

INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR

UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO

Isabella Maria de Sousa Capanema

Ivone Almeida Paradela Rocha

Lorena Maria Muruci Péterle

Natália Suelen Moreira Garcia

Patrícia Gonçalves da Motta

Roberto Veloso Gontijo

**PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA
DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM USUÁRIOS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BAIRRO CANÃA DO
MUNICÍPIO DE IPATINGA, MG**

IPATINGA

2015

Isabella Maria de Sousa Capanema

Ivone Almeida Paradela Rocha

Lorena Maria Muruci Péterle

Natália Suelen Moreira Garcia

Patrícia Gonçalves da Motta

Roberto Veloso Gontijo

**PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA
DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM USUÁRIOS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BAIRRO CANÃA DO
MUNICÍPIO DE IPATINGA, MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Metropolitano de Ensino Superior – IMES/Univaço, como requisito parcial à graduação no curso de Medicina.

Co-orientadora: Patrícia Gonçalves da Motta

Orientador : Prof. Roberto Veloso Gontijo

IPATINGA

2015

PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BAIRRO CANÃA DO MUNICÍPIO DE IPATINGA, MG

**Isabella Maria de Sousa Capanema¹, Ivone Almeida Paradela Rocha¹,
Lorena Maria Muruci Péterle¹, Natália Suelen Moreira Garcia¹, Patrícia
Gonçalves da Motta² & Roberto Veloso Gontijo³**

- 1- Acadêmicas do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.
- 2- Docente do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES – Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Co-orientador do TCC.
- 3- Docente do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientador do TCC.

RESUMO

Introdução: as doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 30% dos óbitos entre as diversas faixas etárias. Dentre seus fatores de risco destacam-se o tabagismo, dislipidemia, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, história familiar de doença arterial coronariana, obesidade, sedentarismo e síndrome metabólica. **Objetivo:** avaliar a prevalência dos fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares em usuários da Unidade Básica de Saúde do bairro Canaã no município de Ipatinga, Minas Gerais. **Métodos:** trata-se de estudo seccional/transversal, com a realização de entrevista padronizada para se avaliar variáveis sociodemográficas e a presença de fatores de risco para doenças cardiovasculares: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia, história familiar de doença arterial coronariana precoce, tabagismo atual e sedentarismo. Foi realizada também a aferição de dados antropométricos como peso, altura e circunferência abdominal dos participantes. **Resultados:** foram avaliados um total de 112 indivíduos, sendo 78 do gênero feminino e 34 do masculino. A idade média da população foi de 52 anos, variando de 19 a 78 anos. Dos entrevistados, 47,3% eram hipertensos, 16,1% declararam ser diabéticos; a dislipidemia esteve presente em 28,6 %, sedentarismo em 60,7%, tabagismo em 12,5%, história familiar positiva em 29,5%. O sobrepeso foi de 41,1% e a obesidade predominou no gênero feminino e nos indivíduos acima de 60 anos. Pode-se observar a associação direta entre aumento do peso corporal e hipertensão arterial sistêmica. Em relação à circunferência abdominal, 57 mulheres (73,1%) apresentaram valor maior ou igual a 88 cm. **Conclusão:** O presente estudo evidenciou uma alta prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população estudada. A prevalência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia, sedentarismo, sobrepeso e circunferência abdominal aumentada, foi maior que o da população brasileira. A maioria desses fatores de risco são potencialmente modificáveis e passíveis de controle e intervenção.

Palavras-chave: Fatores de risco, doenças cardiovasculares, epidemiologia.

INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são as patologias que envolvem o coração e os vasos sanguíneos. No Brasil, elas se configuram como a principal causa de morte a partir dos 40 anos de idade (CESARINO et al., 2011), sendo responsáveis por cerca de 30% do total de óbitos entre as diversas faixas etárias (COLTRO et al., 2009; SIMÃO, 2013). Projeções para 2020 as mantêm como a principal causa de morte (CESARINO et al., 2011). No cenário mundial as DCV respondem por 15,9 milhões de óbitos anualmente (RIBEIRO et al., 2012).

Em estudo realizado em Framingham nos Estados Unidos, a partir do ano de 1948, foi analisada a importância de alguns fatores de risco para o desenvolvimento de doença cardíaca e cerebrovascular (FUCHS et al., 2010). Dentre os fatores demonstrados, destacam-se o tabagismo, níveis elevados de colesterol *Low Density Lipoproteins*, ou proteínas de baixa densidade (LDL), baixos de *High Density Lipo proteins* ou proteínas de alta densidade (HDL), diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), história familiar, obesidade, sedentarismo, síndrome metabólica e ingestão de álcool (POLANCZYK, 2005; TOCCI et al., 2015). Alguns deles dependem de características genéticas, contudo, existem fatores considerados modificáveis e que podem ser prevenidos através de medidas de promoção da saúde (OLIVEIRA et al., 2009; MUNIZ et al., 2012).

Vale ressaltar ainda, que a presença de mais de um fator associado equivale a um aumento de maior risco ao desenvolvimento de complicações cardiovasculares que quando esse é encontrado isoladamente (FERREIRA et al., 2010).

Foi estabelecido como meta, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que até 2025 sejam reduzidas 25% das DCV e a mesma estima que 75% dos óbitos por DCV podem ser diminuídos com mudanças no estilo de vida. Sendo assim, devem ser instituídas ações públicas a fim de reduzir os fatores de risco cardiovasculares, como forma de se diminuir a mortalidade por DCV (SIMÃO, 2013).

Neste contexto, o objetivo desse estudo foi avaliar a prevalência dos fatores de risco modificáveis para DCV em usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Canaã no município de Ipatinga, estado de Minas Gerais, e com isso, correlacionar às diversas variáveis a serem investigadas com o risco de desenvolvimento de DCV.

METODOLOGIA

Essa pesquisa caracterizou-se como estudo seccional/transversal, sendo a coleta dos dados realizada durante o mês de junho de 2015. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais (Unileste), sob o parecer número 1.067.822.

Participaram da pesquisa usuários da Unidade Básica de Saúde do bairro Canaã, na cidade de Ipatinga (MG), selecionados ao acaso dentre os presentes no momento da coleta dos dados. Não houve distinção de raça, cor, classe social ou qualquer outra característica individual, desde que fosse maior de 18 anos, concordasse em participar da entrevista, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e não fosse gestante.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi considerada a população total de aproximadamente 16.000 pacientes atendidos naquela unidade, de acordo com dados disponíveis em 07/03/2014. Sendo o nível de confiança de 95%, poder de 80% e precisão de 10%, estimou-se uma amostra de aproximadamente 100 indivíduos. Considerando a possibilidade de 10% de perdas, a amostra chegou ao valor de 112 indivíduos (Open epi versão 3.0.1).

A coleta de dados consistiu em entrevistas padronizadas e exame antropométrico, com duração aproximada de 15 minutos. As entrevistas foram realizadas nos períodos da manhã e tarde, e consistiram na coleta de informações pessoais como gênero, idade, profissão e nível educacional. Além disso, foi questionada a pré-existência dos diagnósticos de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia e história familiar de doença arterial coronariana precoce, sendo esta definida como pais, filhos ou irmãos com

angina, infarto ou morte súbita, com idade inferior a 55 anos para os homens e 65 anos para as mulheres. Os hábitos de vida também foram avaliados, como tabagismo atual, se fizesse uso de pelo menos um cigarro por dia, por no mínimo um mês e sedentarismo, definido para pacientes com menos que cinco dias de atividade física por semana com pelo menos 30 minutos de duração.

As medidas antropométricas foram realizadas com o paciente em pé, descalço e sem a parte superior do vestuário. Peso e altura foram obtidos utilizando balança mecânica, da própria unidade de saúde. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado dividindo-se o peso em quilogramas pelo quadrado da estatura em metros, obtendo-se assim a classificação trófica de cada indivíduo em eutrófico, quando o IMC estava entre 18 e 24,9; sobrepeso, quando entre 25 e 29,9 ou obesidade de maior que 30, como preconizado por Godoy-Matos et al. (2010), para os indivíduos entre 18 e 59 anos. A partir de 60 anos, é considerado eutrófico se IMC entre 23 e 27,9, sobrepeso quando IMC entre 28 e 29,9 e obeso a partir de 30 (MEINERS et al., 2010). A medida de circunferência abdominal (CA) foi avaliada utilizando a fita métrica inextensível do avaliador, seguindo as normas do Manual de Antropometria do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013) e adotou-se os valores das Diretrizes Brasileiras de obesidade (2009-2010) que estabelece como risco aumentado $CA \geq 88\text{cm}$ para mulheres e $CA \geq 102\text{cm}$ para homens.

Os dados obtidos foram analisados no programa Epiinfo versão 3.5, permitindo a formulação de tabelas de distribuição de frequências e cálculos de medidas de tendência central e variabilidade. Foram avaliadas possíveis associações por meio do teste Qui-quadrado de Pearson. Foi considerado um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS:

Foram avaliados um total de 112 usuários da Unidade Básica de Saúde do Bairro Canaã, sendo 78 (69,6%) do gênero feminino e 34 (30,4%) do gênero masculino.

A idade média da população foi de 52 anos, variando de 19 a 78 anos, sendo que 50 deles (44,6%) estavam na faixa etária entre 40 e 59 anos. Quanto ao grau de escolaridade, 3 (2,7%) eram analfabetos; e houve predominância (62,5%) de pessoas que haviam cursado o ensino fundamental parcial ou completo (TAB1).

TABELA 1 – Dados sócio-demográficos relativos à faixa etária e ao grau de instrução e sua distribuição por gênero, na UBS Canaã, 2015.

Dados sociodemográficos	Total(n)	%	Feminino (n)	%	Masculino (n)	%
Faixa etária						
18-39	28	25	25	32	3	8,8
40-59	50	44,6	30	38,5	20	58,8
≥60	34	30,4	23	29,5	11	32,4
TOTAL	112	100	78	100	34	100
Grau de instrução						
Analfabeto	3	2,7	2	2,6	1	2,9
Ensino fundamental	70	62,5	44	56,4	26	76,5
Ensino médio	31	27,7	25	32	6	17,6
Superior	8	7,1	7	9	1	3
TOTAL	112	100	78	100	34	100

Prevalência e distribuição dos fatores de risco cardiovascular

Em relação à HAS, verificou-se que 53 usuários (47,3%) relataram já ter o diagnóstico confirmado, sendo a maioria de homens (52,9%) em tal condição. Sobre a presença de DM, 18 usuários (16,1%) informaram ter o diagnóstico e a dislipidemia já diagnosticada foi relatada por 32 (28,6%) dos entrevistados. Em ambos os resultados se sobressaíram as mulheres, entretanto esses valores não obtiveram um valor de p significativo ($p > 0,05$). O sedentarismo esteve

presente em 60,7% da amostra, sendo que a distribuição por gênero foi semelhante. O tabagismo foi encontrado em 12,5% dos pesquisados, com predomínio do gênero masculino, sendo o valor de p significativo ($p=0,019$). Também foi avaliada a história familiar pregressa de doença arterial coronariana em parentes de primeiro grau, sendo positiva em 33 usuários (29,5%) e não houve diferença estatística significativa entre os gêneros (TAB2).

TABELA 2 – Distribuição de fatores de risco para Doenças Cardiovasculares, de acordo com o gênero, na UBS Canaã, 2015.

Fatores de risco	Total (n)	%	Feminino (n)	%	Masculino (n)	%	P valor
HIPERTENSÃO ARTERIAL							
Sim	53	47,3	35	44,9	18	52,9	0,431
DIABETES							
Sim	18	16,1	14	17,9	4	11,8	0,412
DISLIPIDEMIA							
Sim	32	28,6	26	33,3	6	17,6	0,091
SEDENTARISMO							
Sim	68	60,7	47	60,3	21	61,8	0,880
TABAGISMO							
Sim	14	12,5	6	7,7	8	23,5	0,019
HISTÓRIA FAMILIAR							
Positiva	33	29,5	21	26,9	12	35,3	0,371
TOTAL	112	100	78	100	34	100	

Variáveis antropométricas

Verificou-se que a maior parte dos entrevistados se encontrava na faixa de sobrepeso (41,1%), e na faixa de obesidade houve predomínio do gênero feminino (38,5%), com diferença estatística significativa, $p= 0,01$ (TAB 3).

TABELA 3 - Distribuição do índice de massa corporal por gênero, na UBS Canaã, 2015.

IMC	Total (n)	%	Feminino (n)	%	Masculino (n)	%
Eutrófico	32	28,5	20	25,6	12	35,3
Sobrepeso	46	41,1	28	35,9	18	52,9
Obesidade	34	30,4	30	38,5	4	11,8
TOTAL	112	100	78	100	34	100

P=0,01

Quando comparadas as faixas etárias com o índice de massa corporal, pode-se observar que com o aumentar da idade, os indivíduos passaram a apresentar-se em faixas de maiores pesos. Como pode ser visto entre 18 e 39 anos apenas 10,7% são obesos, em comparação com os indivíduos maiores de 60 anos em que 44,1% estão obesos, $p=0,01$ (TAB 4).

TABELA 4—Distribuição do índice de massa corporal por faixa etária, na UBS Canaã, 2015.

IMC	18-39 anos	%	40-59 anos	%	≥60 anos	%
Eutrófico	14	50	12	24,0	6	17,6
Sobrepeso	11	39,3	22	44,0	13	38,2
Obesidade	3	10,7	16	32,0	15	44,1
TOTAL	28	100	50	100	34	100

P=0,01

No estudo observou-se a associação direta do aumento do peso corporal com o diagnóstico de HAS. Entre os classificados como eutróficos, apenas 9 (17%) apresentavam hipertensão arterial. Já entre os classificados como obesos, 23 (43,4%) eram hipertensos, resultado com relevância estatística significativa $p=0,005$ (TAB 5).

TABELA 5 – Relação entre índice de massa corporal e hipertensão arterial sistêmica, na UBS Canaã, 2015.

IMC	Total(n)	%	Normotenso (n)	%	Hipertenso (n)	%
Eutrófico	32	28,6	23	39	9	17
Sobrepeso	46	41,1	25	42,4	21	39,6
Obeso	34	30,4	11	18,6	23	43,4
TOTAL	112	100	59	100	53	100

P= 0,005

No gênero feminino encontrou-se 57 (73,1%) indivíduos com circunferência abdominal maior ou igual a 88cm. Em contrapartida, apenas 7 homens (20,6%) apresentaram circunferência abdominal maior ou igual a 102cm. O resultado teve relevância estatística significativa, $p < 0,001$ (TAB 6).

TABELA 6- Distribuição do índice de circunferência abdominal por gênero, na UBS Canaã, 2015.

	Circunferência abdominal	N	%
Feminino	CA \geq 88 cm	57	73,1
Masculino	CA \geq 102 cm	7	20,6

$P < 0,001$

DISCUSSÃO

A despeito da redução progressiva da mortalidade por doenças cardiovasculares em algumas regiões do Brasil, elas continuam entre as mais altas do mundo, podendo ser decorrentes da elevada prevalência e controle ineficiente dos fatores de risco para DCV (MANSUR; FAVARATO, 2012). Segundo estimativa da OMS, 75% da mortalidade cardiovascular pode ser diminuída com adequadas mudanças no estilo de vida. Desta forma, a identificação dos fatores de risco cardiovascular de maior prevalência permite que programas de prevenção bem conduzidos possam reduzir a morbimortalidade por DCV (SIMAO, 2013; WILSON, 2015).

A maioria dos participantes dessa pesquisa eram mulheres e a faixa etária mais prevalente foi de 40 a 59 anos de idade, faixa etária essa de risco, uma vez que no Brasil as DVC se configuram como a principal causa de morte a partir dos 40 anos de idade, aumentando significativamente com cada

década de vida (CESARINO et al., 2011; WILSON 2015). Observou-se a predominância de pessoas que cursaram apenas o ensino fundamental parcial ou completo, o que nos remete a uma população com baixo grau de escolaridade. Para Mansur e Favarato (2012), a redução das desigualdades sociais, que inclui a escolaridade, intensifica substancialmente a tendência de redução da mortalidade por DCV, destacando a existência de uma relação inversa entre a mortalidade por DCV e os fatores socioeconômicos. Berlezi e Schneider (2009) acrescentam que a falta de instrução, dificulta a conscientização sobre a necessidade de cuidados com a saúde, impede a continuação de tratamento adequado e colabora para a manutenção de um estilo de vida exposto aos fatores de risco.

A HAS é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de DCV (MANSUR; FAVARATO, 2012; PIMENTA; CALDEIRA, 2014; WILSON 2015). A mortalidade por DCV aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SIMÃO, 2013). Salieta-se ainda que cerca de 80% dos hipertensos possuem comorbidades como diabetes, dislipidemia, tabagismo ou história familiar de aterosclerose (PIMENTA; CALDEIRA, 2014). Um aspecto relevante desse fato é que a combinação destes fatores de risco para o desenvolvimento de DCV é maior que a soma dos mesmos tomados isoladamente (FERREIRA et al., 2010; PIMENTA; CALDEIRA, 2014). Dados de Simão (2013) evidenciam que 22 estudos encontraram prevalências de HAS na população adulta entre 22,3% e 43,9% (média 32,5%). Em concordância, Mansur e Favarato (2012) relataram que a prevalência de hipertensão arterial no Brasil, em diversas revisões de literatura, variou entre 20% e 40%.

No presente estudo, pode-se observar que 47,3% dos pesquisados relataram ter diagnóstico de HAS, e não houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres. A prevalência de tal patologia apresentou-se maior do que descrito na literatura, o que chama a atenção para a necessidade de ações de prevenção e controle bem conduzidos para essa população. Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. Meta-análise de 354 estudos clínicos revelou que a redução da morbidade e mortalidade é proporcional à queda da pressão arterial, tanto

sistólica quanto diastólica, podendo reduzir em até 46% a ocorrência de infartos do miocárdio e em 63% o número de acidentes vasculares encefálicos (SIMÃO, 2013).

No Brasil, dados regionais apontam a prevalência de diabetes mellitus em elevados níveis na população adulta, abrangendo até 13,5% em alguns municípios (SIMÃO, 2013). No estudo de Berlezi e Schneider (2009), o diabetes mellitus esteve presente em 24,61% dos pacientes. Outro estudo realizado em âmbito nacional encontrou prevalências de diabetes mellitus variando de 5,2% a 9,4% (NUNES FILHO et al, 2007). Na presente pesquisa 16,1% dos indivíduos informaram ter o diagnóstico de DM, prevalência considerada alta. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros. No Framingham Heart Study, a presença de diabetes dobrou o risco para DCV em homens e triplicou nas mulheres, representando um importante fator de risco cardiovascular independente (NESTO, 2015).

São diversos os ensaios clínicos e as metanálises que demonstram, de maneira inequívoca, que o controle das dislipidemias tem se associado a importantes benefícios na redução de eventos e mortalidade cardiovascular (XAVIER, 2013). No estudo INTERHEART, a dislipidemia representou 49% do risco cardiovascular atribuível à população e ensaios clínicos randomizados mostraram que reduções nos níveis totais de colesterol LDL reduzem a mortalidade por eventos coronarianos (WILSON, 2015). Neste estudo, 28,6% dos entrevistados informaram ter diagnóstico de dislipidemia, não havendo diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres, valor superior ao do estudo de Pereira et al. (2015) onde a prevalência de dislipidemia autorreferida foi de 15%, sem diferença estatística entre os gêneros.

Segundo Cassani et al. (2008), o sedentarismo tem sido frequentemente encontrado em estudos populacionais brasileiros. Na pesquisa de Muniz (2012) o fator de risco cardiovascular mais prevalente (75,6%) foi o sedentarismo, sendo mais comum entre as mulheres. No presente estudo encontrou-se uma alta prevalência de sedentarismo na população (60,7%), não havendo diferença estatística significativa entre homens e mulheres. Tal achado predispõe os indivíduos a outros fatores de risco como sobrepeso e obesidade, dessa forma, a prática de atividade física deve ser incentivada pelos profissionais da saúde, uma vez que o indivíduo fisicamente ativo tende a ser

mais saudável, e com maior qualidade e expectativa de vida. Para Wilson (2015), o exercício físico pode ter uma variedade de efeitos benéficos, incluindo uma elevação no soro de HDL-colesterol, uma redução na pressão sanguínea e na resistência à insulina, e perda de peso. Além de estar associado com uma redução no risco de doença cardiovascular.

Em relação ao tabagismo, segundo Simão (2013) e a OMS, cerca de 50% das mortes evitáveis entre indivíduos fumantes poderiam ser prevenidas se esse vício fosse abolido, sendo a maioria por doenças cardiovasculares. De acordo com Wilson (2015) a incidência de infarto do miocárdio é aumentada em seis vezes nas mulheres e três vezes nos homens que fumam pelo menos 20 cigarros por dia em comparação com indivíduos que nunca fumaram. Verificou-se no presente estudo, uma prevalência total de tabagismo atual de 12,5%, havendo diferença estatística significativa entre os gêneros ($p=0,0197$), sendo 23,5% em homens e 7,7% nas mulheres. Tais valores encontram-se abaixo do observado nos estudos de Berlezi e Schneider (2009), onde o tabagismo foi encontrado em 26,15% dos sujeitos; dos dados da OMS que mostram que entre 15% e 29,9% da população brasileira acima de 18 anos fumam (NUNES FILHO et al., 2007) e Muniz (2012) onde o tabagismo foi relatado por mais de um quinto da amostra, sendo mais frequente no sexo masculino ($p < 0,001$).

A história familiar precoce para doença arterial coronariana (DAC) é um fator de risco independente, especialmente entre indivíduos mais jovens. Existe um consenso geral de que o desenvolvimento de DAC ou morte por DCV em parente de primeiro grau (pai ou irmão) antes dos 55 anos (homens) ou 65 (mulheres) denota uma história familiar significativa (WILSON, 2015). Nessa pesquisa, história familiar positiva para DAC foi constatada em 29,5% dos pacientes pesquisados, e não houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres.

A obesidade, definida como um índice de massa corporal (IMC) superior a 30 é uma condição prevalente, particularmente nos países desenvolvidos, com estimativas de que 35% da população dos Estados Unidos em 2011-2012 era obesa. A obesidade está associada a diversos fatores de risco para DCV e mortalidade cardiovascular, incluindo hipertensão, resistência à insulina e intolerância à glicose, hipertrigliceridemia e HDL-colesterol reduzido. Além

disso, há uma relação linear contínua entre maior IMC e maior risco de DCV (WILSON, 2015). Na atual pesquisa avaliando-se os dados antropométricos, observou-se que a prevalência de sobrepeso e obesidade foi de 35,9% e 38,5%, respectivamente, no gênero feminino, e de 52,9% e 11,8%, respectivamente, no masculino, evidenciando um alto índice de sobrepeso e um predomínio de obesidade no gênero feminino, com diferença estatística significativa, $p= 0,01$. Tais dados estão em concordância com os estudos de Oliveira et al. (2009), em que a prevalência de sobrepeso foi maior nos homens e a obesidade foi mais significativa nas mulheres e com os dados de Simão (2013) que mostra que a partir de 2002-2003 a prevalência de sobrepeso, maior entre as mulheres, passou a ser maior entre os homens, aumentando de 18,5% para 50,1%, enquanto entre as mulheres passou de 28,7% para 48%.

Ao cruzarmos os dados de faixa etária e índice de massa corporal, pode-se observar que com o aumento da idade os indivíduos tendem a sair da eutrofia e entrar nas faixas de sobrepeso e obesidade de forma progressiva e com significância estatística. Tais informações nos alertam para a necessidade de abordar medidas de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade em faixas etárias mais avançadas.

No presente estudo foi observada associação direta entre aumento do peso corporal e HAS, visto que a prevalência de HAS aumentou progressivamente, e com significância estatística, nos indivíduos com maiores faixas de peso. Esses resultados vêm reforçar as informações do estudo de Berliezi e Schneider (2009) juntamente com Simão (2013) e Wilson (2015), que descrevem que a obesidade está frequentemente associada a enfermidades cardiovasculares como HAS, dislipidemias, DM tipo 2 e aterosclerose.

A circunferência abdominal (CA) é atualmente considerada um importante preditor de alterações metabólicas provenientes do acúmulo de gordura visceral, e sua alteração faz parte dos critérios para o diagnóstico de síndrome metabólica (CASSANI et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2009). No presente estudo encontrou-se 57 (73,1%) mulheres com circunferência abdominal maior ou igual a 88 cm, ao passo que apenas sete (20,6%) homens apresentaram circunferência abdominal maior ou igual a 102 cm, havendo relevância estatística significativa ($p<0,001$) entre os gêneros. No estudo de TOMASI et al. (2014) a prevalência de CA aumentada foi de 44,0% entre as

mulheres e 17,2% entre os homens e esses indivíduos requereram mais atendimento médico, sendo 18% maior em UBS, 20% em Pronto Atendimento e 26% mais internações, evidenciando que a circunferência abdominal aumentada eleva a probabilidade de utilização dos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo mostraram uma elevada prevalência de HAS, DM, dislipidemia, sedentarismo, sobrepeso e circunferência abdominal aumentada na população pesquisada, sendo esses fatores de risco cardiovasculares potencialmente modificáveis e passíveis de controle e intervenção por meio de políticas públicas, através de ações promocionais e preventivas articuladas e impactantes, como o combate ao sedentarismo, à obesidade e ao tabagismo, e o controle da hipertensão arterial e diabetes, e de serviços de saúde integrados para o diagnóstico e o acompanhamento dos casos detectados e tratados. Necessitando dessa forma, adotar medidas governamentais associadas a medidas institucionais e dos órgãos responsáveis pela prevenção em saúde em nosso município.

PREVALENCE OF RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN USERS OF THE BASIC UNIT USERS OF HEALTH AT DISTRICT CANAÃ OF MUNICIPALITY IPATINGA, MG.

ABSTRACT

Introduction: cardiovascular diseases are responsible for about 30% of deaths in all age groups. Among its risk factors there is smoking, dyslipidemia, diabetes mellitus, hypertension, family history, obesity, sedentary lifestyle and metabolic syndrome. **Objective:** To assess the prevalence of modifiable risk factors for cardiovascular disease among users of a Basic Health Unit in the city of Ipatinga, Minas Gerais. **Methods:** it is sectional / cross-sectional study, with the completion of standardized interview for assessing sociodemographic variables and the presence of risk factors for cardiovascular disease: hypertension, diabetes mellitus, dyslipidemia, family history of premature coronary artery disease, current smoking and physical inactivity. It also carried out the measurement of anthropometric data such as weight, height and waist circumference of the participants. **Results:** we evaluated a total of 112 subjects, 78 females and 34 males. The average age of the population was 52 years, ranging 19-78 years. Of the respondents, 47.3% were hypertensive, 16.1% reported being diabetic dyslipidemia was present in 28.6%, 60.7% in sedentary lifestyle, smoking in 12.5%, positive family history in 29.5% . The overweight was 41.1% and obesity was predominant in females and in individuals over 60 years. It can be seen the direct association between increased body weight and hypertension. Regarding the waist circumference, 57 women (73.1%) had greater than or equal to 88 cm. **Conclusion:** This study showed a high prevalence of risk factors for cardiovascular disease in this population. The prevalence of hypertension, diabetes mellitus, dyslipidemia, physical inactivity, overweight and increased waist circumference was greater than the Brazilian population. Most of these risk factors are potentially modifiable and can be controlled and intervention.

Keywords: risk factors, cardiovascular disease, epidemiology.

REFERENCIAS

AKHATAR, S.; ASGHAR, N. Risk factors of cardiovascular disease in district Swat,. *J Pak Med Assoc*, Swat, v. 65, n. 9, p. 1001-1004, 2015.

BERLEZI, E. M.; SCHNEIDER, R. H. Análise de risco cardiovascular em hipertensos adscritos a uma unidade de estratégia de saúde da família. *Contexto e Saúde*, Juí, v. 9, n. 17, p. 45-52, 2009.

CASSANI, R. S. L. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em trabalhadores de uma indústria brasileira. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Ribeirão Preto, v. 92, n. 1, p. 16-22, 2009.

CESARINO, E. J. et al. Avaliação do risco cardiovascular de indivíduos portadores de hipertensão arterial de uma unidade pública de saúde. *Einstein*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 33-38, 2011.

CIORLIA, L. A. S.; GODOY, M. F. Fatores de risco cardiovascular e mortalidade. Seguimento em longo prazo (até 20 anos) em programa preventivo realizado pela medicina ocupacional. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São José do Rio Preto, v. 85, n. 1, p. 20-25, 2015.

COLTRO, R. S. et al. Frequency of cardiovascular risk factors in volunteers attending a community-based health education intervention. *Revista da Associação Médica Brasileira*, Botucatu, v. 55, n.5, p. 606-610, 2009.

EVORA, P. R. B. et al. Prevalência das doenças cardíacas ilustrada em 60 anos dos arquivos brasileiros de cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 102, n. 1, p. 3-9, 2013.

FERREIRA, C. C. C. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do sistema único de saúde de Goiânia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Goiânia, v. 95, n. 5, p. 621-628, 2010.

FUCHS, F. C. et al. Epidemiologia cardiovascular: o legado de sólidos estudos nacionais e internacionais. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Porto Alegre, v. 101, n. 2, p. 98-100, 2010.

GODOY-MATOS, A. F. et al. Diretrizes Brasileiras de Obesidade. *Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica*, São Paulo, 3 ed, 2009-2010.

GONTIJO, R. V. *Comparação da adequação das indicações de cinecoronariografias diagnósticas eletivas entre os sistemas de saúde público e privado no Estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte. 2006. 139 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2006.

GONTIJO, R. V. et al. Appropriateness use of coronary angiography in patients with suspected ischemic heart in Brazil. *Int J Cardiol.*, Minas Gerais, v. 104, n. 3, p. 348-349, 2005.

KANMAM, P. J. Stable ischemic heart disease: Overview of care. *UpToDate*, 2015.

LOPES, A. C. et. al. *Tratado de clínica médica*. 2 ed. São Paulo: Roca, 2009, v. 1, p. 334-339.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 99, n. 2, p. 755-761, 2012.

MANUAL DE ANTROPOMETRIA. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*, 2013. Disponível em <[http://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Novos/Manual% 20 de% 20Antropometria%20PDF.pdf](http://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Novos/Manual%20de%20Antropometria%20PDF.pdf)> acessado em 11/08/2014.

MORAES, S. A; FREITAS, I. C. M. Doença isquêmica do coração e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto SP. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 4, p 591-60, 2012.

MUNIZ, L. C. et al. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. *Revista Saúde Pública*, Pelotas, v. 46, n. 3, p. 534-542, 2012.

NESTO, R. W. Prevalence and risk factors for coronary heart disease in diabetes mellitus. *UpToDate*, 2014.

NUNES FILHO, J. R. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Santa Catarina, v. 89, n. 5, p. 319-324, 2007.

OLIVEIRA, M. A. M. et al. Relação de indicadores antropométricos com fatores de risco para doença cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Florianópolis, v. 94, n. 4, p. 478-475, 2010.

PELLANDA, L. C. Trajetórias da saúde cardiovascular: epidemiologia do curso da vida no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Porto Alegre, v. 102, n. 5, p. 418-419, 2014.

PIMENTA, H. B.; CALDEIRA, A. P. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Montes Claros, v. 19, n. 6, p. 1731-1739, 2014.

POLANCZYK, C. A. Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Porto Alegre, v. 84, n. 3, p. 199-200, março 2005.

REZENDE, F. A. C. et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Viçosa, v. 87, n. 6, p. 728-734, 2006.

RIBEIRO, A.G. et al. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. *Ciência & Saúde Coletiva*, Viçosa, v.17, n.1, p. 7-17, 2012.

SAAD, M. J. A. et al. Síndrome metabólica: ainda indefinida, mas útil na identificação do alto risco cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica*, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 161-162, 2006.

SIMAO, A. F. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 101, n. 6, 2013.

STOCK, N. P. et al. The heart health study – increasing cardiovascular risk assessment in family practice for first degree relatives of patients with premature ischaemic heart disease: a randomized controlled trial. *BMC Family Practice*, Australia, v. 116, n. 16, p. 2-7, 2015.

TOCCI, G. et al., Prevalence of metabolic syndrome in the clinical practice of general medicine in Italy. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, Roma, v. 5, n. 4, p. 271-279, 2015.

TOMASI, E. et al. Utilização de serviços de saúde no Brasil: associação com indicadores de excesso de peso e gordura abdominal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1515-1524, 2014.

XAVIER, H. T. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 101, n. 4, p. 1-30, 2013.

WILSON, P. W. F. Overview of the risk equivalents and established risk factors for cardiovascular disease. *UpToDate*, 2015.

WILSON, P. W. F.; DOUGLAS, P. S. Epidemiology of coronary heart disease. *UpToDate*, 2015.

WILSON, P. W. F. Estimation of cardiovascular risk in a individual patient without know cardiovascular disease. *UpToDate*, 2015.