *Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community*, o tratamento medicamentoso deve ser iniciado em pacientes com PA > 140/90 mmHg, nos quais a terapia não medicamentosa não foi eficaz em controlar os níveis de PA em 90 dias. Níveis de PA > 160/100 mmHg, ou a presença de risco cardiovascular elevado já são indicativos de tratamento medicamentoso imediato. Para os pacientes idosos (>80 anos), o ponto de corte para se iniciar o tratamento medicamentoso é um nível de PA > 150/90 mmHg (1). Um estudo comprovou que, em comparação ao placebo, a terapia medicamentosa pode produzir uma redução de quase 50% no risco relativo de insuficiência cardíaca, 30 a 40% no risco de AVC e 20 a 25% no risco de IAM (21). Conforme a VII Diretriz Brasileira de HAS, as classes farmacológicas preferenciais para o controle da HAS em monoterapia inicial são: diuréticos tiazídicos, BCC, IECA e BRA. A partir disso, caso não haja controle efetivo, pode-se fazer associação entre os medicamentos (4). Em um estudo em que se tentou avaliar a eficácia da terapia combinada em relação à monoterapia, percebeu-se que a redução da PA na terapia combinada se mostrou até 5 vezes mais eficaz do que o uso de apenas um fármaco em doses máximas (22). Neste presente estudo, constatou-se que os pacientes utilizam, em sua maioria, uma combinação de dois anti-hipertensivos, totalizando 41,4% da amostra, seguido de três medicamentos (28,2%), monoterapia (21%) e mais de três (9,4%).

Em relação às classes utilizadas, a mais encontrada foi o diurético, representando 63% da amostra, seguidos do BRA com 61,9%, Betabloqueadores com 42%, BCC com 28,7% e IECA com 26,5%. Esses resultados condizem com o preconizado na literatura (1,4,23), onde é recomendado o uso de tiazídicos e/ou IECA/BRA no manejo inicial.

Apesar de os betabloqueadores não serem recomendados como primeira linha no tratamento (1,23), esta classe pode ser indicada inicialmente nos casos de concomitante IAM prévio, doença arterial coronariana (DAC), disfunção ventricular esquerda assintomática e DM (*23*). Os autores atribuem o alto índice de uso de betabloqueadores na amostra devido à grande presença de comorbidades associadas, como as descritas anteriormente.

CONCLUSÃO

O perfil geral dos pacientes hipertensos atendidos no Ambulatório de Cardiologia no ano de 2017 foi de mulheres entre 61 e 70 anos, brancos, com história familiar positiva para HAS. Percebeu-se também que são não tabagistas, não etilistas, sedentários e com prevalência semelhante entre sobrepeso e obesidade grau I.

Em relação às comorbidades associadas, a dislipidemia e o *diabetes mellitus* foram as mais prevalentes nos pacientes em questão. Referente ao tratamento medicamentoso, a combinação de dois fármacos anti-hipertensivos é a mais utilizada, destacando-se, entre eles, os diuréticos, os BRA, os Betabloqueadores, os BCC e os IECA, em ordem decrescente de frequência. Observa-se que quase a totalidade dos pacientes utiliza fármacos entre estas cinco principais classes, restando a uma parcela mínima da amostra o uso de outras medicações anti-hipertensivas, menos prevalentes.

Apesar de limitações frente a prontuários não encontrados ou com informações incompletas, a importância deste estudo reside no fato de obter-se o perfil dos pacientes hipertensos atendidos em nosso meio, para reconhecer os fatores de risco modificáveis e não modificáveis, bem como as doenças associadas e o perfil de tratamento dos pacientes, para uma intervenção precoce e eficaz nos fatores de riscos mais encontrados, assim como um rigoroso controle da terapia medicamentosa e não medicamentosa, sendo a hipertensão a principal doença crônica não transmissível do mundo, que acarreta em alta morbidade e mortalidade se não tratada.

REFERÊNCIAS

1 Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community. **The Journal Of Clinical Hypertension**. 2013;16(1):14-26.

2 Silva EC, Martins MSA, Guimarães LV, Segri NJ, Lopes MALL, Espinosa MM. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal**. Revista Brasileira de Epidemiologia.** 2016;19(1):38-51.

3 Chor D, Ribeiro ALP, Carvalho MS, Duncan BB, Lotufo PA, Nobre AA, et al. Prevalence, Awareness, Treatment and Influence of Socioeconomic Variables on Control of High Blood Pressure: Results of the ELSA-Brasil Study. **Plos One**. 2015;10(6):1-14.

4 Sociedade Brasileira de Cardiologia. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. ArqBrasCardiol. 2016; 107(3supl 3).

5 Negreiros RV, Edwirde LSC, Tatianne CS, Maria ASS, Dalila CA. Importância do programa Hiperdia na adesão ao tratamento medicamentoso e dietético em uma unidade de saúde da família (USF). **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações. 2016;14(2):403411.

6 Cipullo JP, Martins JFV, Ciorlia LAS, Godoy MRP, Cação JC, Loureiro AAC, et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2010;94(4):519-526.

7 Correia BR, Ribeiro DF, Carvalho QGS, Machado ALG, Douberin CA, Gubert FA, et al. Perfil Clínico-Epidemiológico de Pacientes Assistidos em Clínica de Hipertensão. **Journal Of Health Sciences**. 2017;19(3):171-6.

8 Dias EM, Pereira RMN, Cavalcante HS, Ramalheiro MS, Silva NF, Júnior MRC, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica cadastrados na Casa Saúde da Família Águas Lindas II, Belém, PA. **Revista de Medicina**. 2009;4(3):191-198.

9 Silveira J, Scherer F, Deitos A, Bosco SMD. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. **Cadernos Saúde Coletiva.** 2013;21(2):129-134.

10 Pemu PI, Ofili E. Hypertension in Women: Part I. **The Journal Of Clinical Hypertension**. 2008;10(5):406-410.

11 Carson AP, Howard G, Burke GL, Shea S, Levitan EB, Muntner P. Ethnic Differences in Hypertension Incidence Among Middle-Agedand Older Adults. **Hypertension**. 2011;57(6):1101-1107.

12 Pierin AMG, Jr DM, Fukushima JT, Pinto AR, Kaminaga MM. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença**. Revista da Escola de Enfermagem da Usp**. 2001;35(1):11-18.

13 Nunes TM, Martins AM, Manoel AL, Trevisol DJ, Trevisol FS, Cavalcante RASQ, et al. Hypertension in Elderly Individuals from a City of Santa Catarina: A Population-Based Study**. International Journal Of Cardiovascular Sciences**. 2015;28(5):370-376.

14 Jardim PCBV, Gondim MRP, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, Souza WKSB, et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2007;88(4):452-457.

15 Wilson PWF, Dagostino RB, Sullivan L, Parise H, Kannel WB. Overweight and Obesity as Determinants of Cardiovascular Risk. **Archives Of Internal Medicine**. 2002;162(16):1867-1872.

16 Costa JSD, Silveira MF, Gazalle FK, Oliveira SS, Hallal PC, Menezes AMB, et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**. 2004;38(2):284-291.

17 Almeida TSO, Fook SML, Mariz SR. Associação entre etilismo e subsequente hipertensão arterial sistêmica: uma revisão sistematizada. Revista de Saúde e Ciência. 2016;5(1):76-90.

18 Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. ArqBrasCardiol. 2013;101(6 Suppl 2):1-63.

19 Cornelissen VA, Fagard RH. Effects of Endurance Training on Blood Pressure, Blood Pressure-Regulating Mechanisms, and Cardiovascular Risk Factors. **Hypertension**. 2005;46(4):667-675.

20 Carlos PA, Palha PF, Veiga EV, Beccaria LM. Perfil de hipertensos em um núcleo de saúde da família. Arquivo Ciência e Saúde. 2008;15(4):176-81.

21 Turnbull F, Neal B, Ninomiya T, Algert C, Arima H, Barzi F. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. **Bmj**. 2008;336(7653):1121-1123.

22 Wald DS, Law M, Morris JK, Bestwick JP, Wald NJ. Combination Therapy Versus Monotherapy in Reducing Blood Pressure: Meta-analysison 11,000 Participants from 42 Trials. **The American Journal Of Medicine**. 2009;122(3):290-300.

23 López-Sendón J, Chairperson, Swedberg K, McMurray J, Tamargo J, Maggioni P, et al. Expert consensus documenton beta-adrenergic receptor blockers. European Heart Journal. 2004;25(15):1341-1362.

✉ Endereço para correspondência
Kristian Madeira
Avenida Universitária, 1105
88.806-000 – Criciúma/SC – Brasil
☎ (48) 3431-2500
kristian@unesc.net

Recebido: 17/9/2019 – Aprovado: 16/12/2019