

PERFIL DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: HÁ DIFERENÇA ENTRE SEXOS?

Anelise Sampaio CAVALHEIRO^a, Mariana Jaeger FONSECA^b,
Graciele SBRUZZI^c, Silvia GOLDMEIER^d

RESUMO

Objetivou-se identificar, em adultos acompanhados no ambulatório especializado em hipertensão arterial sistêmica, se há diferença entre sexos quanto às características sociodemográficas e fatores de risco associados. Estudo retrospectivo de análise de prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de hipertensão no período 2009-2010, em um hospital especializado em cardiologia, na região sul do Brasil. Todos os pacientes eram oriundos do Sistema Único de Saúde. Considerados como variáveis o perfil sociodemográfico, as medidas antropométricas e os fatores de risco para hipertensão. Para análise estatística, adotou-se o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). Evidenciou-se que, dos 209 prontuários avaliados, predominou sexo feminino (66%), casados (65,9%), brancos (71,6%) e sedentários (70,1%), com idade média de $53,5 \pm 13,8$ anos. Dos fatores de risco, a circunferência abdominal e o consumo de álcool foram maiores entre os homens ($p=0,04$). Concluiu-se não existir diferença entre os sexos quanto às variáveis analisadas, exceto quanto ao uso de álcool.

Descritores: Hipertensão. Fatores de risco. Gênero e saúde.

RESUMEN

Se objetivó identificar en adultos acompañados en ambulatorio especializado para la hipertensión, si hay diferencias entre los sexos, características sociodemográficas y factores de riesgo para hipertensión. Estudio retrospectivo de registros de pacientes tratados entre 2009-2010 en ambulatorio de hipertensión, de un hospital especializado en cardiología, en el sur de Brasil. Todos los pacientes eran del Sistema Nacional de Salud. Se consideró como variables el perfil sociodemográfico, las mediciones antropométricas y los factores de riesgo para la hipertensión. Para el análisis estadístico adoptó el nivel de significancia del 5% ($p \leq 0,05$). Evaluó a 209 pacientes, mujeres (66%), casados (65,9%), blanco (71,6%), sedentario (70,1%) y edad $53,5 \pm 13,8$ años. Los factores de riesgo como la circunferencia abdominal y el consumo de alcohol fue mayor entre los hombres ($p=0,04$). Concluyó que no había diferencia entre géneros con respecto a las variables, excepto para el uso de alcohol.

Descriptores: Hipertensión. Factores de riesgo. Género y salud.

Título: Perfil de los pacientes atendidos en clínica de hipertensión arterial: ¿hay diferencia entre géneros?

ABSTRACT

The objective of this study was to find out whether there are gender differences regarding socio-demographic characteristics and associated risk factors in adults monitored in an outpatient hypertension facility. Retrospective analysis of records of patients seen at the outpatient hypertension clinic in 2009-2010, in a hospital specialized in cardiology, in southern Brazil. All patients were beneficiaries from the Brazilian Unified Healthcare System (SUS). The variables considered were socio-demographic profile, anthropometric measurements and risk factors for hypertension. For statistical analysis, a significance level of 5% ($p \leq 0.05$) was adopted. Of the 209 patient records assessed, most belonged to female patients (66%), 65.9% of them were married, 71.6% were white, with mean age 53.5 ± 13.8 years, and 70.1% had a sedentary behavior. Regarding risk factors, waist circumference and alcohol use were higher among men ($p=0.04$). It was concluded that there was no gender difference concerning the assessed variables, except for the use of alcohol.

Descriptors: Hypertension. Risk factors. Gender and health.

Title: Profile of patients seen at an outpatient hypertension facility: are there gender differences?

a Enfermeira. Pós-graduanda de Enfermagem em Cardiologia do Instituto de Cardiologia/Fundação Universitária de Cardiologia (IC/FUC). Enfermeira assistencial do Hospital Pavilhão Pereira Filho. Porto Alegre, RS, Brasil.

b Enfermeira. Pós-graduanda de Enfermagem em Cardiologia do IC/FUC. Porto Alegre, RS, Brasil.

c Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde: Cardiologia pelo IC/FUC. Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

d Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde: Cardiologia pelo IC/FUC. Docente do curso de Pós-Graduação Lato Sensu Enfermagem em Cardiologia do IC/FUC. Porto Alegre, RS, Brasil.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), sendo uma doença multifatorial cujos principais fatores de risco são: ingestão de sal e álcool em excesso, obesidade, sedentarismo, tabagismo, dislipidemia, diabetes mellitus entre outros⁽¹⁾.

As alterações funcionais causadas pela HAS em órgãos como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos⁽¹⁻²⁾ aumentam o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. No Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV) têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório, representando 29,4% de todas as demais causas de morte⁽³⁾. Sendo a HAS uma das maiores causadoras da DCV, a adesão do paciente ao tratamento é imprescindível. Dentre os desafios ao tratamento estão a adoção de hábitos saudáveis de vida e o enfrentamento dos fatores que dificultam a adesão dos usuários aos cuidados recomendados pelos profissionais da saúde. A não adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico tem sido relatada como principal entrave para efetividade dessas recomendações⁽⁴⁾.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia divulgou em 2010 as VI Diretrizes Brasileiras de HAS, destacando como fatores de risco para hipertensão: idade, sexo e etnia, sobrepeso e obesidade, fatores socioeconômicos, consumo de sal e álcool, sedentarismo e genética⁽¹⁾. Além desses, fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável. Fatores psicossociais, como estresse crônico, status socioeconômico, personalidade, depressão e suporte social, estão relacionados com a ocorrência de elevação de PA⁽¹⁾.

Inquéritos de base populacional demonstraram prevalência de HAS, entre os anos de 1990 e 2004, de 22,3% a 43,9% em determinadas localidades brasileiras. Dos registros, cerca de 80% podem ser tratados na rede básica, demonstrando a necessidade do desenvolvimento da equipe multiprofissional que atua nos programas de saúde da família. Entre o universo das doenças crônicas, a HAS está entre as de maior ocorrência, explicando 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença arterial coronariana⁽⁵⁻⁶⁾.

O Ministério da Saúde, preocupado com o alto índice de mortes, implantou em 2006 um inquérito

de base populacional, o Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico). Atualizado anualmente, esse inquérito publica a frequência e distribuição dos principais indicadores das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. O primeiro resultado, publicado em 2007, apontou as DCNT responsáveis por 72% do total de mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (31,3% dos óbitos). Dos fatores de risco, independentemente do sexo, o excesso de peso, a obesidade e a inatividade física tiveram um aumento considerável nos últimos 5 anos⁽⁷⁾.

Um estudo transversal desenvolvido na Alemanha com 2482 pacientes, na atenção primária a hipertensos, observou que a amostra manteve-se uniformemente distribuída quanto ao sexo (51% mulheres) e que, de toda a amostra, apenas 29,1% mantinham os valores da PA controlados⁽⁸⁾.

As mulheres jovens tendem a ter PA mais baixa e menor risco de hipertensão em relação aos homens jovens. À medida que as pessoas envelhecem, a PA e o risco de hipertensão aumentam em ambos os sexos. Nas mulheres, esses índices ocorrem, na grande maioria das vezes, após a menopausa. A terapia de reposição hormonal (TRH) e moduladores de receptor seletivo de estrógeno não devem ser utilizados para a prevenção primária e secundária da DCV. Em casos de mulheres mais jovens na perimenopausa, com sintomas severos, os benefícios do tratamento devem ser comparados com os riscos potenciais da TRH. A probabilidade de que haja aumento adicional da PA em hipertensas após a menopausa é baixa⁽⁹⁾.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi verificar, em uma população adulta que faz acompanhamento em um ambulatório especializado em HAS, se há diferença entre os sexos quanto às características sociodemográficas e fatores de risco para HAS.

MATERIAS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo de análise de prontuários, originado de um ensaio clínico randomizado com pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de HAS no período 2009-2010, de um hospital de referência cardiológica do Rio Grande do Sul, Brasil. O ambulatório, conhecido como ambulatório MULTIHAS, atende pacientes adultos, hipertensos, oriundos do Sistema

Único de Saúde. O atendimento aos hipertensos é efetuado por uma equipe multidisciplinar como: enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e médico.

Foram incluídos, neste estudo, prontuários de pacientes maiores de 18 anos com HAS primária, selecionados pela triagem do serviço do ambulatório. Os critérios de exclusão foram: pacientes com hipertensão secundária, hipertensão severa de difícil controle, hipertensão com repercussão em órgão alvo, cirúrgicos e pacientes com doença congênita.

A revisão dos prontuários realizou-se no mês de julho de 2010, totalizando 209 prontuários. O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário estruturado com dados sobre o perfil sociodemográfico, hábitos de vida, presença de HAS e fatores de risco associados. Foram considerados fatores de risco para HAS neste estudo o tabagismo (uso de até um cigarro ao dia); sedentarismo (realização de nenhuma atividade física ou realização menor que 30 minutos/dia cinco vezes por semana); obesidade (índice de massa corporal (IMC) maior ou igual a $29,9 \text{ kg/m}^2$); uso abusivo de álcool (até 30 g de etanol g/dia); glicemia de jejum igual ou superior a 100 e colesterol total em jejum maior que $200 \text{ mg/dl}^{(10)}$.

A circunferência abdominal, peso e altura foram extraídos dos registros. As medidas executadas pela equipe basearam-se na VI Diretriz Brasileira de HAS, que avalia a obesidade visceral, tomando os valores de 88 cm para mulheres e 102 cm para homens como meta padronizada. Os valores de peso e altura foram utilizados para o cálculo do IMC, sendo que a obesidade foi definida como IMC maior ou igual a $29,9 \text{ kg/m}^2$ ⁽¹¹⁾.

Os pacientes eram avaliados na primeira consulta e a PA e o IMC eram mensurados conforme preconizado nas Diretrizes⁽¹⁾. Para a PA, considerou-se a média dos valores obtidos na primeira consulta. Da mesma forma os pacientes, em jejum, após consulta com o médico, eram encaminhados para a coleta dos exames bioquímicos.

As variáveis categóricas foram expressas com percentual ou valor absoluto; as variáveis contínuas com distribuição normal foram expressas como média \pm desvio padrão; as variáveis com distribuição assimétrica, como mediana e percentis 25% e 75%. Para comparação entre os grupos foi utilizado o teste "t" de Student e para as variáveis qualitativas foi utilizado o teste qui-quadrado. Para avaliar a correlação entre as variáveis utilizou-se o Coefi-

ciente de Correlação de Pearson. Foi considerado significativo um $p \leq 0,05$. Os dados foram inseridos em uma tabela do Programa Excel for Windows versão 18.0.

Esta pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos, segundo a Resolução 196/96⁽¹¹⁾. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul sob o n° 3927/06. Os pesquisadores assinaram o Termo de Compromisso para pesquisa em prontuários.

RESULTADOS

Foram avaliados 209 prontuários de pacientes. A amostra foi composta predominantemente de mulheres (66%) com média de idade de $54,3 \pm 13,5$ anos. Os pacientes eram predominantemente casados e brancos tendo, em sua maioria, concluído os anos iniciais do ensino fundamental (Tabela 1).

Na Tabela 2, demonstra-se a prevalência dos fatores de risco para HAS entre os sexos. A prevalência foi semelhante em todas as variáveis estudadas, com exceção do consumo de álcool, que predominou entre os homens ($p=0,04$); a circunferência abdominal se mostrou aumentada em ambos os sexos, com significância estatística no sexo masculino ($p= 0,04$).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que, na amostra estudada, a grande maioria dos pacientes era de mulheres com ensino fundamental completo, com companheiro e de cor branca. Também foi observado que, dentre os fatores de risco para HAS estudados, o consumo de álcool foi o único fator de risco que se diferenciou entre os sexos, presente entre os homens. Os demais fatores de risco não divergiram entre os sexos.

Quanto à predominância do sexo feminino na amostra em questão, os dados vão ao encontro de um estudo realizado na Unidade Básica de Saúde de Londrina, PR, Brasil, com uma população de hipertensos, em que a maioria da amostra (62,4%) também era composta de mulheres. Esse dado relata a maior conscientização das mulheres nos cuidados com sua saúde e maior aderência ao tratamento em relação aos homens⁽¹²⁾. A baixa procura pelos homens aos serviços de saúde se deve a dois grupos

Tabela 1 - Características sócio-demográficas da amostra (n = 209). Porto Alegre - RS, 2009-2010.

Variáveis	Sexo feminino n(%)	Sexo masculino n(%)	P
Sexo*	138 (66,3)	71 (33,7)	
Idade (anos)[†]	54,3 ± 13,5	52,0 ± 14,3	0,24
Escolaridade*			
Fundamental	75 (75,8)	33 (69,8)	
Médio	22 (22,2)	15 (31,2)	0,32
Superior	2 (2,0)	-	
Estado Civil*			
Sem companheiro	60(43,8)	13(18,8)	
Com companheiro	56(81,2)	77(56,2)	0,00
Cor*			
Branca	93(67,4)	56(80)	
Negra	37(26,8)	12(17,1)	0,15
Outra	8(5,8)	2(2,9)	

*Variáveis categóricas expressas n(%); †Variáveis contínuas expressas como média ± desvio padrão.
Fonte: prontuário dos pacientes do Ambulatório MULTIHAS.

Tabela 2 - Fatores de risco para HAS presentes na amostra estudada (n = 209). Porto Alegre - RS, 2009-2010.

Variáveis	Sexo masculino n(%)	Sexo feminino n(%)	P
Tabagismo*	14 (21,2)	26 (20)	0,32
Sedentarismo*	42 (66,7)	89 (72)	0,45
Consumo de álcool*	20(35,1)	12(13,2)	0,04 [‡]
CA(cm) [†]	107,6±14,7 [§]	102,2 ± 13 [§]	0,04 [‡]
IMC (kg/m ²) [†]	31,5 ± 6,9	32,7 ± 7,4	0,31
Colesterol total (mg/dL) [†]	207,9 ± 43,4	208 ± 48,6	0,99
Glicemia (mg/dL) [†]	109,9 ± 39,1	107,6 ± 43,4	0,82
PAS (mmHg) [†]	170,9 ± 33,7	164,7 ± 43,4	0,34
PAD (mmHg) [†]	98 ± 20,9	96,1 ± 20,1	0,56

*Variáveis categóricas expressas n(%); †Variáveis contínuas expressas como média ± desvio padrão; ‡p≤0,05; §variáveis acima das preconizadas pelas diretrizes.

CA - cintura abdominal; IMC - índice de massa corporal; PAS - pressão arterial sistólica; PAD - pressão arterial diastólica.

Fonte: prontuário dos pacientes do Ambulatório MULTIHAS.

de determinantes que se estruturam como barreiras entre o homem e os serviços de saúde: barreiras socioculturais e institucionais⁽¹³⁾.

Em concordância, em outro estudo transversal realizado em ambulatório de HAS observou-se predomínio marcante de mulheres, correspondendo

a mais de 70% dos pacientes estudados. Independentemente de tratar-se de uma consulta inicial, as mulheres apresentavam maior frequência no uso de anti-hipertensivos e um período mais longo de tratamento após o diagnóstico de HAS comparativamente aos homens⁽¹⁴⁾.

Quanto aos fatores de risco estudados, destacou-se na amostra o sedentarismo, com dados alarmantes: a prevalência foi de 70,1%. Em uma coorte, demonstrou-se associação entre atividade física regular de baixa intensidade e uma diminuição de 20% na mortalidade⁽¹⁵⁾.

Quanto aos hábitos de vida, a falta de prática regular de exercícios chama a atenção no estudo, pois os pacientes, além de sedentários, tinham níveis elevados de PA. Em uma revisão sistemática cujo objetivo foi o de verificar o impacto da atividade física sobre a mortalidade em pacientes com hipertensão arterial, os autores demonstraram que os pacientes com pressão arterial elevada, que participaram em qualquer nível de atividade física tinham um risco reduzido (16-67%) de mortalidade cardiovascular, enquanto que em indivíduos inativos este risco se elevava em duas vezes⁽¹⁶⁾.

A utilização universal da CC e do IMC para a HAS tem sido questionada por pesquisadores principalmente quando se trata de populações asiáticas. Muitos deles evidenciaram superioridade do IMC ou da circunferência abdominal, frequentemente com resultados divergentes entre os sexos⁽¹⁷⁾. Em um outro estudo com 1454 indivíduos avaliou, para ambos os sexos, a associação entre índices antropométricos, IMC e CC com HAS. O resultado demonstrou uma associação com a HAS em ambos os sexos sem significância estatística⁽¹⁸⁾. Semelhante ao nosso estudo cujos valores encontrados, referentes à PA, CC e ao IMC não divergiram entre os sexos.

O consumo elevado de bebidas alcoólicas entre os homens foi significativamente maior. No entanto, não houve repercussão no aumento dos níveis de PA.

Nos resultados parciais do Vigitel sobre fatores de risco, independentemente do sexo, constatou-se que nos últimos cinco anos, no conjunto da população adulta de 27 cidades estudadas, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi quase três vezes maior em homens (26,2%) do que em mulheres (9,1%)⁽⁷⁾.

Na Polônia, diferentemente dos resultados da presente pesquisa, um estudo demonstrou uma associação positiva entre os que consumiam bebida alcoólica e o aumento da PA em 52%. Os resultados de triglicérides elevados, hiperhomocisteinemia e baixo HDL-C estavam associados em 46%, 95% e 44% com o consumo elevado de álcool⁽¹⁹⁾.

Sendo assim as doenças crônicas, entre elas as cardiovasculares estão na agenda de prioridades da maioria dos países em desenvolvimento, onde lideram as causas de mortalidade e afetam as condições de vida e saúde da população⁽²⁰⁾.

CONCLUSÕES

O nosso estudo possibilitou concluir que entre homens e mulheres os fatores de risco para a hipertensão tiveram prevalências semelhantes, exceto quanto ao consumo de álcool, superior entre os homens. Não menos importante os fatores, como sedentarismo, obesidade e perfil lipídico, presentes e comprovadamente influentes na prevalência da HAS, devem ser considerados na atenção aos programas de saúde.

Um aspecto limitante nos resultados do nosso estudo foi a prevalência de apenas 30% dos homens em nossa amostra o que demonstra a necessidade dos profissionais da saúde incentivarem a esta parcela da população na busca pelos serviços de atenção primária, antes que os agravos requeiram atenção especializada.

Sendo assim, nossos resultados confirmam a necessidade de agregação à projetos de projeção nacional, como o Vigitel, contribuindo e participando na execução das políticas públicas de prevenção e/ou promoção da melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

REFERÊNCIAS

- 1 Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(1 Suppl 1):1-51.
- 2 Williams B. The year in hypertension. *J Am Coll Cardiol.* 2010;55(1):66-73.
- 3 Souza FM, Rocha FM, Fernandes FM. Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.* Brasília (DF); 2009.
- 4 Santos RP, Horta PM, Souza CS, Santos CA, Oliveira HBS, Almeida LMR, et al. Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. *Rev Gaúcha de Enferm.* 2012;33(4):14-21.

- 5 Felipe GF, Abreu RNDC, Moreira TMM. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(4):620-7.
- 6 Ulbrich EM, Maftum MA, Labronici LM, Montovani MF. Atividades educativas para portadores de doença crônica: subsídio para a enfermagem. *Rev Gaúcha de Enferm*. 2012;33(2):22-7.
- 7 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília (DF); 2012. Série G. Estatística e Informação em Saúde.
- 8 Bestehorn K, Wahle K, Kirch W. Stroke risk screening of adults with hypertension: prospective cross-sectional study in primary care. *Clin Drug Investig*. 2008;28(5):281-9.
- 9 Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*. 2013;31(7):1281-357.
- 10 Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, et al. V diretrizes brasileiras de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(4 Suppl 1):1-22.
- 11 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996 [Internet]. Brasília (DF); 1996 [citado 2013 dez 31]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>.
- 12 Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Ridão EG. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família. *Acta Sci Health Sci*. 2009;31(1):77-82.
- 13 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília (DF); 2008.
- 14 Rosário TM, Scala LCN, Pereira MRG, Jardim PCBC. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobre-MT. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(6):672-8.
- 15 Fagard RH. Physical activity, fitness, mortality. *J Hypertens*. 2012;30(7):1310-2.
- 16 Rossi A, Dikareva A, Bacon SL, Daskalopoulou SS. The impact of physical activity on mortality in patients with high blood pressure: a systematic review. *J Hypertens*. 2012;30(7):1277-88.
- 17 Vikram NK, Pandey RM, Misra A, Sharma R, Devi JR, Khanna N. Non-obese (body mass index < 25 kg/m²) Asian Indians with normal waist circumference have high cardiovascular risk. *Nutrition*. 2003;19(6):503-9.
- 18 Peixoto MRG, Benício MHA, Latorre MRDO, Jardim PCBV. Circunferência da cintura e índice de massa corporal como preditores da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2006;87(4):462-70.
- 19 Waśkiewicz A, Sygnowska E. Alcohol intake and cardiovascular risk factor profile in men participating in the WOBASZ study. *Kardiol Pol*. 2013;71(4):359-65.
- 20 Cavalheiro AS, Fonseca MJ. Perfil de pacientes atendidos em um ambulatório de HAS: há diferença entre gêneros? [monografia]. Porto Alegre (RS): Programa de Pós-Graduação Lato Sensu Enfermagem em Cardiologia, Instituto de Cardiologia, Fundação Universitária de Cardiologia; 2011.

**Endereço do autor / Dirección del autor /
Author's address**

Silvia Goldmeier
Av. Princesa Isabel, 970, 3º andar, Santana
90620-000, Porto Alegre, RS
E-mail: silvia.gold@cardiologia.org.br

Recebido em: 09.10.2013
Aprovado em: 11.02.2014