

**RAFAEL YARED FORTE**

**ANÁLISE DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇA  
ARTERIAL CORONARIANA EM PACIENTES  
ATENDIDOS NO CSI FAZENDA DO RIO TAVARES**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso  
de Graduação em Medicina**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2002**

**RAFAEL YARED FORTE**

**ANÁLISE DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇA  
ARTERIAL CORONARIANA EM PACIENTES  
ATENDIDOS NO CSI FAZENDA DO RIO TAVARES**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso  
de Graduação em Medicina**

**Presidente do Colegiado : Prof. Dr. EDSON JOSÉ CARDOSO  
Orientador: Dr. IBERÊ DO NASCIMENTO**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2002**

## **AGRADECIMENTOS**

Ao término desse trabalho, expresso meus agradecimentos às pessoas que me ajudaram a cumprir mais uma etapa em minha vida.

Primeiro à DEUS, que sempre orientou e protegeu a mim e a toda minha família durante nossas vidas, nos proporcionando saúde e felicidade.

Aos meus pais, FRANCISCO LUIS FORTE e JUSSARA YARED FORTE, que sempre apoiaram e estiveram presentes em todos momentos de minha vida, me orientando o caminho certo a ser seguido.

Aos meus irmãos, DANIEL YARED FORTE e GABRIEL YARED FORTE, que participaram diretamente de toda minha vida acadêmica e tiveram paciência de me apoiar em todos os momentos difíceis, além de me auxiliarem na elaboração desse projeto.

Ao meu orientador, IBERÊ DO NASCIMENTO, que me auxiliou e orientou na elaboração desse trabalho, sempre demonstrando muita paciência, respeito e amizade.

Aos colegas de turma que me auxiliaram na coleta de dados e no desenvolvimento desse estudo: LUIZ LOCKS JÚNIOR, RAFAEL GUSTAVO ISOLANI, HUGO CRISTIANO NORA, CARLOS FERNANDO COLLARES, RONIE CARDOSO HENRIQUE RUVIARO VIEGAS, ANA PAULA GOMES CUNHA MORITZ e MIRELLA ÁVILA TORQUATO.

Por fim, gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos a todos os pacientes que gentilmente aceitaram participar desse estudo.

# SUMÁRIO

<b>Resumo</b> .....	iv
<b>Summary</b> .....	v
<b>1. Introdução</b> .....	1
<b>2. Objetivos</b> .....	6
<b>3. Métodos</b> .....	7
<b>4. Resultados</b> .....	10
<b>5. Discussão</b> .....	17
<b>6. Conclusões</b> .....	25
<b>7. Referências</b> .....	26
<b>Normas Adotadas</b> .....	29
<b>Apêndice</b> .....	30

## RESUMO

O objetivo deste estudo descritivo e transversal foi avaliar na população atendida no Centro de Saúde Fazenda do Rio Tavares no período de 24 de abril a 21 de junho de 2001 o nível de conhecimento dos fatores de risco para várias doenças e descrever a prevalência desses fatores. Foram incluídos no estudo pacientes com mais de 20 anos de idade, que não fossem gestantes ou puérperas (n=89). A prevalência dos fatores de risco para doença coronariana em estudo foi de 32,58% para hipertensão arterial sistêmica (HAS), 17,97% para tabagismo, 7,86% para *diabetes mellitus* (DM), 48,31% para o sobrepeso e 28,08% para inatividade física. Quanto ao nível de conhecimento sobre fatores de risco para doenças, encontrou-se: HAS e doenças cardíacas (68,53%), DM e doenças dos olhos (41,57%), DM e doenças cardíacas (32,58%), tabagismo e câncer de vários órgãos (66,29%), tabagismo e doenças cardíacas (40,44%), inatividade física e doenças cardíacas (52,8%); e, finalmente, excesso de peso com HAS (44,94%) e com doenças cardíacas (66,29%). Conclui-se que a prevalência de fatores de risco para coronariopatias é elevada e que o nível de conhecimento da população pesquisada é baixo. Portanto, atividades de educação e prevenção devem ser incentivadas para reduzir a morbidade e mortalidade das doenças cardiovasculares em nossa sociedade.

## SUMMARY

The objective of this transversal and descriptive study was to describe the prevalence of risk factors for various diseases and to evaluate the knowledge of these factors in the population attended at Rio Tavares Health Center, Florianópolis, Santa Catarina, from April 24 to June 21, 2001. The patients included in the sample should be more than 20 years-old and should not be pregnant or during puerperal period (n=89). The prevalence of the analyzed risk factors to coronary disease was 32,58% for high blood pressure (HBP), 17,97% for cigarette smoking, 7,86% for *diabetes mellitus* (DM), 48,31% for overweighing and 28,08% for physical inactivity. Concerning the knowledge level of risk factors for various diseases, it was found: HBP and cardiac disease (68,53%), DM and ophthalmic disease (41,57%), DM and cardiac disease (32,58%), cigarette smoking and various types of cancer (66,29%), cigarette smoking and cardiac disease (40,44%), physical inactivity and cardiac disease (52,8%); and, finally, overweighing with HBP (44,94%) and with cardiac disease (66,29%). It is concluded that the prevalence of risk factors for coronary artery disease is high and the knowledge level of the population is low. Educational and preventive measures should be therefore stimulated in order to reduce the morbidity and mortality of cardiovascular diseases in our society.

# 1. INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, nas últimas décadas, as doenças cardiovasculares (DCV) passaram a ser a principal causa de mortalidade. Uma em cada quatro mortes tem como causa doenças do aparelho circulatório<sup>1</sup>. No Brasil, essa proporção eleva-se para um em cada três óbitos<sup>1</sup>, e há cerca de 30 anos elas figuram como a principal causa de morbi-mortalidade, sendo tal fato explicado pelas alterações demográficas (envelhecimento populacional, diminuição da natalidade e aumento da expectativa e vida) e epidemiológicos (diminuição de parasitoses e aumento das doenças crônico-degenerativas)<sup>2</sup>. De todas as doenças cardiovasculares, sem dúvida, a mais importante em termos epidemiológicos é a doença arterial coronariana (DAC), sendo responsável por metade das mortes desse grupo de doenças<sup>3</sup>.

A expressão, cardiopatia isquêmica, designa uma afecção cardíaca que tem como característica principal a isquemia miocárdica. Cerca de 90% dos casos são decorrentes de aterosclerose coronariana, justificando-se nessas condições a denominação de cardiopatia aterosclerótica ou doença arterial coronariana<sup>4</sup>. Deve-se ressaltar, contudo, que as expressões cardiopatia isquêmica, doença arterial coronariana e cardiopatia aterosclerótica não são exatamente sinônimos<sup>4</sup>.

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é a complicação mais séria e temida da cardiopatia isquêmica. Nos EUA, cerca de 1,5 milhão de IAM ocorrem a cada ano, tendo uma taxa de mortalidade de aproximadamente 30%, com mais da metade dessas mortes acontecendo antes que o paciente chegue ao hospital. Embora a taxa de mortalidade após a admissão por IAM tenha declinado cerca de 30% durante as duas últimas décadas, aproximadamente 1 dentre 25 pacientes que sobrevivem à hospitalização inicial falece no primeiro ano após o IAM. A sobrevivência é acentuadamente reduzida nos pacientes idosos (> 65 anos de idade), cuja taxa de mortalidade é de 20% em um mês e 35% um ano após o infarto<sup>5</sup>. No Brasil, admite-se uma incidência em torno de 300.000 a 350.000 infartos por ano, não existindo em nosso meio dados fidedignos de mortalidade global ou de perfil de mortalidade<sup>6</sup>. Entretanto, existem diferenças regionais importantes quanto aos óbitos por doença isquêmica do coração, com maior incidência em cidades do Sul-Sudeste, em relação a cidades do Norte-Nordeste, por exemplo<sup>6</sup>. É importante ressaltar que apesar da organização mundial da saúde – OMS

recomendar um gasto de 300 a 400 dólares/pessoa/ano, no Brasil, em 1995, eram gastos 67 dólares/pessoa/ano, além disso, enquanto o custo de terapia intensiva de um paciente que sofreu IAM variava de 800 a 3000 reais/dia em 1995, o sistema único de saúde – SUS repassava um total de 109 reais/dia nos primeiros 2 dias, reduzindo para 56,03 reais a partir do terceiro dia<sup>7</sup>.

Nas últimas décadas, os países desenvolvidos vêm registrando um progressivo declínio nas taxas de mortalidade por doença cardiovascular, ajustados p/ idade. A maioria dos dados sugere que essa queda deve-se, além de melhores métodos diagnósticos e terapêuticos, também ao controle dos chamados "fatores de risco" para doença cardiovascular<sup>3</sup>.

Define-se como fator de risco uma característica ou elemento, endógeno ou exógeno, que se associa a maior probabilidade de desenvolvimento de uma enfermidade. As medidas preventivas dependem do reconhecimento dos fatores de risco, sendo necessário definir a importância de cada um e as associações entre eles<sup>8</sup>.

A base atual da medicina preventiva é a da multicausalidade das doenças, inclusive as infecto-contagiosas. A partir desse tipo de conceituação de medicina surgiu o termo fator de risco, que foi apresentado pela primeira vez pelo estudo de Framingham, e utilizado para denominar aqueles atributos que estatisticamente contribuíram para o desenvolvimento de DAC; os estudos iniciais também já demonstravam interação desses fatores e potencialização do risco para DAC na medida em que mais de 1 fator estivesse presente<sup>9</sup>.

Fator de risco não é causa de doença, ou melhor, não é uma condição nem necessária, nem suficiente para o aparecimento de uma doença, ou seja, fator de risco é uma possibilidade; a pessoa que apresenta um fator de risco para determinada doença tem uma probabilidade maior de desenvolver essa doença do que a pessoa que não apresenta esse fator<sup>3</sup>.

Em estudo sobre fatores de risco, em particular para DAC, alguns critérios são recomendados para a análise desses fatores, são eles<sup>9</sup>:

- Consistência – quando os dados disponíveis na literatura mostram que mesmo associando informações estatísticas de populações distintas, com estilo de vida e hábitos alimentares diferentes, constata-se a presença dos mesmos fatores favorecendo a evolução da aterosclerose.



- Efeito dose-resposta – nota-se que à medida que a presença do fator de risco tem maior magnitude, também o risco de comprometimento coronariano aumenta.
- Coerência e plausibilidade – para ser considerado fator de risco com a severidade imprescindível, o atributo focalizado deve acompanhar a coerência científica do momento, sendo comprovado através de pesquisas suficientemente amplas e detalhadas, segundo os parâmetros aceitos pela comunidade médica internacional.
- Independência – quando um fator de risco, mesmo isoladamente, deveria se capaz de exercer influência decisiva na instalação da aterosclerose para então ser classificado como agente causal desta doença. Na prática, porém, fica evidente que, quanto maior for a interação entre os diferentes fatores de risco, maior será sua participação no processo aterosclerótico.
- Sequência temporal adequada – o fator de risco deve necessariamente acontecer ou estar presente antes do início do quadro coronariano; ou seja, ele deve comprovadamente participar dos mecanismos que levaram à instalação da coronariopatia aterosclerótica.
- Valor prognóstico – o acompanhamento da evolução ou da soma dos fatores de risco apresentados em tabelas específicas deve indicar, com certa precisão, a possibilidade de ocorrência de comprometimento coronariano.
- Reversibilidade – deve ser possível demonstrar que a intervenção no fator avaliado, seja dietética ou medicamentosa, proporciona melhora ou redução do risco global do paciente para DAC.

Uma classificação muito difundida é a que separa os fatores de risco em modificáveis e não modificáveis por intervenções medicamentosas ou sobre o estilo de vida<sup>8</sup>:

- Fatores não modificáveis: hereditariedade, envelhecimento, sexo masculino, dislipidemia familiar.
- Fatores modificáveis: dieta inadequada, hipertensão arterial, tabagismo, alcoolismo, obesidade, estresse, sedentarismo, período pós-menopausa, hipertrofia ventricular esquerda, personalidade tipo A, dislipidemia não-familiar, fibrinogênio elevado, homocisteína elevada, resistência à insulina, diabetes, hiperuricemia.

Contudo, o colégio americano de cardiologia, em sua 27<sup>o</sup> Conferência de Bethesda, propôs outros critérios sobre os vários fatores relacionados com a cardiopatia isquêmica, distribuindo-os em quatro classes<sup>8</sup>:

CLASSE I – Fatores em que as intervenções empregadas seguramente reduzem o risco de doença coronariana: lipoproteína de baixa densidade (LDL), dietas hiperlipídicas, hipertensão arterial, hipertrofia ventricular esquerda, tabagismo, fibrinogênio sérico.

CLASSE II – Fatores em que provavelmente as intervenções reduzem o risco: diabetes, sedentarismo, lipoproteína de alta densidade (HDL), triglicerídeos, obesidade, pós-menopausa.

CLASSE III – Fatores associados á doença aterosclerótica coronariana e que, se modificados, talvez reduzam suas consequências: fatores psicossociais, lipoproteína (a), homocisteína, estresse oxidativo, ingestão de bebidas alcóolicas.

CLASSE IV – Fatores que se associam ao aumento do risco de doença aterosclerótica coronariana, porém sem possibilidade de modificação ou, se modificados, raramente produzindo alterações na sua história natural: idade, sexo, estado socioeconômico, história familiar de doença arterial coronariana.

A importância dos fatores de risco no Brasil é confirmada por dados que mostraram que, dos óbitos por doença coronariana, 42% apresentavam dislipidemia, 35,8% eram fumantes, 32% eram obesos e 76% eram diabéticos<sup>3</sup>. Existe, portanto, a oportunidade de se adotar medidas preventivas com objetivo de mudar o quadro atual.

Comumente divide-se a prevenção em primária e secundária. O termo primária é utilizado para prevenção de eventos clínicos em indivíduos sem doença clínica estabelecida e secundária para aqueles que já tem doença clínica manifesta<sup>10</sup>.

Diante disso, fica clara a necessidade do conhecimento, por parte da população, desses fatores de risco. De acordo com Giannini<sup>11</sup>: "ao lado das estratégias populacionais, compete aos profissionais de saúde em geral, e aos médicos, em particular, motivar os indivíduos para a avaliação regular de seu risco de doença aterosclerótica, permitindo a adoção de medidas preventivas em tempo oportuno para evitar a eclosão de eventos clínicos, que podem ser de máxima gravidade". No entanto, no ano de 1995 apenas 25% dos pacientes que se submeteram à cirurgia de revascularização miocárdica tinham seus fatores de risco avaliados. Além disso, várias pesquisas mostram que muitos desses pacientes ignoram seus níveis pressóricos, nível de colesterol e glicose séricos<sup>3</sup>, além de não existir uma consciência disseminada na população sobre a importância do diagnóstico e controle dos fatores de risco p/ DCV.

O presente trabalho foi conduzido para verificar o nível de conhecimento dos pacientes atendidos na atenção primária de saúde do SUS, sobre alguns fatores de risco clássicos para DCV, procurando identificar possíveis focos de intervenção por parte dos serviços de atenção primária.

## 2. OBJETIVOS

O presente estudo tem por objetivos:

### OBJETIVO GERAL:

Descrever a prevalência e o nível de conhecimento, em relação à fatores de risco para doença arterial coronariana, por parte de pacientes atendidos no Centro de Saúde Fazenda do Rio Tavares, no período de 24 de abril a 21 de junho de 2001;

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1- Determinar a prevalência de hipertensão arterial sistêmica na população analisada;
- 2- Verificar o índice de massa corporal – IMC da população analisada;
- 3- Determinar a prevalência de *diabetes mellitus* – DM na população analisada;
- 4- Determinar a prevalência de tabagismo na população analisada;
- 5- Descrever a frequência de atividades físicas da população analisada;
- 6- Determinar, na população analisada, o conhecimento sobre obesidade, hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, sedentarismo e *diabetes mellitus* como fatores de risco para outras doenças;

## **3. METODOLOGIA**

### **3.1- DESENHO**

Este foi um estudo descritivo, transversal, que incluiu 89 pacientes atendidos no Centro de Saúde Fazenda do Rio Tavares – Florianópolis, no período de 24 de abril a 21 de junho de 2001 por queixas diversas. As informações foram obtidas através de entrevista interpessoal na qual utilizou-se um questionário-padrão (Apêndice ). Todos pacientes foram solicitados a participar do estudo e assinaram um consentimento informado (Apêndice).

### **3.2- CASUÍSTICA**

Estudo baseado em população comunitária, que procurou assistência médica no Centro de Saúde Fazenda do Rio Tavares no período de 24 de abril a 21 de junho de 2001.

#### **• CRITÉRIOS DE SELEÇÃO**

- Critérios de inclusão: pacientes de ambos os sexos, com idade superior ou igual a 20 anos.
- Critérios de exclusão: pacientes gestantes ou puérperas no momento da entrevista, devido à alteração no IMC naquele período e pacientes que não tenham 20 anos de idade completos.

### **3.3- QUESTIONÁRIO**

Foi desenvolvido questionário-padrão, com o objetivo de obter as informações sobre a ciência quanto ao papel dos fatores de risco na determinação de doenças e de quais fatores o paciente se dizia portador. A aplicação do questionário ocorreu no local de atendimento do paciente no Centro de Saúde, por meio de entrevista, realizada pelo autor e por colegas acadêmicos de medicina que estagiavam no local no mesmo período, com duração de cerca

de 15 minutos. Nem todos os dados coletados foram analisados no presente estudo, sendo utilizados apenas aqueles referentes aos objetivos da pesquisa.

Em todos os pacientes foram colhidos os dados de idade, sexo, detalhes do consumo de cigarro, prática de exercícios físicos, história prévia de doença cardíaca, além de antecedentes pessoais de *diabetes mellitus* e hipertensão arterial. Peso, altura e pressão arterial foram registrados para cada pessoa.

Foram usados os seguintes critérios para maior precisão nas informações:

- Classificou-se como gestante qualquer paciente com conhecimento prévio de sua gravidez.
- Foi calculado o índice de massa corporal (IMC) para todos os indivíduos através da relação entre peso e o quadrado da altura dos mesmos ( $IMC = \text{peso}/\text{altura} \times \text{altura}$ ).
- Hipertensão arterial sistêmica: Define-se como hipertensão arterial sistêmica (HAS) como pressão sistólica maior que 140 mmhg e/ou pressão diastólica maior que 90 mmhg<sup>12</sup>. Foi considerado hipertenso aquele paciente com história pregressa de HAS que estava, ou não, em tratamento para tal enfermidade. A primeira medida da pressão arterial era feita pela enfermagem antes do início da consulta ou no início do atendimento, se obtido valores acima dos limítrofes de pressão arterial, ou seja, 140mmhg para pressão sistólica e/ou 90mmhg para pressão diastólica, uma nova medida era feita no final do atendimento.
- *Diabetes mellitus*: Por definição é uma concentração de glicose no plasma venoso maior ou igual a 140ml/dl em pelo menos duas ocasiões distintas em jejum<sup>13</sup>. Considerou-se diabético aquele paciente com diagnóstico prévio de diabetes estando ou não em tratamento para tal doença no momento da entrevista.
- Fumante: Foi considerado fumante atual aquele paciente que fumou em algum momento nos últimos 6 meses<sup>3</sup>. Em relação ao uso de cigarros os pacientes foram distribuídos em 3 grupos: os que nunca fumaram, os que abandonaram e os fumantes atuais. Os que abandonaram foram questionados quanto ao tempo de abandono e o número de cigarros que fumava diariamente, e os fumantes atuais foram questionados quanto ao número de cigarros fumados por dia.
- Prática de exercícios físicos: foram considerados os exercícios extras, praticados de forma regular e que não faziam parte das atividades rotineiras e diárias. Os pacientes foram questionados quanto ao tipo de exercício praticado e a frequência. O tempo mínimo considerado de prática foi de trinta minutos consecutivos por dia.

- **Puérperas:** Define-se puerpério como um período cronologicamente variável, de âmbito impreciso, durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna havidas após o parto, e que, por via de regra completa-se no prazo de 6 semanas<sup>14</sup>.

## 4. RESULTADOS

### 4.1-CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Ao fim da coleta de dados foram reunidos 89 questionários devidamente respondidos entre pessoas atendidas no CSI Fazenda do Rio Tavares – Florianópolis.

Entre os entrevistados 38 (42,7%) eram do sexo masculino e 51 (57,3%) do sexo feminino (figura 1). A idade variou entre 20 e 75 anos, com média de 45,7 anos.

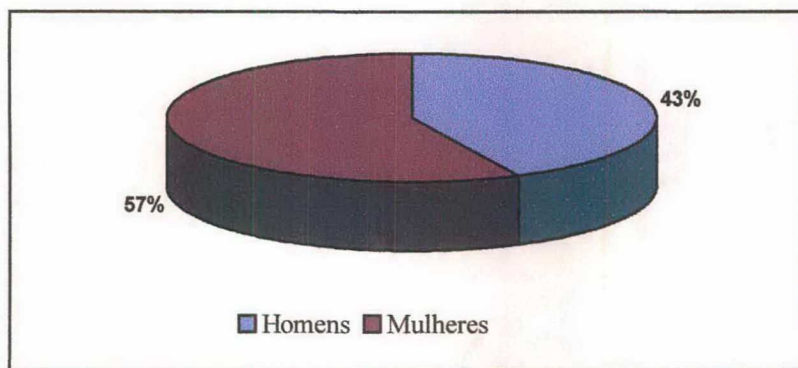


Figura 1: Distribuição dos pacientes quanto ao sexo

### 4.2-DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES DE RISCO

Na figura 2 é representada a distribuição dos fatores de risco para DAC. Dos 89 pacientes entrevistados, 29 (32,58%) referiram história prévia de HAS, 16 (17,97%) história de tabagismo, 7 (7,86%) com história prévia de DM, 43 (48,31%) com IMC maior ou igual a 25 e 25 (28,08%) referiram não realizar nenhum tipo de atividade física.



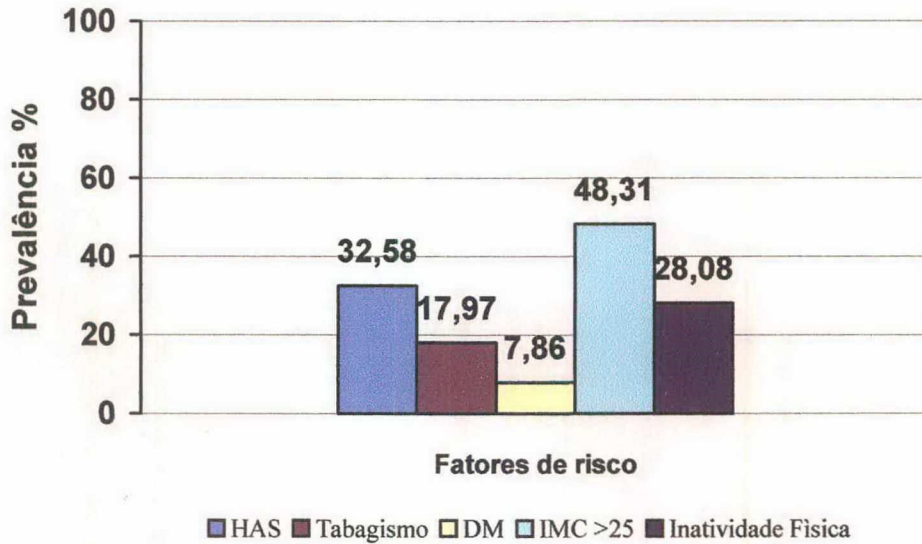


Figura 2: Prevalência dos fatores de risco

Os entrevistados também foram distribuídos quanto ao hábito do tabagismo (figura 3). Entre os 89 entrevistados encontramos 16 (17,97%) fumantes, 53 (59,55%) não fumantes e 20 (22,47%) ex-fumantes.

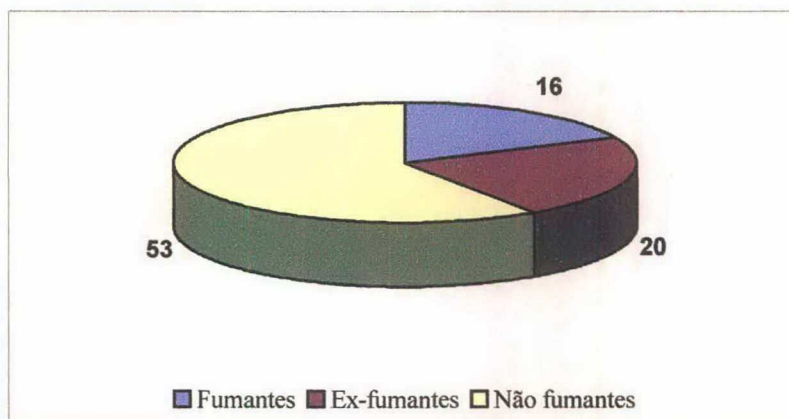


Figura 3: Distribuição dos entrevistados pelo hábito de fumar.

Os entrevistados também foram distribuídos quando ao IMC (tabela 1), sendo encontrado 2 (2,24%) pacientes com IMC entre 15-20, 44 (49,43%) com IMC entre 20-25, 27 (30,33%) com IMC entre 25-30, 13 (14,6%) com IMC entre 30-35 e 3 (3,37%) com IMC maior que 35.

TABELA 1 – Distribuição dos pacientes de acordo com o IMC\*

IMC*	Número total	Frequência %
15 – 19,99	2	2,24
20 – 24,99	44	49,43
25 – 29,99	27	30,33
30 – 34,99	13	14,6
> 34,99	3	3,37

\*IMC – índice de massa corporal

Fonte: Ficha de coleta de dados de pacientes atendidos no CSI Fazenda do Rio Tavares, no período de 24 de abril à 21 de junho de 2001.

Em relação a atividade física os entrevistados foram distribuídos da seguinte maneira (tabela 2): 25 (28,03%) pacientes referiram não realizar nenhum tipo de atividade física (11,23%) referiram realizar algum tipo de atividade física uma vez por semana, 13 (14,6%) duas vezes por semana e 41 (46,06%) três ou mais vezes por semana.

TABELA 2 – Distribuição dos entrevistados de acordo com as atividades físicas

	Número total	Frequência %
Não realiza	25	28,08
1 vez/semana	10	11,23
2 vezes/semana	13	14,6
3 ou mais vezes/semana	41	46,06

Fonte: Ficha de coleta de dados de pacientes atendidos no CSI Fazenda do Rio Tavares, no período de 24 de abril à 2 de junho de 2001.

O conhecimento que os entrevistados referiram em relação aos fatores de risco em estudo como causadores de doenças está representado nas tabelas 3 a 7. O conhecimento dos entrevistados sobre HAS como fator de risco para doenças (tabela 3) mostrou que 12 (13,4%) dos entrevistados não consideram HAS como fator de risco para doenças, 61 (68,53%) consideram a HAS como fator de risco para doenças cardíacas, 34 (38,2 %) como fator de risco para *diabetes mellitus*, 46 (51,68%) para acidente vascular cerebral (AVC), 15 (16,85%)

para doenças renais, 18 (20,22%) para doenças oculares, outras doenças citadas foram a impotência sexual, infecção do trato urinário, cólera e doenças gestacionais com 1 voto (1,12%), e 4 (4,49%) dos entrevistados não souberam opinar sobre esse tema.

TABELA 3 - Conhecimento sobre HAS como fator de risco para doenças

	Número total	Frequência %
Não é fator de risco	12	13,48
Doenças do coração	61	68,53
<i>Diabetes mellitus</i>	34	38,2
AVC*	46	51,68
Doenças renais	15	16,85
Doenças dos olhos	18	20,22
Outras	4	4,49
Não sabem dizer	4	4,49

\*AVC – acidente vascular cerebral

Fonte: Ficha de coleta de dados de pacientes atendidos no CSI Fazenda do Rio Tavares, no período de 24 de abril à 21 de junho de 2001.

O conhecimento sobre *diabetes mellitus* como fator de risco para doenças, representado na tabela 4, mostrou que 14 (15,73%) dos entrevistados não consideram o diabetes como fator de risco para outras doenças, 29 (32,58%) o consideram fator de risco para doenças cardíacas, 37 (41,57%) para doenças dos olhos, 15 (16,85%) para AVC, 17 (19,1%) para HAS, 21 (23,59%) para doenças renais, entre outras doenças citadas foram 13 (14,6%) entrevistados referiram distúrbios vasculares periféricos, 2 (2,24%) doenças hepáticas e impotência sexual, 1 (1,12%) para infecção do trato urinário pneumonia e obesidade, além de 17 (19,1%) entrevistados que não souberam opinar sobre essa questão.

TABELA 4 – Conhecimento sobre *diabetes mellitus* como fator de risco para doenças

	Número total	Frequência %
Não é fator de risco	14	15,73
Doenças do coração	29	32,58
Doença dos olhos	37	41,57
AVC*	15	16,85
HAS**	17	19,1
Doenças renais	21	23,59
Outras	20	22,47
Não sabem dizer	17	19,1

\*AVC – acidente vascular cerebral

\*\*HAS – hipertensão arterial sistêmica

Fonte: Ficha de coleta de dados de pacientes atendidos no CSI Fazenda do Rio Tavares, no período de 24 de abril à 21 de junho de 2001.

Em relação ao conhecimento sobre tabagismo como fator de risco para doenças (tabela 5) os entrevistados foram distribuídos da seguinte maneira: 2 (2,24%) dos entrevistados não referiram o tabagismo como fator de risco para doenças, 36 (40,44%) dos entrevistados referiram o tabagismo como fator de risco para doenças do coração, 45 (50,56%) referiram o tabagismo como fator de risco para doenças pulmonares, 20 (22,47%) para acidente vascular cerebral, 59 (66,29%) para câncer de vários órgãos, 5 (5,61%) para diabetes, outras doenças citadas foram doenças gástricas 4 (4,49%) votos, 3 (3,37%) para doenças vasculares periféricas, 2 (2,24%) votos para impotência sexual e doenças da faringe e laringe, 1 (1,12%) doença da próstata e tuberculose e também 1 (1,12%) entrevistado não soube opinar sobre esse assunto.

TABELA 5 - Conhecimento sobre tabagismo como fator de risco para doenças

	Número total	Frequência %
Não é fator de risco	2	2,24
Doenças do coração	36	40,44
Doenças pulmonares	45	50,56
AVC*	20	22,47
Câncer de vários órgãos	59	66,29
DM**	5	5,61
Outras	13	14,6
Não sabem dizer	1	1,12

\*AVC – acidente vascular cerebral

\*\*DM – *diabetes mellitus*

Fonte: Ficha de coleta de dados de pacientes atendidos no CSI Fazenda do Rio Tavares, no período de 24 de abril à 21 de junho de 2001.

O conhecimento sobre inatividade física como fator de risco para doenças (tabela 6) mostrou que 15 (16,85%) dos entrevistados não consideraram a inatividade física fator de risco para doenças, 47 (52,8 %) consideraram a inatividade física fator de risco para doenças cardíacas, 34 (38,2%) para HAS, 16 (17,97%) para diabetes, outras doenças citadas foram doenças osteomusculares com 11 (12,35%) votos, 3 (3,37%) para obesidade, 2 (2,24%) para doenças respiratórias, osteoporose e estresse, 1 (1,12%) para hipercolesterolemia e 6 (6,74%) dos entrevistados não souberam opinar sobre essa questão.

Analisando o conhecimento sobre excesso de peso como fator de risco para doenças (tabela 7), encontramos que 9 (10,11%) dos entrevistados não consideraram o excesso de peso um fator de risco, 59 (66,29%) consideraram fator de risco para doenças do coração, 40 (44,94%) para HAS, 34 (38,2%) para diabetes, outras doenças citadas foram doenças osteomusculares com 5 (5,61%) votos, 2 (2,24%) votos para doenças vasculares periféricas, 1 (1,12%) para doenças respiratórias, hepáticas e osteoporose, 3 (3,37%) não souberam opinar sobre esse assunto.

TABELA 6 – Conhecimento sobre inatividade física como fator de risco para doenças

	Número total	Frequência %
Não é fator de risco	15	16,85
Doenças do coração	47	52,8
DM*	16	17,97
HAS**	34	38,2
Outras	21	23,59
Não sabem dizer	6	6,74

\*DM – *diabetes mellitus*

\*\*HAS – hipertensão arterial sistêmica Fonte: Ficha de coleta de dados de pacientes atendidos no CSI Fazenda do Rio Tavares, no período de 24 de abril à 21 de junho de 2001.

TABELA 7 – Conhecimento sobre excesso de peso como fator de risco para doenças

	Número total	Frequência %
Não é fator de risco	9	10,11
Doenças do coração	59	66,29
DM*	34	38,2
HAS**	40	44,94
Outras	10	11,23
Não sabem dizer	3	3,37

\*DM – *diabetes mellitus*

\*\*HAS – hipertensão arterial sistêmica

Fonte: Ficha de coleta de dados de pacientes atendidos no CSI Fazenda do Rio Tavares, no período de 24 de abril à 21 de junho de 2001.

## 5. DISCUSSÃO

A partir dos estudos dos sete países e de Framingham, os fatores de risco para DCV são conhecidos e divulgados nos meios de saúde. Apesar desses conhecimentos as doenças coronarianas continuam sendo responsáveis por elevada morbimortalidade na população geral<sup>8</sup>.

Na história da medicina preventiva o esquema mais difundido é o de Leavell e Clark, que cunharam os termos da prevenção primária e secundária. No entanto, na cardiologia, Geoffrey Rose, estabeleceu novo paradigma preventivo, partindo da premissa básica que a melhor forma de prevenir uma doença é evitar e controlar os fatores de risco. A segunda premissa de Rose foi que intervir em fatores de risco relativo baixo, mas altamente prevalentes na população (por exemplo tabagismo) pode significar mais do que a situação oposta, ou seja, atuar sobre risco relativo elevado e prevalência baixa. A partir disso existem duas formas básicas de se atuar : a busca do fator de risco e a estratégia populacional. Na primeira, é necessário um profissional da área de saúde atuando diretamente com o paciente (por exemplo medição da pressão arterial na consulta médica ), essa estratégia é fundamental porém onerosa em termos de saúde coletiva, na estratégia populacional o objetivo é atingir toda a população, seja ela doente ou não, portadora ou não de fatores de risco, um exemplo seria o controle da venda e propaganda de cigarros. Esta seria a forma adequada para o estabelecimento de políticas preventivas, porém os primeiros resultados só surgem dez anos após as primeiras medidas, tempo incompatível com a duração dos mandatos nos países democráticos, além de muitas vezes contrariar os interesses econômicos e culturais vigentes e motivar pouco os médicos e menos ainda os indivíduos<sup>1</sup>.

No Brasil, a prática da prevenção sob formas de campanhas sem continuidade é freqüente, porém essa é uma realidade que precisa mudar para que ocorra um efetivo trabalho de prevenção<sup>10</sup>.

O presente estudo procurou verificar se os pacientes eram portadores de alguns fatores de risco para DCV e se estavam conscientes da relação desses fatores com doenças diversas, entre elas as DCV.

Para explicar a percepção que um indivíduo tem das doenças, e sua susceptibilidade a elas, tem sido proposto o modelo do “senso comum”. Este propõem que a análise das respostas individuais a uma doença partem de estruturas cognitivas já pré-formadas, com informações e organização que normalmente consideram cinco aspectos: a causa da doença, o tempo da doença, a sintomatologia, as complicações e a cura. Através deste modelo tem-se estudado uma variada gama de doenças incluindo hipertensão arterial sistêmica, o *diabetes mellitus*, as doenças sexualmente transmissíveis e o infarto agudo do miocárdio (IAM). Estes estudos mostram que pessoas têm um modelo implícito de pensar sobre uma determinada enfermidade e este ponto de vista norteia sua conduta, seja visando o diagnóstico, como o tratamento. Por exemplo, pacientes com IAM nos quais suas expectativas quanto sua doença foram concordantes com a sintomatologia que apresentaram, trataram-se mais adequadamente do que aqueles nos quais conceitos foram discordantes. Outro exemplo ilustrativo desta ligação é o dos pacientes que fazem uma associação entre sintomas e a HAS. Mesmo quando lhes é mostrado que essa ligação, em geral, não existe eles se mostram resistentes em abandonar suas idéias<sup>10</sup>.

O tabagismo é o maior problema de saúde pública atualmente existente em nosso meio. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), existe um bilhão de tabagistas no mundo. A proporção de fumantes é maior nos países em desenvolvimento e em alguns países como o Brasil o aumento no consumo de cigarros superou o incremento populacional, ou seja, de 1970 até 1986 houve um aumento do consumo da ordem de 132 %, que ultrapassou claramente o aumento populacional.<sup>15</sup>

Entre as crianças, estudos mostram que populações infantis entre zero e um ano de idade apresentam o dobro de episódios de bronquite e pneumonia se houver um fumante em casa e esse número sobe para quase o triplo na presença de dois fumantes. Em relação as esposas de fumantes estudos mostram que elas tem o dobro de chance de ter câncer de pulmão em relação à esposas de não fumantes<sup>16</sup>.

O tabagismo é responsável por 80.000 a 120.000 mortes/ano, constituindo 13 a 19 % da mortalidade geral<sup>16</sup> e esta diretamente relacionado com 90 % dos casos de câncer de pulmão e 80 % dos casos de DPOC<sup>15</sup>.

A relação entre tabagismo e doença isquêmica cardíaca está comprovada por numerosos estudos de natureza experimental, clínica e epidemiológica, ultrapassando 50.000 artigos científicos. A importância do risco de cardiopatia isquêmica associada ao tabagismo é



equivalente à soma dos riscos da HAS e elevação do colesterol sérico, ou seja, os fumantes tem quase duplicado o risco de IAM ou morte por coronariopatia em relação aos não fumantes, apesar disso, por atuar como um fator de risco independente é a principal causa evitável de cardiopatia isquêmica<sup>15</sup>. Os mecanismos pelos quais o tabagismo acelera o processo de aterosclerose e causa danos cardiovasculares são vários, entre eles provoca dano e disfunção endotelial, estresse hemodinâmico, ativação neutrofílica, aumento do fibrinogênio sérico e viscosidade sanguínea<sup>17</sup>.

Um estudo clássico que demonstrou a associação entre tabagismo e DAC foi o projeto Karélia do Norte, na Finlândia, onde uma redução de 16 % no tabagismo acompanhou-se de uma redução de 10 % da mortalidade por cardiopatia isquêmica entre homens, e entre as mulheres, um aumento de 9 % na prevalência do tabagismo provocou um aumento de 11 % nas taxas de mortalidade<sup>15</sup>.

Muitos estudos tem demonstrado que o tabagismo é mais deletério para mulheres do que para homens, principalmente em relação à DAC, acredita-se que isso ocorra devido a interação entre componentes do cigarro e fatores hormonais<sup>18</sup>.

A prevalência do tabagismo no Brasil continua sendo difícil de precisar em virtude dos poucos estudos existentes. Levando-se em conta a estimativa do IBGE, existem no Brasil em torno de 31 milhões de fumantes, correspondendo a 32,6% da população maior de 15 anos, sendo que a maior concentração está na região sul, onde 42% dos adultos fumam<sup>15</sup>.

Um estudo realizado em Florianópolis no ano de 2001, que entrevistou 1886 pessoas, mostrou que 24,8% dos entrevistados eram fumantes, 12,7% ex-fumantes e 62,5% não fumantes<sup>15</sup>. Outro estudo realizado em 2001 em nossa comunidade mostrou que 50,7% dos entrevistados com história de IAM prévio eram tabagistas e 12,3%, sem história de IAM prévio, eram tabagistas<sup>19</sup>. Em nosso estudo encontramos uma prevalência de 17,97% de tabagistas, 59,55% de não fumantes e 22,47% de ex-fumantes, dados que se assemelham a outros estudos em nossa cidade. Um estudo caso/controlado que avaliou o grau de conhecimento sobre fatores de risco para IAM mostrou que 92% dos entrevistados do grupo com IAM prévio conheciam o tabagismo como fator de risco e 87% do grupo controle também fizeram essa associação<sup>10</sup>. Em nosso estudo apenas 40,44% dos entrevistados referiram o tabagismo como fator de risco para doenças cardíacas, e esse valor permaneceu baixo em relação a outras doenças questionadas, inclusive doenças pulmonares, onde apenas 50,56% referiram o tabagismo como fator de risco. A maior associação entre fumo e doenças

feita pelos entrevistados foi entre tabagismo e câncer de vários órgãos (66,29%), mesmo assim um valor baixo.

A partir disso, vemos que vivemos em uma endemia tabágica e que a população não está devidamente orientada sobre os efeitos deletérios do cigarro no organismo. Cabe aos profissionais da saúde e ao governo mudarem esse panorama. Dos profissionais da saúde espera-se um papel mais preventivista em relação à fatores de risco diversos, particularmente o cigarro, abordando esse tema com seus pacientes, explicando as consequências que o fumo traz e médio e longo prazo e incentivando a perda desse hábito ou vício, através de medicamentos ou outras estratégias terapêuticas aceitas pela comunidade científica. Do governo esperasse campanhas sérias que visem a orientação da população quanto aos verdadeiros malefícios do cigarro, campanhas que devem ser veiculadas por todos os meios de comunicação, principalmente a televisão, que tem uma grande penetração na nossa população, e que não deve se resumir a pequenos “flashes” de poucos segundos após uma longa propaganda “emocionante” de uma marca de cigarros. As telenovelas, com sua enorme penetração em nossa população, são utilizadas para instruir o povo sobre temas como dengue e uso de drogas ilícitas, poderiam ser utilizadas para prevenção do tabagismo, haja visto os números já apresentados sobre morbi-mortalidade desse hábito.

O sedentarismo, situação de gasto energético inferior a 500Kcal/semana além do gasto calórico basal, é um importante fator de risco para DCV, e um dos principais em termos de saúde pública devido a prevalência de 58,8%, segundo o Projeto PACE (Physician-Based Assessment and Counseling for Exercise –1992)<sup>20</sup>.

Vários estudos relacionam uma maior atividade física com diminuição da DAC, entre eles o Multiply Risk factor intervention Trial-MRFIT (Leon 1987) no qual se demonstrou que até atividades de pequena intensidade, como jardinagem, resultam em diminuição importante das manifestações do DAC<sup>20</sup>. Outros estudos demonstram o efeito independente do exercício físico como promotor de regresso da arterosclerose, quando associado a um gasto calórico superior a 200Kcal/semana<sup>20</sup>. E quando associado a uma dieta pobre em gorduras um retardo importante na evolução da DAC<sup>21</sup>. A remoção do sedentarismo pode reduzir o risco de coronariopatia em cerca de 50%, isso devido ao “efeito dominó” associado à atividade física, ou seja, o exercício provoca queda do LDL colesterol e triglicerídeos, aumento do HDL colesterol, efeito hipoglicemiante, auxilia no combate do tabagismo, uso de drogas e alcoolismo por seus efeitos ansiolíticos e antidepressivo, tem ação anti-hipertensiva, combate

a obesidade e funciona como um tranquilizante natural em pessoas onde o estresse atua como fator de risco<sup>20</sup>.

A prevalência de atividade física regular em nossa cidade varia de acordo com vários estudos prévios. Em estudo caso/controle para IAM, do ano de 2001, considerando atividade física regular a média de exercícios físicos de 2 vezes ou mais por semana, mostrou uma prevalência de 31,5% no grupo caso e 42,5% no grupo controle<sup>19</sup>. Em outro estudo semelhante obteve uma frequência de prática de esportes regular em 20% no grupo caso e 32% no grupo controle<sup>3</sup>. Outro estudo realizado na grande Florianópolis no ano de 1999, mostrou que 24% dos entrevistados faziam exercícios regularmente, e 66% dos entrevistados referiram saber da importância do exercício físico na prevenção das DCV<sup>10</sup>. Em nosso estudo de 46,06% dos entrevistados referiram realizar atividades físicas 3 ou mais vezes por semana, um valor maior que nos outros estudos em nossa comunidade. Em relação ao conhecimento sobre inatividade física como fator de risco para doenças, apenas 52,8% associaram a não realização de exercícios físicos regulares com doenças cardíacas, sendo o grupo de doenças mais relacionada a inatividade física em nosso estudo. Esse é um valor pequeno, visto a importância da atividade física na prevenção de doenças em geral, particularmente as DCV.

Assim como no tabagismo, cabe aos profissionais da área da saúde e ao governo incentivar a atividade física na população em geral. Aos profissionais da saúde cabe a iniciativa de tentar mudar o panorama atual, visto que não tem sido dada a devida atenção ao sedentarismo por parte dos clínicos, que ainda estão muito ligados à medicina terapêutica com o uso de drogas e procedimentos invasivos, não dando o devido valor à medicina preventiva e ninguém melhor que um profissional para incentivar e orientar seus pacientes em programas de exercícios físicos. Ao governo cabe a elaboração e divulgação de campanhas que divulguem esse tema. Sendo assim, é importante deixar de ser sedentário de duas maneiras; em sessões formais de exercício físico e nas mais diversas oportunidades que se apresentarem no cotidiano<sup>20</sup>.

O *diabetes mellitus* é um dos mais importantes problemas de saúde na atualidade, tanto em termos do número de pessoas afetadas, incapacitações, mortalidade prematura, como dos custos envolvidos no seu controle, tratamento e complicações. Estima-se que no Brasil existam 5 milhões de indivíduos diabéticos, dos quais metade desconhece o diagnóstico, traduzindo-se em uma prevalência da doença de 7,6% na população urbana de 30 a 69 anos<sup>22</sup>.

O risco para cardiopatia coronariana está aumentado em cerca de 2 a 4 vezes nos pacientes com DM<sup>9</sup>, sendo a principal causa de morte nesse grupo de pacientes<sup>23</sup>, além do maior risco de morte súbita<sup>24</sup>. Vários estudos epidemiológicos prospectivos evidenciam que o aumento da glicemia, mesmo abaixo da faixa do diabetes, está relacionado com uma maior mortalidade, principalmente em mulheres, por isso a glicemia hoje é considerada um fator de risco contínuo para DAC, assim como os níveis de colesterol<sup>9</sup>. Além disso, o diabetes está associado à uma maior prevalência de outros fatores de risco para DCV como a dislipidemia e a HAS, visto que cerca de 40% dos diabéticos acima dos 50 anos são hipertensos<sup>23</sup>.

Estudo caso/controle de fatores de risco para IAM realizado em nossa comunidade no ano de 2001, mostrou uma frequência de 20,5% de diabéticos no grupo caso e 4,1% no grupo controle<sup>19</sup>. Outro estudo semelhante que investigou o conhecimento da DM como fator de risco para infarto agudo do miocárdio mostrou que 38% do grupo caso e 40% do grupo controle referiram a DM como fator de risco para coronariopatia<sup>10</sup>. Em nosso estudo encontramos uma prevalência de 7,86% de diabéticos, dado semelhante à prevalência nacional. Em relação ao conhecimento do DM como fator de risco para doenças, as complicações oculares foram as mais citadas com 41,57%, em segundo as doenças do coração com 32,58% valores que se aproximam do estudo citado.

A obesidade é atualmente um dos mais graves problemas de saúde pública, pois sua prevalência vem crescendo acentuadamente nas últimas décadas, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, levando a doença à condição ou epidemia global<sup>25</sup>.

Apesar dos termos sobrepeso e obesidade muitas vezes serem usados como sinônimos, seus conceitos são diferentes, o primeiro se refere a um aumento exclusivo de peso e o segundo implica em um aumento de tecido adiposo<sup>25</sup>, mas muitas vezes a linha divisória entre eles não pode ser estabelecido com exatidão, qualquer que seja o método empregado<sup>26</sup>. A necessidade de um indicador mais adequado levou ao desenvolvimento do índice de massa corpórea (IMC), calculado a partir da divisão do peso pela altura ao quadrado, classificando os indivíduos em baixo peso quando o IMC for menor que 20 kg/m<sup>2</sup>, peso normal entre 20 e 24,99 kg/m<sup>2</sup>, sobrepeso entre 25 e 29,99, obesidade entre 30 e 39,99 e obesidade grave acima de 40. Porém os valores do IMC não são uniformes em todas as instituições<sup>26</sup>.

Vários estudos já demonstraram a associação entre obesidade e HAS, dislipidemias, aterosclerose, DCV e diabetes, formando uma síndrome Plurimetabólica, antes chamada síndrome X.<sup>10</sup> A diminuição progressiva do peso diminui a taxa de mortalidade por DCV em

cerca de 50% sendo que com IMC entre 18 e 24 diminui a frequência de DCV em 25% e DAC em 15%; além disso 80 a 90% dos pacientes com DM tipo 2 são obesos; de cada 2 pacientes hipertensos um é hipertenso em decorrência da obesidade e a diminuição de 3 a 5 kg reduz em aproximadamente 50% a necessidade de medicamentos em pacientes nesses pacientes; estudos epidemiológicos demonstram que pacientes obesos tem risco maior de câncer do TGI, próstata e útero; a obesidade é uma das principais causas de osteoartrose, principalmente de joelho e quadril<sup>25</sup>. O segundo consenso brasileiro sobre dislipidemias (1996) incluiu a obesidade como fator de risco para DAC desde que o IMC fosse maior em igual a  $30\text{kg/m}^2$ .<sup>27</sup>

No Brasil, em pesquisa de 1991, cerca de 32% dos adultos apresentariam excesso de peso (IMC maior ou igual a 25), com 24,6% tendo sobrepeso e 8,3% franca obesidade (IMC maior ou igual a 30) havendo predomínio de mulheres e sendo o sul do país a região mais crítica<sup>26</sup>. Nos Estados Unidos 30% da população é obesa<sup>10</sup>, e esses números estão aumentando, tanto em adultos quanto em crianças e adolescentes<sup>25</sup>. No Brasil ao se comparar estudos dos anos de 1975 e 1989 chega-se à conclusão que se continuar nesse ritmo todos os brasileiros serão obesos na primeira metade do terceiro milênio, sendo que esse crescimento epidêmico atinge principalmente as classes menos favorecidas<sup>25</sup>.

Estudos caso/controle para IAM realizados em nossa comunidade mostram um IMC médio de 27,5 e 26,5<sup>10</sup>, 27,4 e 25,1<sup>3</sup>, 26,7 e 25,9<sup>19</sup> respectivamente. Em nosso estudo encontramos um IMC médio de 25,89, resultado semelhante aos outros estudos, além de 30,33% dos entrevistados estarem na faixa de sobrepeso pelo IMC e 14,6% na faixa de obesidade, sendo que 66,29% dos entrevistados referiram o excesso de peso como fator de risco para doenças do coração, número menor que o encontrado em outro estudo em nossa comunidade com esse mesmo objetivo, que encontrou 79% de conhecimento no grupo de infartados e 93% no grupo controle.

O termo hipertensão arterial ou pressão alta é usado a partir de um número estabelecido arbitrariamente pela constatação do aumento do risco cardiovascular relacionado a esse valor<sup>28</sup>, e o aumento da pressão arterial com a idade não representa um comportamento fisiológico normal<sup>12</sup>. É a maior causa de morbimortalidade cardiovascular entre adultos, no entanto, a instituição do tratamento coloca esse grupo praticamente no mesmo nível de risco da população geral<sup>28</sup>. Níveis pressóricos sistólicos e diastólicos acima de 140/90 mmHg estão relacionados à doença aterosclerótica com uma relação linear<sup>9</sup>. Vários estudos demonstraram

que um aumento persistente de 5 mmhg na diastólica leva a um aumento de risco para AVC de 34% e DAC de 21%, entretanto o controle pressórico diminui mais significativamente o risco de doença cerebrovascular (41%) do que DAC (15%). Outro estudo mostrou que 25% dos pacientes com IAM têm a HAS como provável etiologia do quadro, independente de outros fatores de risco<sup>29</sup>.

É importante ressaltar que a HAS aparece isoladamente em apenas 30 % dos casos, ou seja, na maioria das vezes aparece associada a outros fatores de risco como dislipidemia, obesidade, tabagismo, sedentarismo e diabetes<sup>28</sup>, e que o paciente hipertenso deve ser considerado portador de uma síndrome cujo valor pressórico representa apenas uma parte do problema a ser enfrentado pelo médico<sup>28</sup>.

A prevalência da hipertensão é bastante variável, com valores próximos a 4% na China e a 20% nos Estados Unidos<sup>28</sup>. No Brasil, pode-se estimar uma prevalência também em torno de 20%<sup>28</sup>. Em estudo caso/controle para IAM realizado em nossa comunidade mostrou uma prevalência de 56% no grupo caso e 12% no controle<sup>3</sup>, outro estudo semelhante mostrou 47,9% para grupo caso e 30,1% para grupo controle<sup>19</sup>. Em outro estudo com pacientes infartados pesquisando conhecimento de HAS como fator de risco para DAC encontrou 81% no grupo caso e 77% no grupo controle de entrevistados que fizeram essa associação positiva. Em nosso estudo encontramos uma prevalência de 32,58% de pacientes com história de HAS prévia, sendo que 68,53% dos entrevistados referiram a HAS como fator de risco para doenças cardíacas e 51,68 % associaram HAS como fator de risco para AVC.

OS fatores de risco, em geral, não ocorrem isoladamente, a partir disso torna-se importante salientar que a associação desses fatores multiplica a probabilidade da ocorrência de DCV, não em progressão aritmética mas em progressão geométrica<sup>28</sup>, e que em países que investem em prevenção, como os Estados Unidos, houve uma queda na mortalidade por DCV (50% para DAC e 57% por AVC), comparado com uma diminuição de apenas 10% na mortalidade por outras causas. Segundo alguns autores 50% desse declínio está relacionado ao controle dos fatores de risco, sendo o restante devido ao melhor manejo terapêutico das DCV. Além disso, em países em que não houve esse trabalho preventivo a morbimortalidade cardiovascular permaneceu inalterada<sup>28</sup>.

## 6. CONCLUSÕES

Após a análise dos dados do presente estudo, pode-se concluir que:

- A prevalência dos fatores de risco em estudo, na população avaliada, são de 32,58% para Hipertensão arterial sistêmica, 17,97% para o tabagismo, 7,86% para o *diabetes mellitus*, 48,31% para o sobrepeso e 28,08% para a inatividade física.
- O nível de conhecimento da população analisada sobre os fatores de risco em estudo para doenças diversas é pequeno, sendo que a maior associação foi entre hipertensão arterial sistêmica e doenças do coração com 68,53% de frequência.

## 7. REFERÊNCIAS

1. Lotufo PA. Fundamentos da prevenção das doenças cardiovasculares. In: Porto CC, editors. Doenças do coração, prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. P. 71-2.
2. Ramos RL, Santos FRG, Marcopito LF. Morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares em São Paulo: Cardiologia. São Paulo: Atheneu; 1997.p. 1-7.
3. Fialho, GL. Estudo caso-controle de fatores de risco para doença arterial coronariana aterosclerótica, manifestada como infarto agudo do miocárdio. Florianópolis; 1999.p.52.
4. Porto CC, Porto AL. Cardiopatia isquêmica. In Porto CC, editors. Doenças do coração, prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.p. 563.
5. Antman EM, Braunwald E. In: Isselbacher KL, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL, editors. Infarto Agudo do Miocárdio. Harrison medicina interna, 14° edição. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 1998.p.1443
6. Nicolau JC, Ramires JAF. Infarto Agudo do Miocárdio. In: Porto CC, editors. Doenças do coração, prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.p.608.
7. Mohallem KL. Aspectos Econômicos da Prevenção e Tratamento das Doenças cardiovasculares. In: Porto CC, editors. Doenças do coração, prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.p.49.
8. Porto CC. Fatores de risco, estilo de vida e Doenças cardiovasculares. In: Porto CC, editors. Doenças do coração, prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.p.133-8.
9. Vale AAL, Martinez TLR. Fatores de risco coronário: Quais os já consagrados e sua importância na gênese da doença coronária? In: Timerman A, César LAM, editors. Manual de cardiologia Socesp. São Paulo: Atheneu; 2000.p.99-14.
10. Demarchi IP. Grau de conhecimento sobre os fatores de risco para coronariopatia em pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio (trabalho de conclusão de curso). Florianópolis: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.p.38.
11. Giannini Sd. Aterosclerose – Dislipidemias. São Paulo: BG Cultural; 1998.



12. III Consenso Brasileiro para o diagnóstico e tratamento da Hipertensão Arterial, 1998.
13. Foster DW. Diabetes Melito. In: Isselbacher KL, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL, editors. Harrison medicina interna, 14º edição. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 1998.p.2186.
14. Rezende J, Montenegro CAB. O Puerpério. In: Rezende J, Montenegro CAB, editors. Obstetrícia Fundamental, 8º edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.p.204..
15. Neto AA, Rassi RH, Labbadia EM. Tabagismo e doenças cardiovasculares. In: Porto CC, editors. Doenças do coração, prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. P.133-8.
16. Silva LL. Incidência do Tabagismo na População de Florianópolis ( Trabalho de conclusão de curso ). Florianópolis: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina: 2001.p.27.
17. Benowitz NL. Snuff, nicotine and Cardiovascular disease: Implications for Tobacco Control. Journal of American College of Cardiology 1999;vol 34.No 6.p.1791-1793.
18. Prescott E, Hippe M, Schnohr P, Hein HO, Vestbo J. Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study. BMJ 1998; 316:1043-7.
19. Cathcart AF. Estudo caso-controle de fatores de risco para doença arterial coronariana aterosclerótica, manifestada como infarto agudo do miocárdio (trabalho de conclusão de curso). Florianópolis: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina: 2001.p.43.
20. Carvalho T. Sedentarismo e doenças cardiovasculares. In: Porto CC, editors. Doenças do coração, prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. P. 139-41.
21. Niebauer J, Hambrecht R, Velich T, Hauer K, Marburger C, Kälberer B, et al. Attenuated Progression of Coronary Artery Disease after 6 years of Multifactorial Risk Intervention. Circulation. 1997;96:2534-2541.
22. Malerbi DA, Franco LJ. Multicenter study of prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 years. Diabetes Care. 1992; 15:1509- 1516.
23. Braga JCF, Labrunie A, Guimarães FV. Diabetes e Doenças Cardiovasculares. In: Porto CC, editors. Doenças do coração, prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. P. 142-5.

24. Balkau B, Jouven X, Ducimetière P, Eschwège E. Diabetes as a risk factor for sudden death. *The Lancet*. 1999. Vol 354.p.1968-1969.
25. Coutinho W. Consenso Latino Americano de obesidade. Rio de Janeiro. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia*. 1999. Vol 43.p.27-66.
26. Porto CC. Obesidade e Doenças cardiovasculares. In: Porto CC, editors. *Doenças do coração, prevenção e tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. P. 142-5.
27. Consenso Brasileiro sobre dislipidemias. *Arq Bras Cardiol* 1996;67:113-28.
28. Jardim PCGV, Sousa ALL, Monego ET. Hipertensão arterial. In: Porto CC, editor. *Doenças do coração, prevenção e tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.p. 453-60.
29. Psaty BM, Furberg CD, Kuller LH, Bild DE, Rautaharju PM, et al. Traditional Risk Factors and Subclinical Disease Measures as Predictors of First Myocardial Infarction in Older Adults. *Arch intern med*. 1999;159:1339-1347.

## **NORMAS ADOTADAS**

Esse trabalho foi digitado segundo as normas da resolução nº 001/2001 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

# APÊNDICE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
ACADÊMICO: RAFAEL YARED FORTE  
MATRICULA: 96254416

## QUESTIONÁRIO UTILIZADO P/ ELABORAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

### DADOS GERAIS

DATA:	NUMERO DO PRONTUÁRIO:
SEXO:	IDADE:
PA ( início da consulta ) :	PA( fim da consulta ):
PESO:	ALTURA:

1. Alguma vez algum médico lhe disse que o sr(a) tinha pressão alta ?  
 Sim  Não
2. O sr(a) já fez ou faz tratamento p/ pressão alta ?  
 Sim, já fiz mas parei;  
 Sim, estou em tratamento atualmente;  
 Não, nunca fiz tratamento p/ pressão alta;
3. Na sua opinião quem tem pressão alta tem maiores chances de ter outras doenças ?  
 Não  Sim, quais:  
doenças do coração  Sim  Não  
diabetes mellitus  Sim  Não  
derrame cerebral  Sim  Não  
doenças renais  Sim  Não  
doenças dos olhos ( visão )  Sim  Não  
OUTRAS, QUAIS: \_\_\_\_\_
4. Na última vez que você foi ao médico a sua pressão arterial foi medida ?  
 Sim  Não

5. ( Apenas p/ hipertensos ) O seu médico já lhe explicou os riscos de não se tratar de hipertensão arterial ?  
 Sim  Não  
O QUE EXPLICOU ?.....
6. Você tem diabetes mellitus ?  Sim  Não  Ignora
7. O sr(a) já fez ou faz tratamento p/ diabetes ?  
 Sim, já me tratei no passado mas parei;  
 Sim, estou em tratamento atualmente;  
 Não, nunca me tratei p/ diabetes;
8. Na sua opinião quem tem diabetes mellitus tem maior chance de ter outras doenças ?  
 Não  Sim, QUAIS?  
doenças do coração  Sim  Não  
doenças dos olhos ( visão)  Sim  Não  
derrame cerebral  Sim  Não  
pressão alta  Sim  Não  
doenças renais  Sim  Não  
OUTRAS, QUAIS ?.....
9. ( Apenas p/ diabéticos ) O seu médico já lhe explicou os riscos de não se tratar de diabetes mellitus ?  
 Não  Sim, O que explicou?.....
10. Você é fumante ?  Sim  Nunca fumou  Abandonou
11. Em caso de abandono:  < 1 ano  1-5 anos  5-10 anos  > 10 anos
12. Caso fume, quantos cigarros por dia ?  até 10  10-20  >20
13. Na sua opinião quem fuma tem maior chance de ter problemas de saúde?  
 Não  Sim, QUAIS?  
doenças do coração  Sim  Não  
doenças do pulmão  Sim  Não  
derrame cerebral  Sim  Não  
câncer em vários órgãos  Sim  Não  
diabetes mellitus  Sim  Não  
OUTROS, QUAIS?.....
14. Na última vez que consultou um médico ele lhe perguntou se o sr(a) fumava ?  
 Sim  Não

15. Para cada atividade física abaixo informe o número de vezes que a pratica por semana regularmente, no mínimo 30 minutos por vez.

CAMINHADA ( ) 1 vez/ semana ( ) 2 vezes/semana ( ) 3 ou mais vezes/ semana  
 CORRIDA ( ) 1 vez/ semana ( ) 2 vezes/semana ( ) 3 ou mais vezes/ semana  
 FUTEBOL ( ) 1 vez/ semana ( ) 2 vezes/semana ( ) 3 ou mais vezes/ semana  
 BICICLETA ( ) 1 vez/ semana ( ) 2 vezes/semana ( ) 3 ou mais vezes/ semana  
 OUTRO \_\_\_\_\_ ( ) 1 vez/ semana ( ) 2 vezes/semana ( ) 3 ou mais vezes/ semana

16. Na sua opinião quem não faz exercício tem maior chance de ter doenças?

- ( ) Não ( ) Sim, quais?  
 - doenças do coração ( ) Sim ( ) Não  
 - diabetes mellitus ( ) Sim ( ) Não  
 - pressão alta ( ) Sim ( ) Não

OUTRAS, QUAIS?.....

17. Na última vez que consultou um médico ele lhe perguntou sobre suas atividades físicas?

- ( ) Sim ( ) Não

18. Na sua opinião a pessoa com excesso de peso tem mais chance de ter doenças ?

- ( ) Não ( ) Sim, quais?  
 - doenças do coração ( ) Sim ( ) Não  
 - diabetes ( ) Sim ( ) Não  
 - pressão alta ( ) Sim ( ) Não

OUTRAS, QUAIS ? .....

19. Na última vez que o sr(a) consultou um médico ele lhe pesou ou lhe perguntou seu peso?

- ( ) Sim ( ) Não

20. Alguma vez algum médico lhe disse que o sr(a) tinha doença do coração ?

- ( ) Sim ( ) Não

21. Se sim, qual ?

- ( ) angina  
 ( ) infarto

OUTRA QUAL?.....

PARA LEITURA DO PACIENTE:

PERMITO QUE OS MEUS DADOS OBTIDOS PELAS PERGUNTAS DESSE QUESTIONÁRIO, EXCLUINDO MEU NOME E DADOS DE PRONTUÁRIO, SEJAM UTILIZADOS NO ESTUDO SOBRE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA REALIZADO PELO ACADÊMICO DE MEDICINA RAFAEL YARED FORTE, MATRÍCULA 96254416.

ASSINATURA DO PACIENTE: .....

TCC  
UFSC  
SP  
0046

N.Cham. TCC UFSC SP 0046  
Autor: Forte, Rafael Yare  
Título: Análise de fatores de risco para



972810454

Ac. 254124

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM