

MOISÉS MORAES

**OCORRÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DOS FATORES DE
RISCO PARA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA NUM
GRUPO DE PACIENTES CADASTRADOS NO PROGRAMA
HIPERDIA NO CENTRO DE SAÚDE FAZENDA RIO
TAVARES – FLORIANÓPOLIS**

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

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina**

2007

MOISÉS MORAES

**OCORRÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DOS FATORES DE
RISCO PARA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA NUM
GRUPO DE PACIENTES CADASTRADOS NO PROGRAMA
HIPERDIA NO CENTRO DE SAÚDE FAZENDA RIO
TAVARES – FLORIANÓPOLIS**

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

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima

Orientadora: Prof. Dra. Aparecida de Cássia Rabetti

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2007

"A sabedoria é a coisa principal;
adquire, pois, a sabedoria;
sim, com tudo o que possuis
adquire o entendimento"
(BÍBLIA, Provérbios, 4:7)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por essa conquista pessoal, visto que Nele tenho encontrado fortaleza e amparo para viver todos os momentos da minha vida, sejam eles quais forem.

Sinto-me uma das pessoas mais privilegiadas do mundo por ter a Sra. Maria Regina Moraes e o Sr. Norberto Moraes como meus progenitores, pois a herança moral e ética que eles me legaram, além da impressão que eles tiveram na formação do meu caráter, possui maior valor do que qualquer herança material que alguém possa deixar.

Agradeço o apoio que tenho recebido dos meus irmãos Mário Moraes e Maurílio Moraes, pois se eu estou concluindo este Curso de Graduação em Medicina; se eu tenho a formação cultural que tenho (curso de música, proficiência em língua inglesa), isso eu devo ao apoio deles.

Faz-se necessário eu registrar minha gratidão pelo carinho e estímulo recebido dos meus tios, tias e primos. E, nesse ponto, agradecer o apoio especial da minha prima Zélia Moraes, pois ao me acolher em sua casa, permitiu que eu frequentasse o Curso Pré-Vestibular Objetivo em São Paulo (SP).

Devo agradecimentos ao casal Sônia e Nelson Miguel de Simas (“Tia Sônia” e “Tio Nilson”), como também ao Jackson e aos demais membros da família, por terem me abrigado em sua casa nos períodos de vestibular.

O meu agradecimento também se estende ao casal Keila e David Albuquerque pela ajuda que eles me deram quando eu necessitei deles. Os favores podem aparentemente ser “pequenos”, mas se eles são solicitados, isso significa que não são tão pequenos assim. Foi um gesto muito nobre eles terem prontamente atendido minha solicitação.

Sou grato aos meus amigos em Itajaí (SC), por suas orações e incentivo. Peço desculpas por não citar o nome de todos, pois não quero cometer o equívoco de esquecer um nome sequer, mas digo que eu tenho todos vocês registrados em minha memória.

Também quero agradecer o ensinamento e convívio profissional que tenho recebido da Dra. Aparecida de Cássia Rabetti, dos demais médicos e profissionais do Centro de Saúde Fazenda Rio Tavares. Eu quero que saibam que tenho excelentes referências de vocês.

Em suma: o momento que vivencio hoje é marcado pela contribuição que vocês tiveram em minha vida. Muito obrigado.

RESUMO

Objetivo: Verificar e caracterizar a presença de alguns fatores de risco num grupo de pacientes cadastrados no programa HiperDia no CS Fazenda Rio Tavares.

Método: Estudo descritivo, transversal e observacional de 50 pacientes cadastrados no HiperDia no CS Fazenda Rio Tavares, os quais foram selecionados aleatoriamente. Os dados foram registrados em formulário padrão. A coleta de dados deu-se entre 20 de janeiro e 13 de fevereiro de 2007.

Resultados: A média de idade geral foi de 60,44 anos, sendo 74% do sexo feminino, 78% de brancos, 70% de casados, 62% referiram menos de 3 anos de estudo, 50% eram aposentados, 74% tinham rendimento mensal familiar *per capita* de até um salário-mínimo. Do total de pessoas que referiram conhecer a história familiar de DAC, 34,78% responderam afirmativamente, 8% possuem história pessoal de DAC prévia, 64% são apenas hipertensos, 2% possuem DM 1 e hipertensão, 20% com DM 2 e hipertensão e 14% apresentando apenas DM 2, 8% de tabagistas, 6% referindo consumo freqüente de bebida alcoólica. Verificou-se que 64% não praticam exercícios, 42% apresentam sobrepeso, 38% são obesos.

Conclusão: No presente estudo, os participantes são predominantemente do sexo feminino, brancos, casados, com média de idade de aproximadamente 64 anos, apresentando baixos níveis de escolaridade e renda familiar, sendo metade deles aposentados. Cerca de 35% relata história familiar para DAC e 8% possuem história prévia de DAC. A maioria é apenas hipertensa, com baixo índice de tabagismo e consumo de álcool. A maioria é sedentária e 84% estão acima do peso ideal.

ABSTRACT

Objective: To verify and to characterize the presence of some risk factors in a group of patients enrolled at the HiperDia Program in the Fazenda Rio Tavares Health Center.

Method: We carried out a descriptive, transversal and observational study of 50 patients enrolled at the HiperDia Program in the Fazenda Rio Tavares Health Center, who were selected randomly. The information was registered in standardized form. The data were collected from January 20th to February 13th, 2007.

Results: The mean age was 60.44 years, being 74% of the female gender, 78% were Caucasians, 70% were married, 62% referred less than 3 years of school attendency, 50% were retired, 74% had mensal familiar earnings per capita up to one minimum-salary. From the total of people that referred to be aware of the familial history of coronary heart disease, 34.78% answered positively, 8% had personal previous history of coronary heart disease, 64% have only hypertension, 2% have DM 1 and hypertension, 20% have DM 2 and hypertension and 14% have only DM 2, 8% were smokers, 6% referred frequent alcoholic drinking. It was verified that 64% do not practice exercises, 42% were overweight and 38% were obese.

Conclusion: In the present study, the participants were mainly of the female gender, Caucasians, married, with mean age of approximately 64 years, with low degree of formal education and familiar income, half of them were retired. About 35% refer familiar history of coronary artery disease and 8% have previous personal history of coronary artery disease. Half has only hypertension, with low index of tobacco and alcohol consumption. The majority is sedentary and 84% are above of their ideal weight.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACO – Anticoncepcional oral

AVC – Acidente vascular cerebral

CS – Centro de saúde

DAC – Doença arterial coronariana

DCV – Doença cardiovascular

DM 1 – Diabetes Mellitus tipo 1

DM 2 – Diabetes Mellitus tipo 2

Fem. – Feminino

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

HDL – Lipoproteína de alta densidade

IAM – Infarto agudo do miocárdio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de massa corporal

LDL – Lipoproteína de baixa densidade

Masc. – Masculino

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da população participante por sexo e grupo etário.....	10
Figura 1 – Distribuição da população participante segundo a raça.....	11
Tabela 2 – Distribuição da população participante segundo a escolaridade.....	11
Figura 2 – Distribuição da população participante segundo o estado civil.....	12
Figura 3 – Distribuição da população participante segundo estado ocupacional.....	12
Tabela 3 – Distribuição da população participante por raça e renda familiar per capita.....	13
Tabela 4 - Prevalência de antecedentes familiares para DAC na população participante.....	13
Figura 4 – Distribuição da população participante segundo história prévia de DAC.....	14
Figura 5 – Distribuição da população participante segundo diagnóstico de HAS e/ou DM...14	
Tabela 5 – Distribuição da população participante segundo diagnóstico de HAS isolada por sexo e grupo etário.....	15
Tabela 6 – Distribuição da população participante segundo diagnóstico de DM 2 e HAS por sexo e grupo etário.....	15
Tabela 7 – Distribuição da população participante segundo diagnóstico de DM 2 isolado por sexo e grupo etário.....	16
Figura 6 – Distribuição da população participante segundo hábito do tabagismo.....	16
Tabela 8 – Distribuição da população participante segundo consumo de bebida alcoólica....	17

Tabela 9 – Distribuição da população participante segundo a prática de exercícios regulares por número de vezes por semana.....17

Tabela 10 – Distribuição da população participante segundo o índice de massa corporal em relação ao sexo.....18

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO.....	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO.....	iv
<i>ABSTRACT</i>	v
LISTA DE ABREVIATURAS.....	vi
LISTA DE FIGURAS E TABELAS.....	vii
SUMÁRIO.....	viii
1 INTRODUÇÃO.....	01
2 OBJETIVO.....	06
3 MÉTODO.....	07
4 RESULTADOS.....	10
5 DISCUSSÃO.....	19
6 CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS.....	25
NORMAS ADOTADAS.....	31
ANEXOS.....	32

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são a primeira causa em mortalidade e uma das principais causas de morbidade a nível mundial, além de causar elevado custo econômico.¹ Em 1990, a doença cardíaca isquêmica foi a causa líder de mortalidade mundial, compreendendo 6,26 milhões de óbitos, sendo seguida por acidente vascular cerebral com 4,38 milhões de óbitos.¹ Nos Estados Unidos, a DCV correspondeu por 36,3% (871.517) do total de 2.398.000 óbitos ocorridos em 2004, ou seja, 1 a cada 2,8 mortes.² A crescente taxa de hospitalização devido à DCV e o aumento acentuado de procedimentos e intervenções cirúrgicas contribuem para o grande aumento nos gastos com a saúde, sendo que a estimativa de gastos diretos e indiretos com DCV para o ano de 2007 é da ordem de 431,8 bilhões de dólares.² O risco de um indivíduo norte-americano com 40 anos de idade vir a desenvolver doença arterial coronariana (DAC) durante o restante de sua vida é de aproximadamente 50% no sexo masculino e 32% no sexo feminino.³ No Brasil, segundo dados nacionais disponibilizados pelo Ministério da Saúde⁴, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 285.543 óbitos no ano de 2004, sendo que as três doenças que mais mataram no referido período foram: doenças cerebrovasculares (90.930 óbitos), doenças isquêmicas do coração (86.791 óbitos) e outras doenças cardíacas (61.540 óbitos), mostrando a importância da morbidade das doenças cardiovasculares. Nesse mesmo período, a cardiopatia isquêmica foi responsável por 30,40% dos óbitos nas doenças cardiovasculares, sugerindo que a morbidade da doença arterial coronariana é alta. Dados específicos de Florianópolis disponibilizados pelo Ministério da Saúde⁵ referentes ao ano de 2003 demonstram uma taxa de mortalidade (em número de óbitos por 100.000 habitantes) de 57,55 para cardiopatia isquêmica, de 33,68 para doença cerebrovascular e 45,88 para as demais doenças do aparelho circulatório, sendo que a cardiopatia isquêmica foi responsável por 41,97% dos óbitos nas doenças cardiovasculares. Em 1990, a doença cardíaca isquêmica era a quinta colocada em prevalência mundial, sendo que projeções para o ano de 2020 apontam que ela passará a ocupar a primeira posição, seguida por depressão, acidentes de tráfego, acidente cerebrovascular, e doença pulmonar obstrutiva crônica.⁶ Atualmente, as regiões em desenvolvimento contribuem mais marcadamente sobre o ônus da DCV que as desenvolvidas, sendo que em 1990, os países em desenvolvimento contribuíram com 63% da mortalidade mundial por DAC.¹ Esse aumento da DCV em regiões em desenvolvimento é resultante de vários fatores, dentre os quais: 1)

redução da mortalidade por causas infecto-parasitárias e deficiências nutricionais, com conseqüente aumento da expectativa de vida e aumento das doenças associadas às condições crônicas e degenerativas, tais como câncer, aterosclerose, diabetes e hipertensão arterial sistêmica (fenômeno conhecido por “Transição Epidemiológica”); 2) alterações sócio-econômicas e do estilo de vida associadas à urbanização, levando a níveis mais elevados de fatores de risco para DCV; e 3) susceptibilidade genética de determinadas populações, tais como desordens de lipídios, obesidade, sensibilidade ao sal e resistência à insulina, o que produz maior impacto clínico.⁷

Durante a primeira metade do século XX, experimentos em animais e observações clínicas vincularam certas variáveis, como hipercolesterolemia, ao risco de eventos ateroscleróticos. O estudo sistemático dos fatores de risco em humanos, no entanto, começou aproximadamente na metade do século passado. O Estudo de Framingham proporcionou suporte firme para o conceito de que hipercolesterolemia, hipertensão, tabagismo e outros fatores estão correlacionados com o risco vascular. Estudos observacionais semelhantes realizados na América do Norte e Europa Ocidental providenciaram suporte independente para o conceito de “fatores de risco” para doenças cardiovasculares.⁸ Estudos populacionais têm demonstrado exaustivamente que a doença aterosclerótica se desenvolve devido a fatores hereditários, exposição a fatores de risco, fatores ambientais e estilo de vida.⁹ Os fatores de risco principais para aterosclerose, tais como: elevado nível plasmático de lipoproteína de baixa densidade (LDL), baixo nível plasmático de lipoproteína de alta densidade (HDL), tabagismo, hipertensão e diabetes mellitus, são creditados pelo distúrbio da função normal do endotélio vascular.¹⁰

A identificação de pessoas com elevado risco para eventos cardiovasculares é o maior foco dos esforços de prevenção primária, pois as mudanças no estilo de vida e as intervenções farmacológicas têm demonstrado aumentar a expectativa de vida das pessoas com elevado risco,^{11,12,13,14} sendo que esse aumento na expectativa média de vida constitui-se num fenômeno social com importantes repercussões na própria área da saúde, como também na economia.

A etiologia da doença arterial coronariana é multifatorial, e vários fatores de risco são conhecidos a predispor para a condição. Alguns desses fatores – tais como idade, gênero, raça e história familiar – não podem ser mudados, enquanto que outros fatores de risco podem ser controlados, dentre os quais:

1. Dislipidemia: significa um desvio anormal no valor de uma ou mais frações lipídicas do plasma.¹⁵ O colesterol sérico elevado, especialmente quando associado

com baixos valores de lipoproteínas de alta densidade (HDLs), é fortemente associado com ateroma coronariano. Há elevada evidência que elevados níveis de triglicerídios são também ligados independentemente com ateroma coronariano. Estudos angiográficos têm mostrado que a diminuição do colesterol sérico pode não apenas diminuir a progressão da aterosclerose coronariana, mas também causar a regressão da doença. Grandes testes clínicos têm mostrado que a diminuição de lipídios pode diminuir a mortalidade total e a ocorrência de novos eventos coronarianos, e reduzir a necessidade de revascularização.¹⁶

2. Tabagismo: nos homens, o risco de desenvolver doença arterial coronariana está diretamente relacionada ao número de cigarros fumados.^{16,17,18} Essa relação é menos certa (mas continua importante) em mulheres e em fumantes de charutos e cachimbo.¹⁶ O tabagismo quase duplica o risco, em relação aos não-fumantes, para desenvolvimento de infarto do miocárdio ou morte por coronariopatia.¹⁸ Estudos indicam que 30% da mortalidade anual por DAC nos Estados Unidos é decorrente do tabagismo.¹⁷ O tabagismo passivo aumenta o risco de doença arterial coronariana em 25%.¹⁹ O mecanismo pelo qual o tabagismo aumenta a aterosclerose é incerto. A nicotina estimula a liberação de catecolaminas (epinefrina e norepinefrina), as quais aumentam o ritmo cardíaco e a constrição vascular periférica. Como resultado, há um aumento da pressão sangüínea, como também a carga de trabalho cardíaco e a demanda por oxigênio. Níveis elevados de catecolaminas também estimulam a liberação de ácidos graxos livres. O tabagismo causa disfunção endotelial e aumento da espessura da parede vascular; também aumenta a adesão plaquetária, dessa forma aumentando o risco de agregação plaquetária dentro das artérias.²⁰ Além disso, o monóxido de carbono na fumaça do cigarro reduz a quantidade de oxigênio no sangue arterial. Após o abandono do tabagismo, os riscos associados com DAC podem diminuir para quase normal após 10 anos de abstinência.¹⁶
3. Hipertensão Arterial: tanto a hipertensão sistólica como a diastólica estão associadas com um risco elevado de doença arterial coronariana.¹⁶ A hipertensão contribui para a lesão endotelial, um passo chave na aterogênese, e causa hipertrofia miocárdica, o que aumenta a demanda miocárdica por fluxo coronariano. Para indivíduos de 40 a 70 anos, cada aumento de 20 mmHg na pressão arterial sistólica ou 10 mmHg na pressão arterial diastólica, há um aumento de duas vezes no risco de doença cardiovascular quando comparados com

normotensos da mesma idade,²¹ e cerca de 35% dos eventos ateroscleróticos cardiovasculares podem ser atribuídos a esse fator de risco sozinho, sendo que o risco é o mesmo para homens e mulheres. Uma redução na pressão sanguínea sistólica de 12 a 13 mmHg por um período de acompanhamento de 4 anos pode reduzir o risco para DAC em aproximadamente 21%.²²

4. Diabetes Mellitus: a maioria dos pacientes com diabetes mellitus morre por aterosclerose e suas complicações. Uma característica importante para a elevação do risco cardiovascular nos pacientes com diabetes tipo 2 provavelmente está relacionado ao perfil anormal das lipoproteínas associado com resistência à insulina, conhecida como dislipidemia diabética.⁸ No Estudo de Framingham, a presença de diabetes dobrou o risco ajustado para a idade para doença cardiovascular em homens e triplicou esse risco nas mulheres. A ocorrência simultânea de várias comorbidades coloca os pacientes com diabetes num risco mais elevado para doença coronariana e sua mortalidade.²³
5. Obesidade: a obesidade, particularmente a obesidade central, está associada com doença arterial coronariana.¹⁶ A obesidade também afeta o perfil de risco por predispor os indivíduos à hipertensão, dislipidemia, e intolerância à glicose, sendo que a perda de peso está associada com uma melhora nesses fatores de risco.²⁴ O risco para desenvolver a doença arterial coronariana nos pacientes obesos é estimado em cerca de três vezes maior que naqueles pacientes com peso corporal normal.²⁵
6. Sedentarismo: o sedentarismo é a situação de inatividade física na qual há um excedente inferior a 500 Kcal por semana em relação ao gasto calórico basal.²⁶ É considerado um problema de saúde pública devido à elevada prevalência na população em geral. Os mecanismos pelos quais o exercício físico reduz a incidência de doenças cardiovasculares ainda não estão esclarecidos, mas está demonstrado aumento dos níveis de HDL-Colesterol, diminuição da resistência à insulina, redução do peso corporal e dos níveis da pressão arterial. Além disso, os exercícios contribuem para alívio do estresse.^{14,27} Os sedentários têm o dobro de possibilidade de desenvolver, em relação aos indivíduos ativos, doença arterial coronariana, significando elevado risco relativo.²⁶
7. Estresse: o ritmo de viver pode ser um dos principais responsáveis pelo estilo de vida, o que coloca o estresse como um fator de risco cardiovascular *per se*, devido a sua propriedade em gerar ou aumentar os demais fatores de risco.²⁸ É preciso

estar atento também ao estresse crônico, menos intenso, mas prolongado, como se observa em inúmeras condições da vida cotidiana. Desajustes conjugais, falecimento de familiares, dificuldades financeiras, além de outros, constituem estressores que se associam a outros fatores de risco, principalmente tabagismo e dislipidemias.²⁸

8. Alcoolismo: a ingestão moderada de bebida alcoólica (2 a 10 drinques por semana) está associado com até 25% de redução na doença coronariana e uma redução de 50% na morte cardíaca súbita.^{29,30,31} O álcool reduz o risco coronariano por aumentar o nível de HDL e melhorar os fatores de hemostasia, como o fibrinogênio.³² Vinho tinto oferece benefício adicional provavelmente porque contem anti-oxidantes e flavenoides.^{33,34} No entanto, o excesso de bebidas alcoólicas é uma das causas mais comuns de hiperlipidemia, e o distúrbio mais característico é a hipertrigliceridemia, principalmente naqueles indivíduos que apresentam previamente níveis elevados de triglicerídios.³⁵

Os fatores de risco acima mencionados são amplamente utilizados na prática médica para identificação de indivíduos com maior risco para desenvolvimento de doença cardiovascular. Nesse trabalho fazemos uma investigação a fim de detectar a presença destes fatores em um grupo de indivíduos que já possui pelo menos um desses fatores (HAS e/ou DM). Objetivamos, assim, comparar estes dados com os obtidos em trabalhos semelhantes e com dados da literatura médica atual.

2 OBJETIVO

O presente estudo tem por objetivo verificar a ocorrência e caracterizar os fatores de risco para doença arterial coronariana (DAC) em um grupo de pessoas cadastradas no Programa HiperDia no Centro de Saúde Fazenda Rio Tavares (Florianópolis, SC).

3 MÉTODO

3.1. Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal, de um grupo de 50 pacientes cadastrados no Programa HiperDia no Centro de Saúde Fazenda Rio Tavares.

3.2. Casuística

Estudo baseado em população selecionada de indivíduos cadastrados no Programa HiperDia no Centro de Saúde Fazenda Rio Tavares.

3.3 Critérios de Inclusão

Foram considerados elegíveis para o estudo pacientes sabidamente hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa HiperDia do referido Centro de Saúde no período até 02/01/2007. Procedeu-se uma seleção aleatória de 50 indivíduos para integrar a população em estudo (51% do universo de 98 indivíduos cadastrados no programa HiperDia). E, por fim, o indivíduo sorteado teve a opção em aceitar, ou não, de participar do grupo de estudo.

3.4 Critérios de Exclusão

Foram excluídos os pacientes que não foram selecionados ou que não quiseram participar do estudo.

3.5 Variáveis Estudadas

As variáveis estudadas no referido grupo de pacientes hipertensos e/ou diabéticos foram:

Idade: os pacientes foram classificados nas seguintes faixas etárias: de 40 a 49 anos, de 50 a 59 anos, de 60 a 69 anos, de 70 a 79 anos ou de 80 anos ou mais.

Sexo: masculino ou feminino;

Raça: branco, preto, pardo, amarelo ou indígena;

Escolaridade: analfabeto(a), fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto, superior completo, especialização/residência, mestrado ou doutorado;

Estado civil: solteiro(a), viúvo(a), divorciado(a), separado(a) e casado(a);

Estado ocupacional: pensionista, aposentado ou não aposentado;

Rendimento mensal familiar *per capita*: relação entre a soma da renda mensal de todos os componentes da família (expresso em número de salários-mínimos) e o número de pessoas da família. O salário-mínimo vigente era de R\$ 350,00. Os resultados foram agrupados da seguinte forma: até um quarto de salário-mínimo, mais de um quarto de salário-mínimo até meio salário-mínimo, mais de meio salário-mínimo até 1 salário-mínimo, mais de 1 salário-mínimo até dois salários-mínimos, mais de dois a três salários-mínimos, mais de três salários-mínimos a cinco salários-mínimos ou em mais de 5 salários-mínimos.

História familiar para DAC: apenas pais e irmãos foram considerados, devido ao maior grau de parentesco, e, dessa forma, pela maior concordância genética. Foram incluídos coronariopatias em tratamento, história de infarto, “stent”, angioplastia, revascularização cirúrgica;

História de DAC prévia: foram considerados positivos para presença de doença anterior todos aqueles em tratamento para coronariopatias, história de infarto, “stent”, angioplastia, revascularização cirúrgica;

Frequência de patologias: os pacientes foram classificados de acordo com diagnóstico prévio em: pacientes com hipertensão isolada, pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1 e hipertensão, pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensão ou pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 isolada;

Tabagismo: considerou-se tabagista o indivíduo que relatou consumir pelo menos um cigarro por dia no decorrer dos últimos seis meses. Ex-tabagista foi considerado aquele que abandonou o hábito de fumar há pelo menos seis meses. Foram considerados não-tabagistas aqueles que relataram nunca ter fumado;

Bebida alcoólica: foi informado o consumo de drinques por semana, sendo que os indivíduos que relataram ter bebido menos de dois drinques por semana foram classificados como etilistas leves, consumo de 2 a 10 drinques por semana foram considerados etilistas moderados e o consumo de mais de 10 drinques por semana foram considerados como etilistas pesados (frequentes). Foram considerados ex-etilistas aqueles que deixaram o hábito há mais de um ano.

Prática de exercícios: foi considerado a atividade física extra, praticada de forma regular e que não fazem parte das atividades rotineiras e diárias, com duração mínima de 40 minutos.

Índice de massa corporal (IMC): este índice foi calculado pelo quociente do peso pelo quadrado da altura (kg/m^2). Os resultados foram classificados em: subpeso (IMC até 18,5), normal (IMC acima de 18,5 até 24,9), sobrepeso (IMC de 25 a 29,9), obeso (IMC de 30 a 40) e obesidade mórbida (IMC acima de 40).

3.6 Análise Estatística

Os dados obtidos foram analisados com o auxílio dos softwares Microsoft Word 2000 e Microsoft Excel 2000. As variáveis foram expressas em números absoluto e percentual.

3.7 Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o protocolo nº 248/06.

O protocolo utilizado foi aprovado em 17/11/2006 pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

4. RESULTADOS

Um total de 50 pessoas foram entrevistadas, sendo que 37 delas (74%) eram do sexo feminino. A idade média foi de 60,44 anos, com desvio-padrão de $\pm 10,12$ anos, mediana de 59 anos, idade mínima de 41 anos e máxima de 82 anos. Verificou-se que a maioria da população estudada possui menos de 60 anos, conforme evidenciado na tabela da população participante por sexo e idade, a seguir.

Tabela 1 – Distribuição da população participante por sexo e grupo etário

Grupo Etário	Masc	% Grupo Masc.	% Sexo para Faixa Etária	Fem	% Grupo Fem.	% Sexo para Faixa Etária	Total Faixa Etária	% Grupo Total
40-49	2	15,4	25,0	6	16,2	75,0	8	16,0
50-59	4	30,8	22,2	14	37,9	77,8	18	36,0
60-69	3	23,0	23,0	10	27,0	77,0	13	26,0
70-79	4	30,8	40,0	6	16,2	60,0	10	20,0
80 e +	0	0	0	1	2,7	100,0	1	2,0
Total	13	100	26	37	100	74,0	50	100,0

Fonte: Ficha de coleta de dados do grupo de amostragem de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados em 02/01/2006 no HiperDia do Centro de Saúde Fazenda Rio Tavares. Entrevistas realizadas entre os dias 20 de janeiro e 13 de fevereiro de 2007.

A figura 1, a seguir, descreve a distribuição dos pacientes segundo a raça, observando-se um predomínio da raça branca com 78% (39 indivíduos), seguida por negros e pardos, enquanto que não houve registro de indivíduos das raças amarela ou indígena.

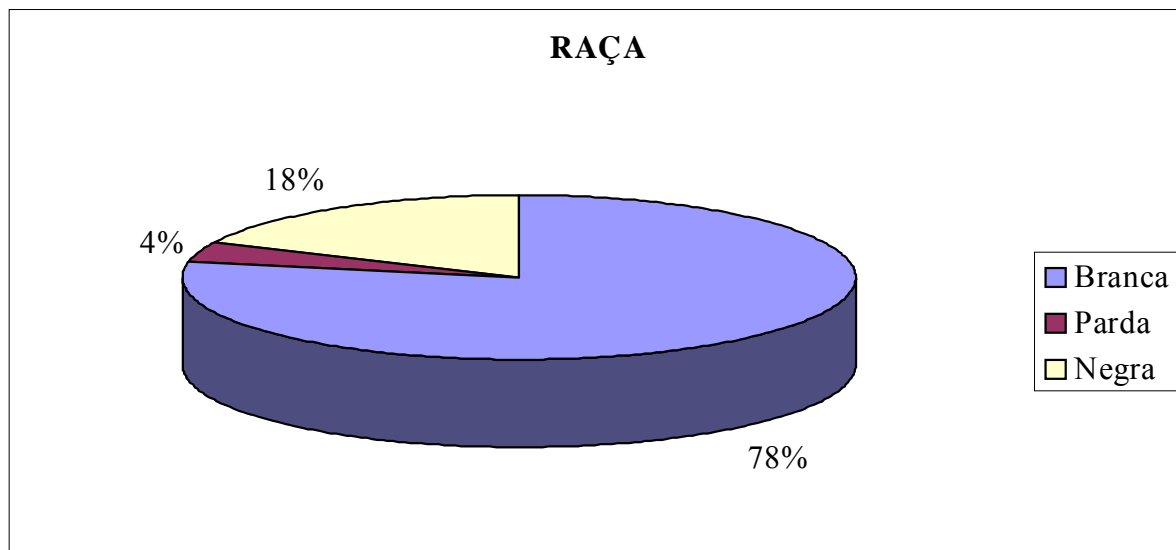


Figura 1 – Distribuição da população participante segundo a raça

Fonte: Ficha de coleta de dados do grupo de amostragem de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados em 02/01/2006 no HiperDia do Centro de Saúde Fazenda Rio Tavares. Entrevistas realizadas entre os dias 20 de janeiro e 13 de fevereiro de 2007.

A tabela 2 descreve a prevalência do nível de escolaridade entre os pacientes entrevistados em número absoluto (n) e em percentual (%). Com base nos dados colhidos, verificou-se o predomínio de baixa escolaridade.

Tabela 2 – Distribuição da população participante segundo a escolaridade

Escolaridade	n	(%)
Analfabetos	3	6,0
Fundamental incompleto	28	56,0
Fundamental completo	13	26,0
Médio incompleto	1	2,0
Médio completo	1	2,0
Superior incompleto	2	4,0
Superior completo	1	2,0
Especialização/Residência	1	2,0
Mestrado	0	0
Doutorado	0	0
Total	50	100,0

Fonte: Ficha de coleta de dados do grupo de amostragem de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados em 02/01/2006 no HiperDia do Centro de Saúde Fazenda Rio Tavares. Entrevistas realizadas entre os dias 20 de janeiro e 13 de fevereiro de 2007.

A figura 2 descreve a distribuição dos pacientes segundo o estado civil, observando-se um predomínio de indivíduos casados.

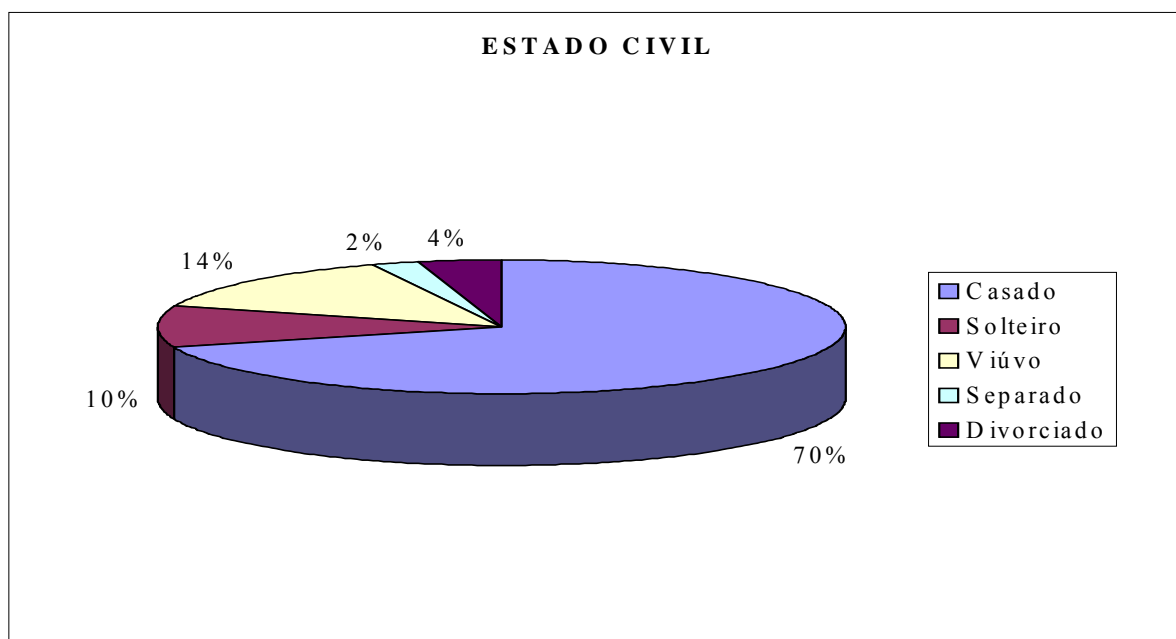


Figura 2 – Distribuição da população participante segundo o estado civil

Fonte: Ficha de coleta de dados do grupo de amostragem de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados em 02/01/2006 no HiperDia do Centro de Saúde Fazenda Rio Tavares. Entrevistas realizadas entre os dias 20 de janeiro e 13 de fevereiro de 2007.

A figura 3 descreve a distribuição dos pacientes segundo o estado ocupacional, observando-se um predomínio de indivíduos aposentados.

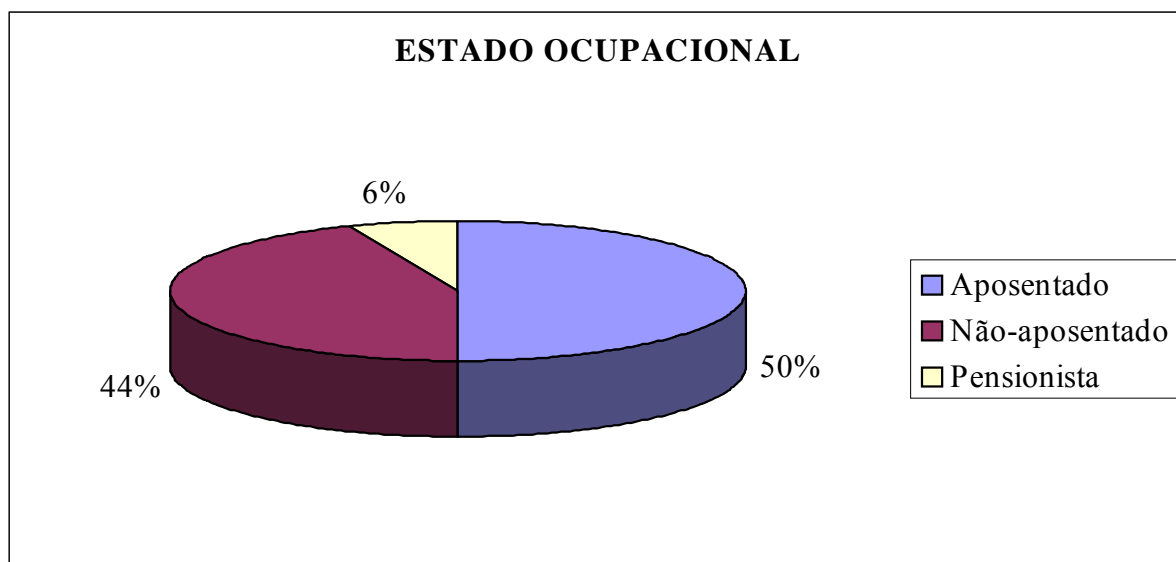


Figura 3 – Distribuição da população participante segundo estado ocupacional

Fonte: Ficha de coleta de dados do grupo de amostragem de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados em 02/01/2006 no HiperDia do Centro de Saúde Fazenda Rio Tavares. Entrevistas realizadas entre os dias 20 de janeiro e 13 de fevereiro de 2007.

A renda mensal familiar *per capita* do grupo estudado mostrou que 37 pacientes (74%) ganhavam até 1 salário-mínimo *per capita* ao mês. A renda mensal familiar *per capita* média foi de 1,05 salários-mínimos, com desvio-padrão de $\pm 0,83$ salários-mínimos e mediana de 0,95 salários mínimos. A renda média familiar *per capita* mínima foi de 0,1 salários-mínimos, enquanto que a máxima foi de 5,71 salários-mínimos. A tabela a seguir mostra informações da renda mensal familiar *per capita* em relação à raça, evidenciando que os negros possuem uma renda mensal familiar pior que os brancos.

Tabela 3 – Distribuição da população participante por raça e renda familiar *per capita*

Faixa renda familiar per capita	Branco	% Raça branca	% Faixa renda	Negro	% Raça negra	% Faixa renda	Pardo	% Raça parda	% Faixa renda	Total faixa renda	% Grupo total
Até ¼	2	5,1	100	0	0	0	0	0	0	2	4
Mais de ¼ até ½	6	15,4	85,7	1	11,1	14,3	0	0	0	7	14
Mais de ½ até 1	21	53,8	75	6	66,7	21,4	1	50	3,6	28	56
Mais de 1 a 2	8	20,5	80	2	22,2	20	0	0	0	10	20
Mais de 2 a 3	1	2,6	50	0	0	0	1	50	50	2	4
Mais de 3 a 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mais de 5	1	2,6	100	0	0	0	0	0	0	1	2
Total	39	100	78	9	100	18	2	100	4	50	100

Fonte: Ficha de coleta de dados do grupo de amostragem de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados em 02/01/2006 no HiperDia do Centro de Saúde Fazenda Rio Tavares. Entrevistas realizadas entre os dias 20 de janeiro e 13 de fevereiro de 2007.

Dos 50 pacientes entrevistados, quatro não souberam informar a ocorrência de antecedentes familiares para DAC, conforme a tabela a seguir, que é mostrada em número absoluto (n) e em percentual (%). Se levarmos em consideração apenas o grupo de pessoas que relataram ter conhecimento dos antecedentes familiares para DAC (46 indivíduos), verificamos que o índice de ocorrência de antecedentes familiares para DAC foi de 34,78%.

Tabela 4 - Prevalência de antecedentes familiares para DAC na população participante

	n	(%)
Não soube informar	4	8,0
Ausente	30	60,0
Presente	16	32,0
Total	50	100

Fonte: Ficha de coleta de dados do grupo de amostragem de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados em 02/01/2006 no HiperDia do Centro de Saúde Fazenda Rio Tavares. Entrevistas realizadas entre os dias 20 de janeiro e 13 de fevereiro de 2007.

A figura 4 descreve a prevalência de DAC prévia no grupo de pacientes em estudo, sendo que 8% dos entrevistados relataram episódio anterior de DAC.

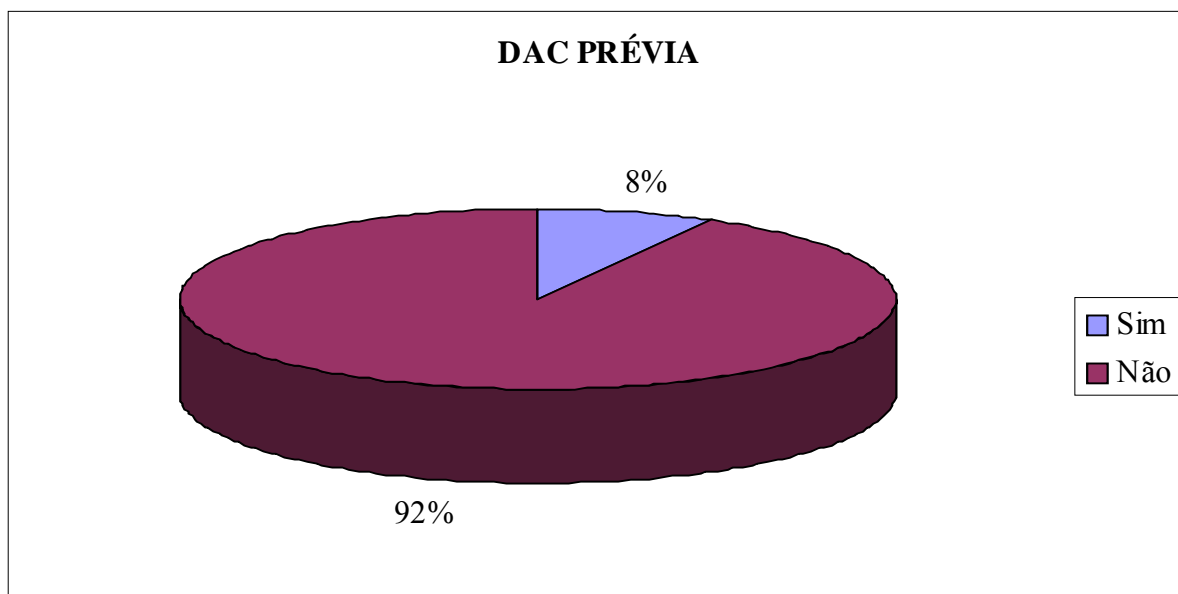


Figura 4 – Distribuição da população participante segundo história prévia de DAC

Fonte: Ficha de coleta de dados do grupo de amostragem de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados em 02/01/2006 no HiperDia do Centro de Saúde Fazenda Rio Tavares. Entrevistas realizadas entre os dias 20 de janeiro e 13 de fevereiro de 2007.

A figura 5 descreve a distribuição percentual dos participantes segundo o diagnóstico de HAS e/ou DM, sendo que aproximadamente três quartos eram hipertensos.

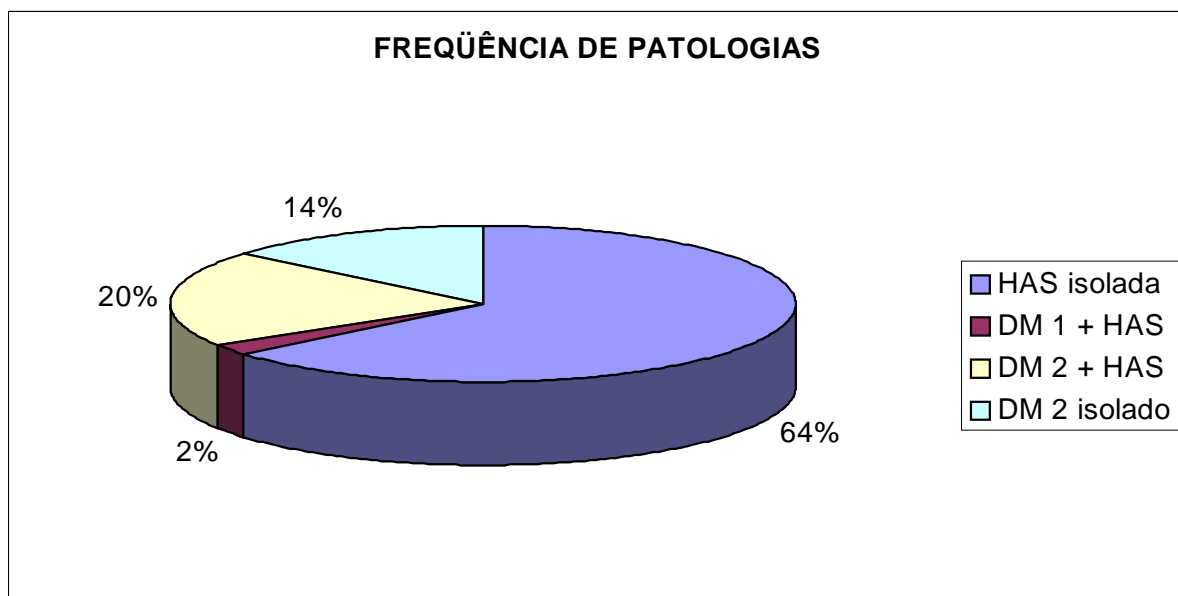


Figura 5 – Distribuição da população participante segundo diagnóstico de HAS e/ou DM

Fonte: Ficha de coleta de dados do grupo de amostragem de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados em 02/01/2006 no HiperDia do Centro de Saúde Fazenda Rio Tavares. Entrevistas realizadas entre os dias 20 de janeiro e 13 de fevereiro de 2007.

As tabelas 5, 6 e 7, respectivamente, descrevem a distribuição dos pacientes com diagnóstico de HAS isolada, HAS e DM 2, e DM 2 isolado segundo sexo e faixa etária no grupo de pacientes estudado. Pode-se perceber que em homens a frequência de HAS aumentou com a idade; a maioria dos pacientes com diagnóstico de DM 2 e HAS era do sexo feminino; e que cerca de 61% dos pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus também apresentavam hipertensão.

Tabela 5 – Distribuição da população participante segundo diagnóstico de HAS isolada por sexo e grupo etário

Grupo Etário	Masc	% Grupo Masc.	% Sexo para Faixa Etária	Fem	% Grupo Fem.	% Sexo para Faixa Etária	Total Faixa Etária	% Grupo Total
40-49	1	10	25	3	13,6	75	4	12,5
50-59	2	20	20	8	36,4	80	0	31,3
60-69	3	30	37,5	5	22,7	62,5	8	25
70-79	4	40	44,4	5	22,7	55,6	9	28,1
80 e +	0	0	0	1	4,6	100	1	3,1
Total	10	100	31,2	22	100	68,8	32	100

Fonte: Ficha de coleta de dados do grupo de amostragem de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados em 02/01/2006 no HiperDia do Centro de Saúde Fazenda Rio Tavares. Entrevistas realizadas entre os dias 20 de janeiro e 13 de fevereiro de 2007.

Houve um paciente com diagnóstico de DM 1 e HAS, sendo do sexo masculino e pertencente à faixa etária de 40 a 49 anos.

Tabela 6 – Distribuição da população participante segundo diagnóstico de DM 2 e HAS por sexo e grupo etário

Grupo Etário	Masc	% Grupo Masc.	% Sexo para Faixa Etária	Fem	% Grupo Fem.	% Sexo para Faixa Etária	Total Faixa Etária	% Grupo Total
40-49	0	0	0	2	20,0	100,0	2	20
50-59	0	0	0	4	40,0	100,0	4	40
60-69	0	0	0	3	30,0	100,0	3	30
70-79	0	0	0	1	10,0	100,0	1	10
80 e +	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	100,0	0	10	100,0	100,0	10	100,0

Fonte: Ficha de coleta de dados do grupo de amostragem de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados em 02/01/2006 no HiperDia do Centro de Saúde Fazenda Rio Tavares. Entrevistas realizadas entre os dias 20 de janeiro e 13 de fevereiro de 2007.

Tabela 7 – Distribuição da população participante segundo diagnóstico de DM 2 isolado por sexo e grupo etário

Grupo Etário	Masc	% Grupo Masc.	% Sexo para Faixa Etária	Fem	% Grupo Fem.	% Sexo para Faixa Etária	Total Faixa Etária	% Grupo Total
40-49	0	0	0	1	20	100	1	14,3
50-59	2	100	50	2	40	50	4	57,1
60-69	0	0	0	2	40	100	2	28,6
70-79	0	0	0	0	0	0	0	0
80 e +	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	2	100	28,6	5	100	71,4	7	100

Fonte: Ficha de coleta de dados do grupo de amostragem de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados em 02/01/2006 no HiperDia do Centro de Saúde Fazenda Rio Tavares. Entrevistas realizadas entre os dias 20 de janeiro e 13 de fevereiro de 2007.

A figura 6 descreve a distribuição dos participantes segundo o hábito do tabagismo, sendo que a maior parte da população entrevistada (35 indivíduos) afirmou não ser tabagista.

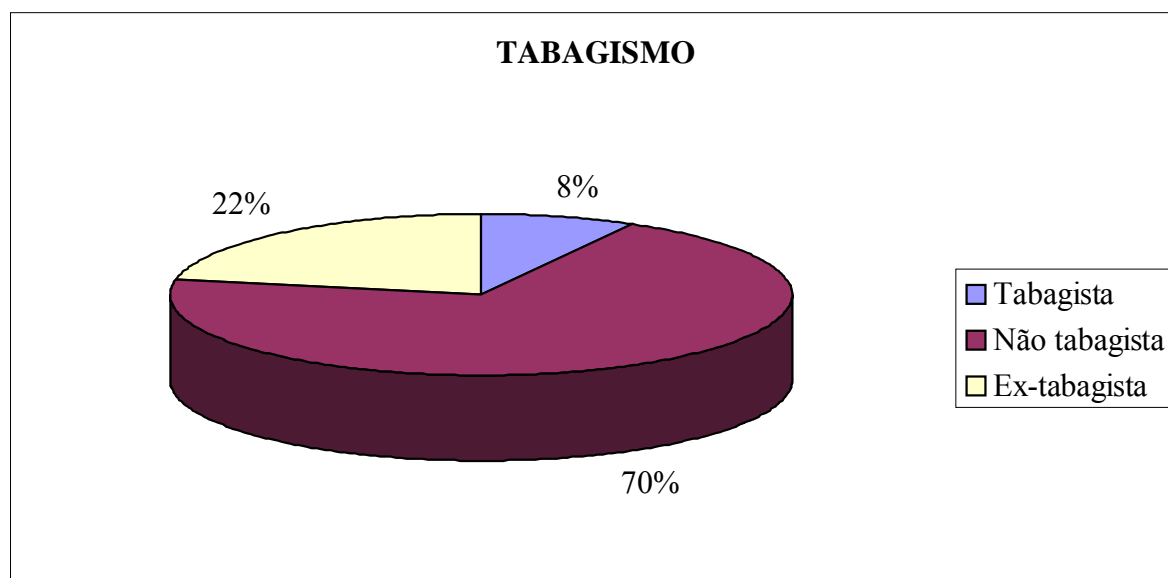


Figura 6 – Distribuição da população participante segundo hábito do tabagismo

Fonte: Ficha de coleta de dados do grupo de amostragem de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados em 02/01/2006 no HiperDia do Centro de Saúde Fazenda Rio Tavares. Entrevistas realizadas entre os dias 20 de janeiro e 13 de fevereiro de 2007.

A tabela 8, a seguir, descreve a distribuição dos participantes segundo o consumo de bebida alcoólica, em número absoluto (n) e em percentual (%). Observa-se que a grande maioria afirmou nunca ter consumido bebida alcoólica.

Tabela 8 – Distribuição da população participante segundo consumo de bebida alcoólica

Consumo bebida alcoólica	n	%
Nunca	34	68
Moderado	8	16
Freqüente	3	6
Abandonou	5	10
Total	50	100

Fonte: Ficha de coleta de dados do grupo de amostragem de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados em 02/01/2006 no HiperDia do Centro de Saúde Fazenda Rio Tavares. Entrevistas realizadas entre os dias 20 de janeiro e 13 de fevereiro de 2007.

A tabela 9 descreve a distribuição dos participantes segundo a prática de exercícios físicos regulares por número de vezes por semana em número absoluto (n) e em porcentual (%), sendo que aproximadamente dois terços não praticavam exercício físico.

Tabela 9 – Distribuição da população participante segundo a prática de exercícios regulares por número de vezes por semana

Prática de exercícios regulares (número de vezes por semana)	n	(%)
0	32	64
1	3	6
2	2	4
3	5	10
4	3	6
5	1	2
6	0	0
7	4	8
Total	50	100

Fonte: Ficha de coleta de dados do grupo de amostragem de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados em 02/01/2006 no HiperDia do Centro de Saúde Fazenda Rio Tavares. Entrevistas realizadas entre os dias 20 de janeiro e 13 de fevereiro de 2007.

A tabela 10 descreve a distribuição dos participantes segundo o índice de massa corporal (IMC) em relação ao sexo, observando-se que 42% dos indivíduos encontravam-se com sobrepeso e 42% encontravam-se obesos ou com obesidade mórbida.

Tabela 10 – Distribuição da população participante segundo o índice de massa corporal em relação ao sexo

Índice Massa Corporal	Masc	% Grupo Masc.	% Sexo para Faixa IMC	Fem	% Grupo Fem.	% Sexo para Faixa IMC	Total Faixa IMC	% Grupo Total
IMC < 18,5 (Subpeso)	0	0	0	0	0	0	0	0
18,5 ≤ IMC < 25 (Normal)	3	23,1	37,5	5	13,6	62,5	8	16
25 ≤ IMC < 30 (Sobrepeso)	6	46,1	28,6	15	40,5	71,4	21	42
30 ≤ IMC < 40 (Obeso)	4	30,8	21,1	15	40,5	78,9	19	38
IMC ≥ 40 (Obesidade mórbida)	0	0	0	2	5,4	100	2	4
Total	13	100	26	37	100	74	50	100

Fonte: Ficha de coleta de dados do grupo de amostragem de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados em 02/01/2006 no HiperDia do Centro de Saúde Fazenda Rio Tavares. Entrevistas realizadas entre os dias 20 de janeiro e 13 de fevereiro de 2007.

5 DISCUSSÃO

Os dados coletados nos permite traçar um perfil epidemiológico em relação aos fatores de risco para doença arterial coronariana do referido grupo de amostragem de pacientes cadastrados no programa HiperDia no Centro de Saúde Fazenda Rio Tavares. Acredita-se que estes dados caracterizam adequadamente o perfil de todo o conjunto de pacientes hipertensos e/ou diabéticos atendidos pelo referido posto de saúde, apesar de possíveis falhas, entre as quais o tamanho da população de estudo e a confiabilidade dos dados fornecidos pelos participantes, particularmente no que diz respeito à renda mensal familiar *per capita*, consumo de bebida alcoólica, tabagismo e prática de exercícios, embora os participantes fossem amplamente esclarecidos a respeito da espontaneidade em participar do estudo e da confiabilidade dos dados.

Aproximadamente 80% das mortes por DCV nos países desenvolvidos ocorrem entre aqueles com mais de 60 anos, comparado com 42% em países de baixa renda e renda média. Nos países em desenvolvimento, o aumento na frequência da DCV é predominantemente resultado do aumento na prevalência dos fatores de risco e de uma relativa falta de acesso ao sistema de saúde. Como resultado, as taxas de mortalidade ajustadas para idade por AVC e DAC estão aumentando em algumas regiões em desenvolvimento, e uma população mais jovem está sendo acometida pela DCV, o que produz um aumento no número de mortes na população em idade economicamente ativa.³⁶ Segundo alguns estudos, a idade média dos pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) nos países em desenvolvimento varia de 55 a 65 anos, enquanto que nos países desenvolvidos varia de 65 a 68 anos; no Brasil, a idade média é de 56 anos.³⁷ O presente estudo revela que a idade média do grupo foi de 60,44 anos, com desvio-padrão de $\pm 10,12$ anos, variando de 41 anos a 82 anos. Verificou-se também que mais de um terço do total de indivíduos participantes estão na faixa etária entre 50 e 59 anos e 48% dos pacientes têm mais de 60 anos, demonstrando uma tendência de envelhecimento da população. Esse dado é corroborado pelo levantamento realizado pelo IBGE em Florianópolis mostrando que o índice de envelhecimento (calculado pelo número de pessoas idosas para cada 100 indivíduos jovens) passou de 24,7 em 1991 para 40,1 em 2004.³⁸ Estima-se que a população de idosos no Brasil será de 32 milhões de indivíduos em 2025.²¹

No que diz respeito à proporção entre o gênero masculino e feminino, o estudo encontrou 74% de mulheres, sendo esta uma proporção semelhante à verificada pelo

Ministério da Saúde para o grupo HiperDia na cidade de Florianópolis, que apontou aproximadamente 68% de mulheres.³⁹ Dados demográficos levantados pelo IBGE em Florianópolis mostram que no ano de 2000 a cidade já possuía predomínio de habitantes do sexo feminino, com 51,60% da população geral,⁴⁰ sendo que a análise da faixa etária de 40 anos a 80 anos ou mais demonstra um aumento da prevalência do sexo feminino para aproximadamente 54,5%.⁴⁰ No entanto, mesmo após a comparação da razão de sexo em faixas etárias semelhantes, ainda permanece uma elevada discrepância entre a proporção dos sexos verificados na população em geral e no grupo participante do HiperDia, o que nos faz pensar em outros motivos adicionais. Dentre as justificativas para tal fato está o aumento da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no meio feminino, quer seja devido ao aumento da participação feminina no mercado de trabalho,⁴¹ quer seja pelo uso de anticoncepcionais orais (ACO),⁴² ou ainda pela aderência ao tabagismo.¹⁸ Além disso, deve-se ressaltar o fato de que as mulheres procuram com maior frequência e regularidade o atendimento médico no Posto de Saúde.⁴³

A prevalência de 78% da raça branca em relação às demais é justificada pelo contexto histórico da região sul do Brasil, devido ao predomínio da colonização européia. Segundo dados do censo realizado pelo IBGE no ano de 2000, a população do estado de Santa Catarina era composta por 89,33% de indivíduos da raça branca, 7,03% da raça parda, 2,65% da raça negra e 0,98% de outras raças, enquanto que os dados de Florianópolis mostraram 87,91% de brancos, 6,55% de pardos e 4,34% de negros.⁴⁰

No estudo atual a proporção de casados foi de 70%, enquanto que 14% eram viúvos, 10% solteiros, 4% divorciados e 2% separados. Alguns estudos relacionam que existe uma associação independente entre o IAM e o estado civil, isto é, entre quem vive só e quem vive em companhia de outra(s) pessoa(s). Com relação a essa hipótese, postulou-se que, dependendo do estado civil, o nível de estresse mental poderia ser diferente, sendo que a falta de laços familiares e sociais aumentam o risco associado ao IAM. Estudo realizado com trabalhadores suíços e franceses mostrou que homens vivendo só têm mais fatores de risco cardíacos não-tradicionais relacionados ao estilo de vida e rede social em comparação com homens casados ou divorciados.⁴⁴

Características sócio-demográficas, renda familiar, nível de escolaridade, têm sido relacionados ao desenvolvimento de doença cardiovascular. Estudos têm mostrado que os fatores de risco tendem a ocorrer com maior frequência e maior número em populações com menor poder econômico e cultural.⁴⁵ Segundo dados levantados pelo IBGE no período 2002-2003 na cidade de Florianópolis (SC), há maior prevalência de tabagismo entre aqueles com

menor escolaridade (ensino fundamental incompleto) em relação aos fumantes com maior escolaridade (ensino fundamental completo e mais) na proporção de 1,41:1.⁴⁶ No presente estudo a renda mensal familiar *per capita* média foi de 1,05 salários-mínimos, com desvio-padrão de $\pm 0,83$ salários-mínimos. Verificou-se também que 74,30% dos brancos recebiam até 1 salário-mínimo, enquanto que para os negros essa proporção era de 77,80%, refletindo a desigualdade de renda entre as raças. Em relação à escolaridade, a maioria da população (62%) possuía até 3 anos de estudo (não alfabetizadas ou fundamental incompleto), sendo que na população com 60 anos de idade ou mais, essa proporção subiu para 66,67%. Dados elaborados pelo IBGE para Santa Catarina em 2005 mostraram que 48,9% dos idosos com 60 anos de idade ou mais possuíam até 3 anos de estudo, e que a média de anos de estudo para esta faixa etária era de 3,9 anos.⁴¹ O presente trabalho também mostrou que 50% dos pacientes eram aposentados, o que justifica em parte a baixa renda da população, visto que 49,88% das aposentadorias no país são de até 1 salário-mínimo.⁴⁷

No presente estudo foi verificado que 64% dos indivíduos participantes tinham diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica isolada e que 56,20% desses pacientes tinham idade acima de 60 anos. O Ministério da Saúde estima que a prevalência de hipertensão seja de 66,82% nos pacientes cadastrados no HiperDia em Florianópolis⁴⁸. O longo curso da HAS, geralmente assintomático, contribui para a dificuldade diagnóstica e eficácia do tratamento, bem como a aderência do paciente ao mesmo, no entanto, inúmeros estudos clínicos em prevenção primária tenham registrado que o controle da HAS reduz o risco para doença cardiovascular.

Homens e mulheres com história familiar de DAC têm um risco geral maior para morte por doença arterial coronariana (sem relação a outros fatores de risco) que tem sido estimado em 1,5 a 2 vezes maior em relação àqueles sem história familiar.⁴⁹ Em relação aos antecedentes familiares no estudo atual, foram considerados 46 entrevistas, visto que 4 pacientes ignoravam essa informação (todas as demais perguntas foram respondidas pela totalidade dos participantes). A porcentagem de antecedentes familiares foi de 34,78%.

No presente estudo encontramos 8% dos pacientes referindo história prévia de doença arterial coronariana, o que coloca esses pacientes em um nível de monitoramento mais constante. Dos pacientes que tiveram um primeiro IAM, a porcentagem que poderá apresentar um IAM recorrente ou DAC fatal em 5 anos é de 16% em homens e 22% em mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos, e 24% em homens e 25% em mulheres na faixa etária de 70 anos ou mais.² Nos Estados Unidos, estima-se que em 2007 haverá 700.000 novos infartos agudos do miocárdio (IAM) e 500.000 recorrências de IAM.² Dados levantados pelo Ministério da

Saúde apontam que 6,70% dos pacientes participantes do grupo HiperDia em Florianópolis possuem história prévia de coronariopatia.⁵⁰

O diabetes mellitus não apenas causa mortalidade direta, mas também aumenta o risco para morte por doenças cardiovasculares.¹ Os primeiros dados referentes a mortalidade por diabetes mellitus em 1990 apresentou 580.000 óbitos, sendo que após ajustes por risco elevado para doença cardiovascular e morte por outras causas, o número de óbitos atribuídos ao diabetes em 1990 passou para 2,8 milhões.¹ Os pacientes diabéticos sem infarto do miocárdio prévio têm o mesmo risco de apresentar um evento cardiovascular que os pacientes não-diabéticos com diagnóstico anterior de infarto.⁵¹ Cerca de 40% dos diabéticos acima dos 50 anos são hipertensos.⁵¹ No presente estudo, 14% dos participantes tinham diagnóstico de DM 2 isolado, enquanto que 2% apresentavam diagnóstico de DM 1 e HAS e 20% dos participantes apresentavam diagnóstico de DM 2 e HAS. Visto que a hipertensão é o maior determinante de eventos cardiovasculares em diabéticos tipo 2, faz-se necessário estrito controle pressórico nestes indivíduos.⁵² O Ministério da Saúde estima que 22,45% dos pacientes cadastrados no HiperDia em Florianópolis possuem diagnóstico de DM 2 e HAS, enquanto que 5,38% possuem de DM 2 isolado e 4,04% possuem de DM 1 e HAS.⁴⁸

O tabagismo é a causa evitável líder em mortalidade a nível mundial e o seu crescente consumo nos países em desenvolvimento requer uma resposta efetiva de saúde pública.⁵³ O fumante é mais propenso que o não-tabagista a apresentar altos níveis de lipídios e hipertensão, além de elevado risco para doença vascular periférica, câncer, doença pulmonar crônica e muitas outras doenças crônicas.¹⁷ O Chicago Stroke Study verificou que a mortalidade cardiovascular era 52% maior em tabagistas quando comparados aos não-tabagistas na faixa etária dos 65 a 74 anos.²¹ No nosso trabalho 8% dos entrevistados afirmaram ser tabagistas, 22% afirmam ser ex-tabagistas, e 70% afirmaram que nunca fumaram. Dados do Ministério da Saúde para o grupo HiperDia em Florianópolis mostra que o índice de tabagismo é de 13,69%.⁵⁴ Em relação à população em geral, os dados do Ministério da Saúde para Florianópolis referentes ao período de 2002-2003 mostram que a incidência de tabagismo na população em geral foi de 21,4% (IC 95% 17,9-24,9), sendo que a proporção entre os sexos é de 1 mulher para 1,3 homens; 51,2% (IC 95% 43,2-59,3) dos tabagistas fumam de 11 a 20 cigarros por dia, e 68,9% (IC 95% 61,4-76,4) iniciou o tabagismo entre 5 e 19 anos de idade; a proporção de ex-tabagistas foi de 46,6% (IC 95% 40,2-53,0).⁴⁶ Vários estudos também têm demonstrado baixa prevalência do tabagismo entre a população de idosos, sendo verificado também que a prevalência de tabagismo diminui com a idade.²¹

No trabalho atual, 6% dos entrevistados afirmaram ingerir bebida alcoólica freqüentemente, enquanto que 16% afirmaram ingerir bebida alcoólica raramente, e 10% relatam terem abandonado. Há estudos que mostram que cerca de 30% dos alcoólatras também são hipertensos.³⁵ A abstinência em alcoólatras tem um efeito anti-hipertensivo quase imediato. Após uma semana de abstinência, os níveis tensionais retornam ao normal. No entanto, é recomendável que o hipertenso alcoólatra deixe de beber definitivamente, pois alguns dias após retornar ao hábito de usar bebidas alcoólicas, a hipertensão arterial reaparece.³⁵

A obesidade é a condição mórbida que freqüentemente precede, às vezes por anos, a emergência da hipertensão, diabetes e doença cardiovascular.⁵⁵ Estimativas de risco do Estudo de Framingham apontam que 78% dos casos de hipertensão em homens e 65% em mulheres podem ser diretamente atribuídos à obesidade.⁵⁵ O Ministério da Saúde estima o sobrepeso e obesidade em 50,24% dos integrantes do HiperDia em Florianópolis.⁵⁶ O Ministério da Saúde, em 1993, publicou que cerca de 32% da população brasileira apresentavam sobrepeso (IMC igual ou superior a 25), enquanto que 8% apresentavam obesidade (IMC acima de 30).⁵⁷ No atual levantamento, 42% tinham sobrepeso, 38% tinham obesidade e 4% possuíam obesidade mórbida. A elevada incidência de pacientes acima do peso ideal pode ser explicada pelo fato do grupo em estudo apresentar diversos fatores predisponentes à obesidade, tais como sexo feminino, baixa escolaridade, baixa renda mensal familiar *per capita*, sedentarismo e envelhecimento populacional, ex-tabagista, casado.^{58,59,60} Há ainda outros fatores que não foram aferidos neste estudo, como maus hábitos alimentares e história familiar de obesidade.

Estudos têm demonstrado que a prática de exercícios por indivíduos inicialmente sedentários promove considerável redução do risco para DCV.⁶¹ No estudo atual, 16% dos entrevistados afirmaram praticar exercícios por um período médio de 40 minutos/dia durante quatro ou mais vezes na semana. 64% do total de indivíduos afirmaram não realizar exercícios regulares. O DATASUS mostra que 50,63% dos integrantes do HiperDia são sedentários.⁶² Uma particularidade do bairro onde reside o grupo de estudo é a falta de vias públicas adequadas e escassez de áreas de lazer, fatores estes que contribuem para elevar o índice de sedentarismo.

A utilidade maior deste estudo está no melhor conhecimento da população atendida pelo respectivo Centro de Saúde, o que permite um direcionamento das políticas em cardiologia preventiva com a finalidade de controlar efetivamente os fatores de risco expressos na população, visando às reduções da incidência e recorrência de IAM e de suas conseqüências em morbidade e mortalidade.

6 CONCLUSÃO

Dentre os participantes do grupo de estudo, cerca de três quartos são do sexo feminino. A raça branca foi predominante com 78% do grupo estudado. 62% dos participantes possuem até três anos de estudo. 70% dos participantes são casados. 50% são aposentados. A renda mensal familiar *per capita* foi de até um salário-mínimo para 74% dos participantes. 34,78% dos que relataram ter conhecimento dos antecedentes familiares em relação a DAC referiram história familiar positiva. 64% dos participantes são apenas hipertensos. 14% têm apenas o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. 2% possuem Diabetes Mellitus tipo 1 e hipertensão. 20% possuem Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensão. A prevalência de tabagismo foi de 8%. Apenas 6% referem consumo freqüente de bebida alcoólica. Aproximadamente dois terços relatam não realizar atividade física. Ressalto que 84% apresentam o Índice de Massa Corporal elevado (maior que 25).

REFERÊNCIAS

1. Murray CJL, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997 May 3;349(9061):1269-76.
2. Rosamond W, Flegal K, Friday G, Furie K, Go A, Greenlund K, et al. Heart disease and stroke statistics – 2007 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2007 Feb 6;115(5):e69-171.
3. Lloyd-Jones DM, Larson MG, Beiser A, Levy D. Lifetime risk of developing coronary heart disease. *Lancet*. 1999 Jan 9;353(9147):89-92.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Mortalidade Brasil: tabelas [homepage na internet]. Brasília [acesso em fev. 2007]. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtuf.def>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Indicadores de mortalidade: tabelas [homepage na internet]. Brasília [acesso em fev. 2007]. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2005/c08.def>
6. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease, 1990-2020 [news & views]. *Nat Med*. 1998 Nov;4(11):1241-3.
7. Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation*. 2001 Nov 27;104(22):2746-53.
8. Libby P. Prevention and treatment of atherosclerosis. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editors. *Harrison's principles of internal medicine*. 15th ed. New York: McGraw-Hill; 2001. p. 1382-6.
9. Paterno CA, Cornelio CI, Giménez JC. Association of coronary risk factors in old age. AFRICA Study. *Rev Esp Cardiol*. 2006 Jun;59(6):628-31.
10. Javidi D, Gharaei B, Fateh S. The contribution of diabetes mellitus *per se* to the severity of coronary artery disease. *Cardiovasc J S Afr*. Sep-Oct;16(5):246-8.
11. Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, Isles CG, Lorimer AR, MacFarlane PW, et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *N Engl J Med*. 1995 Nov 16;333(20):1301-7.
12. Mensah GA, Brown DW. An overview of cardiovascular disease burden in the United States. *Health Aff (Millwood)*. 2007 Jan-Feb;26(1):38-48.

13. Lotufo PA. Fundamentos da prevenção das doenças cardiovasculares. In: Porto CC. Doenças do coração - prevenção e tratamento. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 19-20.
14. Porto CC. Fatores de risco, estilo de vida e doenças cardiovasculares. In: Porto CC. Doenças do coração - prevenção e tratamento. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 139-145.
15. Porto AL, Magalhães R, Guimarães AC. Dislipidemias. In: Porto CC. Doenças do coração - prevenção e tratamento. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 178-185.
16. Kumar P, Clark Michael, editors. Clinical Medicine. 4th ed. London: W. B. Saunders; 1999.
17. Ockene IS, Miller NH. Cigarette smoking, cardiovascular disease, and stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation*. 1997 Nov 4;96(9):3243-7.
18. Afiune Neto A, Rassi RH, Labbadia EM. Tabagismo e doenças do coração. In: Porto CC. Doenças do coração - prevenção e tratamento. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 172-7.
19. He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease – a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med*. 1999 Mar 25;340(12):920-6.
20. Poredos P, Orehek M, Tratnik E. Smoking is associated with dose-related increase of intima-media thickness and endothelial dysfunction. *Angiology*. 1999 Mar;50(3):201-8.
21. Teixeira CH, Balestra LF. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos. In: Porto CC. Doenças do coração - prevenção e tratamento. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 149-152.
22. He J, Whelton PK. Elevated systolic blood pressure as a risk factor for cardiovascular and renal disease. *J Hypertens Suppl*. 1999 Jun;17(2):S7-13.
23. Esteghamati A, Abbasi M, Nakhjavani M, Yousefizadeh A, Basa AP, Afshar H. Prevalence of diabetes and other cardiovascular risk factors in an Iranian population with acute coronary syndrome. *Cardiovasc Diabetol*. 2006 Jul 17;5:15.
24. Grundy SM. Primary prevention of coronary heart disease: integrating risk assessment with intervention. *Circulation*. 1999 Aug 31;100(9):988-98.
25. Sharma AM. Obesity and cardiovascular risk. *Growth Horm IGF Res*. 2003 Aug;13 Suppl A:S10-7.

26. Carvalho T. Sedentarismo, exercício físico e doenças cardiovasculares. In: Porto CC. Doenças do coração - prevenção e tratamento. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 163-71.
27. Lisspers J, Hofman-Bang C, Nordlander R, Ryden L, Sundin O, Ohman A, et al. Multifactorial evaluation of a program for lifestyle behavior change in rehabilitation and secondary prevention of coronary artery disease. *Scand Cardiovasc J*. 1999;33(1):9-16.
28. Toscano PRP, Rotta CT. Estresse e doenças cardiovasculares. In: Porto CC. Doenças do coração - prevenção e tratamento. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 119-121.
29. Albert CM, Manson JE, Cook NR, Ajani UA, Gaziano JM, Hennekens CH. Moderate alcohol consumption and the risk of sudden cardiac death among US male physicians. *Circulation*. 1999 Aug 31;100(9):944-50.
30. Gaziano JM, Gaziano TA, Glynn RJ, Sesso HD, Ajani UA, Stampfer MJ, et al. Light-to-moderate alcohol consumption and mortality in the Physicians' Health Study enrollment cohort. *J Am Coll Cardiol*. 2000 Jan;35(1):96-105.
31. Wannamethee SG, Shaper AG. Type of alcoholic drink and risk of major coronary heart disease events and all-cause mortality. *Am J Public Health*. 1999 May;89(5):685-90.
32. Rimm EB, Williams P, Fosher K, Criqui M, Stampfer MJ. Moderate alcohol intake and lower risk of coronary heart disease: meta-analysis of effects on lipids and haemostatic factors. *BMJ*. 1999 Dec 11;319(7224):1523-8.
33. Bell JR, Donovan JL, Wong R, Waterhouse AL, German JB, Walzem RL, et al. (+)-Catechin in human plasma after ingestion of a single serving of reconstituted red wine. *Am J Clin Nutr*. 2000 Jan;71(1):103-8.
34. Caccetta RA, Croft KD, Beilin LJ, Puddey IB. Ingestion of red wine significantly increases plasma phenolic acid concentrations but does not acutely affect ex vivo lipoprotein oxidizability. *Am J Clin Nutr*. 2000 Jan;71(1):67-74.
35. Vieira AFM, Trajman A, Branco MMC. Bebidas alcoólicas e sistema cardiovascular. In: Porto CC. Doenças do coração - prevenção e tratamento. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 205-7.
36. Gaziano TA. Reducing the growing burden of cardiovascular disease in the developing world. *Health Aff (Millwood)*. 2007 Jan-Feb;26(1):13-24.
37. Abdallah MH, Arnaout S, Karrowni W, Dakik HA. The management of acute myocardial infarction in developing countries. *Int J Cardiol*. 2006 Aug 10;111(2):189-94.

38. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Indicadores demográficos: gráficos [homepage na internet]. Brasília [acesso em fev. 2007]. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2005/a15cap.htm>
39. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. HiperDia. Sexo por faixas etárias: gráficos [homepage na internet]. Brasília [acesso em fev. 2007]. Disponível em:
<http://hiperdia.datasus.gov.br/grafsexofaixaetaria.asp>
40. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000: tabelas [homepage na internet]. Rio de Janeiro. [acesso em fev. 2007]. Disponível em:
<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?z=cd&o=7&i=P>
41. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais 2006 [monografia na internet]. Rio de Janeiro, 2006 [acesso em fev. 2007]. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2006/indic_sociais2006.pdf
42. Sichinel AH, Wanderley JBB. Anticoncepcionais orais e doenças cardiovasculares. In: Porto CC. Doenças do coração - prevenção e tratamento. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 219-21.
43. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de serviços de saúde 2003 [monografia na internet]. Rio de Janeiro, 2005 [acesso em mai. 2007]. Disponível em:
<http://www1.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf>
44. Kumlin L, Latscha G, Orth-Cramer K, Dimberg L, Lanoiselee C, Simon A, et al. Marital status and cardiovascular risk in French and Swedish automotive industry workers – cross sectional results from the Renault-Volvo Coeur Study. *J Intern Med.* 2001 Apr;249(4):315-23.
45. Gus I, Fischmann A, Medina C. Prevalence of risk factors for coronary artery disease in the Brazilian State of Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol.* 2002 May;78(5):478-90.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Prevalência de tabagismo no Brasil [monografia internet]. Rio de Janeiro, 2004 [acesso em fev. 2007]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco_inquerito_nacional_070504.pdf

47. Brasil. Previdência Social. Boletim estatístico da Previdência Social. [monografia na internet]. Brasília, 2007 [acesso em mar. 2007] Disponível em:
<http://www.previdenciasocial.gov.br/docs/pdf/04.pdf>
48. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. HiperDia. Frequência de patologias: gráficos [homepage na internet]. Brasília [acesso em fev. 2007]. Disponível em:
<http://hiperdia.datasus.gov.br/graffreqpatologia.asp>
49. Boer JM, Feskens EJ, Verschuren WM, Seidell JC, Kromhout D. The joint impact of family history of myocardial infarction and other risk factors on 12-year coronary heart disease mortality. *Epidemiology*. 1999 Nov;10(6):767-70.
50. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. HiperDia. Coronariopatia por Sexo: gráficos [homepage na internet]. Brasília [acesso em fev. 2007]. Disponível em:
<http://hiperdia.datasus.gov.br/grafcoronariopatiasexo.asp>
51. Braga JCF, Guimarães FV, Turola AP, Garbelini B, Labrunie A. Diabetes e doenças cardiovasculares. In: Porto CC. Doenças do coração - prevenção e tratamento. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 198-201.
52. Faria AN, Zanella MT, Kohlman O, Ribeiro AB. Tratamento de diabetes e hipertensão no paciente obeso. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2002 Abr;46(2):137-42.
53. Reddy KS, Yusuf S. Emerging epidemic of cardiovascular disease in developing countries. *Circulation*. 1998 Feb 17;97(6):596-601.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. HiperDia. Frequência de tabagismo: gráficos [homepage na internet]. Brasília [acesso em fev. 2007]. Disponível em:
<http://hiperdia.datasus.gov.br/graffreqtabagismo.asp>
55. Francischetti EA, Sanjuliani AF, Francischetti A, Abreu VG. Obesidade associada à hipertensão arterial como fator de risco de doenças cardiovasculares. In: Porto CC. Doenças do coração - prevenção e tratamento. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 191-7.
56. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. HiperDia. Frequência de sobrepeso/obesidade: gráficos [homepage na internet]. Brasília [acesso em fev. 2007]. Disponível em:
<http://hiperdia.datasus.gov.br/graffreqsobrepeso.asp>
57. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*. 2007 Abr;88(Supl I):S2-19.
58. Koch LC. Prevalência de excesso de peso e sua associação com hipertensão e diabetes em adultos usuários do Centro de Saúde Fazenda Rio Tavares – Florianópolis [trabalho de

conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina; 2005.

59. Hajian-Tilaki KO, Heidari B. Prevalence of obesity, central obesity and the associated factors in urban population aged 20-70 years, in the north of Iran: a population-based study and regression approach. *Obes Rev.* 2007 Jan;8(1):3-10.
60. Erem C, Arslan C, Hacıhasanoglu A, Deger O, Topbas M, Ukinc K, et al. Prevalence of obesity and associated risk factors in a Turkish population (Trabzon City, Turkey). *Obes Res.* 2004 Jul;12(7):1117-27.
61. Blair SN, Kohl HW 3rd, Barlow CE, Paffenbarger RS Jr, Gibbons LW, Macera CA. Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA.* 1995 Apr 12;273(14):1093-8.
62. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. HiperDia. Frequência de sedentarismo: gráficos [homepage na internet]. Brasília [acesso em fev. 2007]. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/graffreqsedentarismo.asp>

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado de acordo com as normas da resolução número 001/2005 aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina em 17 de Novembro de 2005.

Para as referências bibliográficas foram adotadas as normas da Convenção de Vancouver (Canadá), de acordo com a 5ª edição dos “Requisitos Uniformes para originais submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas.

ANEXOS

ANEXO I
QUESTIONÁRIO PADRÃO

1. Nome: _____
2. Endereço: _____ Nº: _____ Apto: _____
3. Idade: _____ Anos Data de nascimento: _____ / _____ / _____
4. Sexo: Masculino Feminino
5. Raça: Branca Preta Parda Amarela Indígena
6. Estado civil: Solteiro(a) Casado(a)/União estável Viúvo(a)
 Divorciado(a) Separado(a)
7. Escolaridade: Analfabeto(a) Fundamental Inc. Fundamental Compl.
 Médio Inc. Médio Compl. Superior Inc.
 Superior Compl. Especialização/Residência Mestrado
 Doutorado
8. Estado ocupacional: Aposentado(a) Não-aposentado(a) Pensionista
9. Renda mensal familiar: R\$ _____ (_____ SM)
10. Número de pessoas na família: _____
11. Renda mensal familiar *per capita*: _____
12. Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC: _____
13. Antecedentes familiares com doença coronariana:
 Ausente;
 Pai e/ou mãe, com mais de 60 anos, com doença coronariana;
 Pai e/ou mãe, com menos de 60 anos com doença coronariana;
 Pai, mãe e irmão com doença coronariana, qualquer idade (todos os 3);
 Não sabe.
14. Doença coronariana prévia: Sim Não
15. Hipertensão arterial prévia: Sim Não
16. Se sim, em tratamento: Sim Não
17. Se sim, qual: _____
18. Diabetes prévio: Sim Não
19. Se sim, em tratamento medicamentoso: Sim Não
20. Se sim, qual: _____
21. Tabagismo: Fumante atual Ex-tabagista Não tabagista

22. Se sim: número de cigarros por dia: _____

23. Se abandonou, faz quanto tempo: _____ meses

25. Consumo atual de bebida alcoólica: () Sim () Ex-etilista

() Nunca consumiu bebida alcoólica

24. Se sim: número de doses por semana: _____

25. Se abandonou, faz quanto tempo: _____ meses

26. Número de vezes por semana que pratica exercícios de intensidade moderada com duração mínima de 40 minutos: _____

27. Data da última consulta no posto de saúde: ____/____/_____

ANEXO II
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Moisés Moraes, sou acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e estou desenvolvendo a pesquisa para o trabalho de conclusão de curso: “Prevalência de fatores de risco para doença arterial coronariana em pacientes do grupo de hipertensos e diabéticos do centro de saúde Fazenda Rio Tavares”, com o objetivo de verificar e caracterizar os fatores de risco modificáveis para Doença Arterial Coronariana no referido grupo de pessoas. O trabalho será realizado através do preenchimento de questionário padrão.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone informado. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho.

Assinaturas:

Pesquisador principal _____

Pesquisador responsável _____

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa: “Prevalência de fatores de risco para doença arterial coronariana em pacientes do grupo de hipertensos e diabéticos do centro de saúde Fazenda Rio Tavares” e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, ____ / ____ / ____.

Assinatura: _____