

Prevalência dos Fatores de Risco Cardiovascular em Adultos Admitidos na Unidade de Dor Torácica em Vassouras, RJ

Prevalence of Cardiovascular Risk Factors Among Adults Admitted to the Chest Pain Unit, Vassouras, Rio de Janeiro State

Letícia Neves Martins¹, Luana Sara de Souza¹, Cinthia Ferreira da Silva¹, Rafael Silveira Machado¹, Carlos Eduardo Ferreira da Silva¹, Marlon Mohamud Vilagra², Carlos Vitor de Alencar Carvalho³, Ana Beatriz Calmon Nogueira da Gama Pereira⁴

Resumo

Fundamentos: As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte no Brasil e para a redução desse importante problema de saúde pública é fundamental o monitoramento dos fatores de risco.

Objetivo: Estimar a prevalência dos principais fatores de risco cardiovascular em adultos do Município de Vassouras, Rio de Janeiro.

Métodos: Estudo observacional, descritivo e transversal, com amostra de 1060 adultos admitidos na Unidade de Dor Torácica do Hospital Universitário Sul Fluminense em Vassouras (RJ). Fundamenta-se em análise retrospectiva de questionários padronizados aplicados aos pacientes com dor torácica, sendo avaliados: sexo, faixa etária, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, sobrepeso/obesidade, sedentarismo, história de infarto agudo do miocárdio prévio, antecedentes familiares, etilismo, tabagismo e dislipidemia. Os dados foram armazenados e analisados através do *software Microsoft Excel*. Utilizou-se intervalo de confiança de 95% e também o teste do qui-quadrado para a análise estatística, com significância de 1% e 5%.

Resultados: A amostra foi composta por 51,4% de indivíduos do sexo feminino e 48,6%, do sexo masculino. As prevalências dos fatores de risco foram: 65% de hipertensão, 49,4% de antecedentes familiares, 42,8% de sedentarismo, 25,3% de sobrepeso/obesidade, 23% de tabagismo, 22,9% de dislipidemia, 19,7% de diabetes, 18,5% de infarto prévio e 8,6% de etilismo.

Conclusão: A magnitude das prevalências dos fatores de risco sugere que é preciso intensificar as estratégias de prevenção e promoção de saúde assim como aprimorar o atendimento emergencial ao paciente com risco de

Abstract

Background: With cardiovascular diseases rated as the leading cause of death in Brazil, monitoring risk factors is an essential step towards reducing this problem.

Objective: To estimate the prevalence of the main cardiovascular risk factors among adults living in Vassouras, Rio de Janeiro State, Brazil.

Methods: Observational, descriptive and transversal study, with sample of 1,060 adults admitted to the Chest Pain Unit at the Sul Fluminense University Hospital in Vassouras, Rio de Janeiro State. It is based on a retrospective analysis of standardized questionnaires completed by patients presenting chest pain, evaluated by: sex, gender, hypertension, diabetes, overweight/obesity, sedentary lifestyles, prior history of acute myocardial infarction, family history, alcohol consumption, smoking and dyslipidemia. The data were stored and analyzed using Microsoft Excel software. A 95% Confidence Interval was used, together with the chi-square test for statistical analysis, with significance at 1% and 5%.

Results: The sample consisted of 51.4% females and 48.6% males. The main risk factors were: 65% hypertension, 49.4% family history, 42.8% sedentary lifestyles, 25.3% overweight/obesity, 23% smoking, 22.9% dyslipidemia, 19.7% diabetes, 18.5% infarction and 8.6% alcoholism.

Conclusion: The magnitude of the prevalence of these risk factors suggests that health promotion and preventive strategies must be stepped up, in parallel to improving emergency care for patients at risk for coronary disease.

¹ Curso de graduação em Medicina - Universidade Severino Sombra - Vassouras, RJ - Brasil

² Serviço de Cardiologia - Hospital Universitário Sul Fluminense - Vassouras, RJ - Brasil

³ Faculdade de Engenharia Elétrica e Ambiental - Universidade Severino Sombra - Vassouras, RJ - Brasil

⁴ Serviço de Neurologia - Hospital Universitário Sul Fluminense - Vassouras, RJ - Brasil

doença coronariana.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares/etiologia; Dor no peito; Fatores de risco; Prevalência; Epidemiologia

Keywords: Cardiovascular diseases/etiology; Chest pain; Risk factors; Prevalence; Epidemiology

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares (DCV), câncer, diabetes mellitus e hipertensão arterial compõem um grupo de entidades que se caracterizam por apresentar, de uma forma geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito, e vêm ocupando um maior espaço no perfil de morbimortalidade de populações latino-americanas¹.

As DCV correspondem a 31,88% das causas de óbitos no Brasil², sendo responsáveis por alta frequência de internações, que ocasionam custos médicos e socioeconômicos elevados³.

A dor torácica é uma das causas mais comuns de procura de assistência médica nas salas de emergência. Estima-se que nos Estados Unidos 5% a 10% do total de atendimentos emergenciais sejam devido à dor no peito, sendo o infarto agudo do miocárdio diagnosticado em 10% a 15% desses indivíduos⁴. As UDT (Unidades de Dor Torácica) foram criadas em 1982 nos Estados Unidos, sendo reconhecidas como um aprimoramento da assistência emergencial ao paciente com dor torácica⁵.

Com base nos resultados do *Framingham Heart Study* e do *INTERHEART Study*, foram estabelecidos como fatores de risco de maior probabilidade para o desenvolvimento das DCV: o tabagismo, a hipertensão arterial, as dislipidemias e o diabetes mellitus (DM)⁶. A obesidade total e central e o sedentarismo também se associam positivamente com o risco de desenvolver DCV⁷.

Dentre os fatores de risco modificáveis, a hipertensão arterial é considerada o mais importante para as doenças isquêmicas e para o acidente vascular encefálico⁸. A mortalidade por DCV aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (PA) a partir de 115/75mmHg de forma linear, contínua e independente³.

A doença cardiovascular é responsável por cerca de 80% das mortes em indivíduos com diabetes tipo 2 (DM2). De fato, o risco relativo de morte por eventos cardiovasculares, ajustado para a idade, em diabéticos, é três vezes maior do que o da população em geral⁹.

O risco de morte por doença arterial coronariana em pacientes com DM2 é semelhante àquele observado para indivíduos sem DM que tiveram infarto agudo do miocárdio prévio¹⁰.

Outro fator de risco modificável importante é o tabagismo, tido como a principal causa de morte evitável no mundo em função de sua atuação como precursor de diversas doenças e sua alta prevalência. A estimativa da OMS é que cerca de 1/3 da população mundial adulta seja fumante¹¹. O cigarro duplica o risco na doença arterial coronariana¹².

Assim como o hábito de fumar, a inatividade física e o sobrepeso/obesidade também são importantes entraves para o controle das doenças cardiovasculares. A obesidade e o sobrepeso já atingem um bilhão de pessoas no mundo¹³. Estima-se que o sedentarismo, ainda que de forma dependente de outros fatores, seja responsável por 22% das doenças isquêmicas do coração¹⁴.

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas eleva a PA que está associada a maior morbimortalidade cardiovascular. A ingestão diária não deve ultrapassar 30g de etanol/dia para homens, sendo a metade dessa quantidade a tolerada para as mulheres^{15,16}.

Para o colesterol, em meta-análise de 38 grandes ensaios clínicos na prevenção primária e secundária, encontrou-se que, para cada 10% de redução no colesterol, a mortalidade reduziu 13%¹⁷.

Os antecedentes familiares constituem fator de risco não modificável e independente. Pacientes com parentes em primeiro grau com coronariopatia precoce têm maiores riscos de desenvolver doença arterial coronariana que a população em geral¹⁸.

No Brasil, ainda persiste carência de estudos de prevalência de doenças cardiovasculares e dos seus fatores de risco modificáveis no contexto populacional. Nesse universo restrito, nota-se que a maioria das pesquisas já realizadas utilizou populações da Região Sudeste¹⁹. Embora potencialmente relevantes na definição do perfil epidemiológico da população brasileira e, mais importante, passíveis de prevenção, os fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis não vêm sendo monitorados adequadamente no País²⁰.

Artigo Original

Então, dado o impacto das DCV em termos de prevalência, morbimortalidade e custos e, como existe carência de estudos epidemiológicos nessa área, este estudo pretende estimar a prevalência dos principais fatores de risco cardiovascular em adultos de um município do Rio de Janeiro e, assim, contribuir para melhor abordagem na atenção primária e emergencial aos pacientes com risco de doença coronariana.

Metodologia

Trata-se de estudo observacional, descritivo e com delineamento transversal, de base populacional, por meio de inquérito com questionários padronizados aplicados a 1060 adultos (>18 anos) com dor torácica, admitidos na Unidade de Dor Torácica (UDT) do Serviço de Emergência do Hospital Universitário Sul Fluminense (HUSF) em Vassouras, Estado do Rio de Janeiro. O município de Vassouras, localizado na região Centro-Sul Fluminense, tem uma população estimada em 33.950 habitantes de acordo com dados do Censo de 2010 do IBGE²¹.

A primeira UDT do País foi implantada em 1996, no Hospital Pró-Cardíaco, no Rio de Janeiro e, a partir dessa experiência pioneira, outros centros também implantaram essas unidades, inclusive o HUSF²².

Obteve-se autorização do diretor clínico do HUSF e todos os pacientes admitidos à UDT assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao final do questionário, permitindo a utilização dos dados para pesquisa científica. O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da USS sob o nº CAAE - 0041.0.326.000-11.

As entrevistas para a coleta de dados foram conduzidas por acadêmicos de Medicina integrantes da Liga de Cardiologia da Universidade Severino Sombra (USS), devidamente treinados para aplicação do questionário e realização das medidas objetivas, incluindo PA, peso e altura. Todos os entrevistadores utilizavam crachá de identificação do estágio de 12 horas semanais na UDT. O questionário foi criado pela própria Liga de Cardiologia, tendo como base um grupo de questões padronizadas pela *Organización Panamericana de la Salud*, no protocolo do estudo CARMEN (Conjunto de Ações para a Redução Multifatorial de Enfermidades Não Transmissíveis)²³. Os dados foram coletados nos meses de fevereiro a junho e agosto a dezembro dos anos de 2006 a 2010, no período do estágio voluntário dos acadêmicos.

Variáveis do estudo

O estudo se fundamenta em análise retrospectiva de

questionários aplicados aos pacientes com dor torácica, sendo avaliadas as seguintes informações: sexo, faixa etária, presença de hipertensão arterial sistêmica, diabetes, sobrepeso/obesidade, sedentarismo, história de infarto agudo do miocárdio prévio, antecedentes familiares, etilismo, tabagismo e dislipidemia. Foram também obtidos os valores das medidas objetivas da PA, peso e altura.

As variáveis incluídas no presente estudo foram:

- Demográficas: sexo; idade (em anos completos, categorizados em faixas etárias: 18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, ≥80 anos).
- Hábitos de vida: tabagismo, consumo de bebida alcoólica e atividade física.
- O consumo de álcool foi avaliado a partir de questões sobre o consumo de bebidas alcoólicas (sim/não), o tipo de bebida, a frequência e a quantidade (doses, garrafas, taças ou copos) consumida durante a semana anterior, sendo então determinada a quantidade de gramas de etanol por dia. O etilismo foi considerado quando o consumo excedia a 30g/dia de etanol para os homens e 15g/dia para mulheres^{16,3}. Foram considerados fumantes indivíduos que fumavam regularmente, em média de três ou mais cigarros por dia, tragando a fumaça há ≥1 ano²⁴. Os indivíduos que negavam prática regular de atividade física (pelo menos, 30min por dia, três vezes/semana), foram tidos como sedentários³.
- Pressão arterial: A PA foi aferida por método indireto, utilizando-se esfigmomanômetros aneroides e adequação do manguito à circunferência braquial, após 5min de repouso na posição sentada. Registraram-se as pressões sistólica (PAS) e diastólica (PAD) correspondentes às fases I e V dos sons de Korotkoff, respectivamente. Cada entrevistado teve sua pressão aferida pelo menos três vezes, com intervalo mínimo de cinco minutos entre elas. Foi definido como hipertenso, segundo critérios estabelecidos pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial³, o indivíduo que apresentou pressão sistólica ≥140mmHg e/ou pressão diastólica ≥90mmHg, ou indivíduos sabidamente hipertensos que estivessem em uso regular de medicação anti-hipertensiva³.
- Antropometria: as medidas antropométricas foram realizadas de forma padronizada. Para o peso, utilizou-se uma balança tradicional mecânica com capacidade de registrar 150kg e uma precisão de 0,2kg. Os indivíduos foram pesados descalços e com roupas leves. Para a determinação da altura, utilizou-se o estadiômetro da própria balança com escala de 0,5cm. A obesidade e o sobrepeso foram avaliados mediante o cálculo do índice de massa corporal (IMC), obtido dividindo-se o peso (kg) pelo quadrado da altura (m). Foram consideradas

obesas as pessoas cujo IMC era $\geq 30 \text{kg/m}^2$ e com sobrepeso aquelas com IMC entre $25\text{-}30 \text{kg/m}^2$ ²⁵.

- Infarto agudo do miocárdio prévio.
- Diabetes e dislipidemia: não foi possível a realização de exames laboratoriais para confirmar o diabetes e a dislipidemia referidos pelos pacientes, visto se tratar de um questionário aplicado em pacientes admitidos para atendimento emergencial. Dessa forma, foram considerados diabéticos e dislipidêmicos os pacientes que afirmaram ser portadores de tais morbidades durante a entrevista.
- História familiar de coronariopatia: foi considerada positiva quando presente em parentes de 1º grau.
- Sem risco cardiovascular: aquele indivíduo que não apresentava nenhum dos fatores de risco avaliados no estudo.

Análise de dados

Os dados foram armazenados e analisados no *software Microsoft Excel*. Todos os questionários foram revisados e os dados foram duplamente digitados e posteriormente validados. Calcularam-se as frequências absolutas e relativas dos fatores de risco

cardiovascular de acordo com o sexo e faixa etária. Para análise da prevalência dos fatores de risco por sexo foram utilizados intervalos de confiança (IC) de 95%. Aplicou-se também o teste do qui-quadrado (χ^2) para avaliar a relação entre a idade e os fatores de risco, admitindo-se um nível de significância igual a 1% e 5% ($p=1\%$ e $p=5\%$).

Resultados

Dos 1060 adultos com dor torácica avaliados, 51,4% pertenciam ao sexo feminino e 48,6% ao sexo masculino.

Na Tabela 1 observa-se a distribuição da amostra de acordo com o sexo e a faixa etária, sendo a razão de frequência entre os sexos de 0,945. Verificou-se que 23,4% da amostra pertencia à faixa etária de 50-59 anos e 41,7% dos entrevistados eram idosos (≥ 60 anos).

As prevalências dos fatores de risco cardiovascular, segundo o sexo, estão apresentadas na Tabela 2. Entre esses, o fator mais prevalente foi a hipertensão arterial (65%), seguida da história familiar de coronariopatia

Tabela 1
Distribuição da população amostral (n=1060) por sexo e faixa etária

Faixa etária (em anos)	Sexo masculino		Sexo feminino		Razão de frequência (masculino/feminino)
	n	%	n	%	
18-29	31	6,0	32	5,9	0,97
30-39	52	10,1	60	11,0	0,87
40-49	92	17,9	102	18,7	0,9
50-59	115	22,3	133	24,4	0,86
60-69	90	17,5	98	18,0	0,92
70-79	98	19,0	82	15,1	1,19
≥ 80	37	7,2	38	7,0	0,97
Total	515	100	545	100	0,945

Tabela 2
Prevalência dos fatores de risco cardiovascular na população amostral (n=1060), de acordo com o sexo

Fator de risco	Sexo feminino		Sexo masculino	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
DM	109	20,0 (16,6-23,4)	100	19,4 (16-22,8)
HAS	348	63,9 (59,8-67,9)	341	66,2 (62,1-70,3)
Sobrepeso/Obesidade	167	30,6 (26,8-34,5)	101	19,6 (16,2-23)
Sedentarismo	253	46,4 (42,2-50,6)	201	39,0 (34,8-43,2)
IAM prévio	78	14,3 (11,4-17,3)	118	22,9 (19,3-26,5)
Etilismo	16	2,9 (1,5-4,4)	75	14,6 (11,5-17,6)
Tabagismo	104	19,1 (15,8-22,4)	140	27,2 (23,3-31)
HFC	268	49,2 (45-53,4)	256	49,7 (45,4-54)
Dislipidemia	126	23,1 (19,6-26,7)	117	22,7 (19,1-26,3)
Sem risco	16	2,9 (1,5-4,4)	12	2,3 (1-3,6)

DM=diabetes mellitus; HAS=hipertensão arterial sistêmica; IAM=infarto agudo do miocárdio; HFC=história familiar de coronariopatia

Artigo Original

(49,4%) e do sedentarismo (42,8%). Cerca de 18,5% dos indivíduos tinha antecedente de infarto agudo do miocárdio, sendo a proporção mais significativa em homens. A ausência dos fatores de risco foi encontrada em 2,6% da amostra. O etilismo e o tabagismo foram mais prevalentes no sexo masculino. O diabetes mellitus e a dislipidemia foram discretamente mais prevalentes no sexo feminino.

O número de fatores de risco aumentou com a idade como se vê nas Tabelas 3 e 4, sendo isso comprovado pelo teste do qui-quadrado (χ^2), admitindo-se um nível de significância igual a 1% e 5% ($p=1\%$ e $p=5\%$). Nessas tabelas, encontram-se a frequência e as prevalências de cada fator de risco por faixa etária e por sexo.

Tabela 3
Frequência dos fatores de risco cardiovascular apresentados pela população amostral (n=1060), de acordo com o sexo e a faixa etária

Fatores de risco	Faixa etária (em anos)						
	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	≥80
DM							
F	1	5	14	24	28	28	9
M	1	0	9	27	27	17	19
HAS							
F	2	32	58	85	76	71	24
M	11	21	57	83	61	77	31
Sobrepeso/Obesidade							
F	2	14	40	46	33	27	5
M	7	7	16	32	12	17	10
Sedentarismo							
F	6	25	54	58	52	37	21
M	13	21	28	41	33	39	26
IAM prévio							
F	0	2	10	27	17	16	6
M	2	2	23	30	27	18	16
Etilismo							
F	1	2	3	5	0	5	0
M	1	21	18	22	6	3	4
Tabagismo							
F	5	9	26	38	15	10	1
M	1	9	31	39	32	23	5
HFC							
F	4	34	57	66	50	40	17
M	6	29	66	61	40	43	11
Dislipidemia							
F	1	10	26	38	30	15	6
M	6	5	26	21	30	16	13
Sem Risco							
F	10	6	0	0	0	0	0
M	9	3	0	0	0	0	0

DM=diabetes mellitus; HAS=hipertensão arterial sistêmica; IAM=infarto agudo do miocárdio; HFC=história familiar de coronariopatia; F=sexo feminino; M=sexo masculino

Tabela 4
Prevalência dos fatores de risco cardiovascular apresentados pela população amostral (n=1060), de acordo o sexo e faixa etária

Fatores de risco	Faixa etária (em anos)						
	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	≥80
DM							
F	3,1	8,3	13,7	18,0	28,6	34,2	23,7
M	3,2	0	9,8	23,5	30,0	17,4	51,4
HAS							
F	6,3	53,3	56,9	63,9	77,6	86,6	63,2
M	35,5	40,4	62,0	72,2	67,8	78,6	83,8
Sobrepeso/Obesidade							
F	6,3	23,3	39,2	34,6	33,7	32,9	13,2
M	22,6	13,5	17,4	27,8	13,3	17,4	27,0
Sedentarismo							
F	18,8	41,7	52,9	43,6	53,1	45,1	55,3
M	41,9	40,4	30,4	35,7	36,7	39,8	70,3
IAM prévio							
F	0	3,3	9,8	20,3	17,4	19,5	15,8
M	6,5	3,9	25,0	26,1	30,0	18,4	43,2
Etilismo							
F	3,1	3,3	2,9	3,8	0	6,1	0
M	3,2	40,4	19,6	19,1	6,7	3,1	10,8
Tabagismo							
F	15,6	15,0	25,5	28,6	15,3	12,2	2,6
M	3,2	17,3	33,7	33,9	35,6	23,5	13,5
HFC							
F	12,5	56,7	55,9	49,6	51,0	48,8	44,7
M	19,4	55,8	71,7	53,0	44,4	43,9	29,7
Dislipidemia							
F	3,1	16,7	25,5	28,6	30,6	18,3	15,8
M	19,4	9,6	28,3	18,3	33,3	16,3	35,1
Sem Risco							
F	31,3	10,0	0	0	0	0	0
M	29,0	5,8	0	0	0	0	0

DM=diabetes mellitus; HAS=hipertensão arterial sistêmica; IAM=infarto agudo do miocárdio; HFC=história familiar de coronariopatia; F=sexo feminino; M=sexo masculino

Discussão

O presente estudo envolveu pacientes com elevado risco de eventos cardiovasculares, visto que todos apresentavam dor torácica (que pode ou não ser de etiologia coronariana); 18,5% já haviam apresentado infarto agudo do miocárdio prévio e foi alta a prevalência de fatores de risco cardiovascular.

A epidemia mundial do excesso de peso (seja sobrepeso ou obesidade) foi também evidenciada neste estudo, tendo uma prevalência de 30,6% no sexo feminino, 19,6% no sexo masculino e 25,3% no geral.

A prevalência geral foi menor do que a encontrada em outros estudos como o de Ramos de Marins et al.²⁶ (44,9%), o de Velásquez-Meléndez et al.²⁷ (28,5%) e o de Monteiro et al.²⁰ (40,8%).

A dislipidemia foi autorreferida por 22,9% da população amostral, estando presente em 23,1% das mulheres e 22,7% dos homens. É uma prevalência geral semelhante à relatada por Souza et al.²⁸ (23,8%) e menor que a de Cardoso et al.²⁹ (35,6%), mas que guarda a proporção maior no sexo feminino assim como é relatado nesses dois estudos. A menor prevalência de dislipidemia na população deste estudo

Artigo Original

deve-se à impossibilidade por motivos técnicos de realização do lipidograma, sendo a doença autorreferida apenas pelos indivíduos que já apresentavam esse diagnóstico prévio.

A prevalência geral de diabetes foi de 19,7%, maior do que a encontrada em outros estudos como o de Monteiro et al.²⁰ (5,4%) e o de Schaan et al.³⁰ (12,6%). Atribui-se isto ao fato de que 41,7% dos indivíduos avaliados neste estudo eram idosos, sendo que a incidência do DM aumenta com o envelhecimento e, por se tratar de amostra composta por pacientes com dor torácica, é relevante o papel do DM, que aumenta em três vezes o risco de morte por eventos cardiovasculares⁹. Em relação ao sexo, as prevalências foram semelhantes (19,4% e 20%, respectivamente, em homens e mulheres) assim como descrito na literatura.

Os estudos avaliando o sedentarismo utilizam critérios classificatórios bastante heterogêneos. Encontrou-se uma prevalência geral de 42,8% de sedentarismo, com 46,4% nas mulheres e 39,0% nos homens, sendo esses dados semelhantes aos de Hallal et al.³¹, que constataram uma prevalência geral de 41,1% (41,8% nas mulheres e 40,2% nos homens).

O etilismo teve uma prevalência geral de 8,6% (2,9% no sexo feminino e 14,6% no sexo masculino). A prevalência de ingestão de álcool também varia bastante entre os estudos, de 2,9% a 45,4%¹⁹. Ramos de Marins et al.²⁶ encontraram uma prevalência geral de 8,7% e Moreira et al.³² encontraram 9,3% (4% no sexo feminino e 15,9% no sexo masculino). No presente estudo, assim como em outros da literatura, a prevalência de etilismo foi maior entre os homens.

O tabagismo foi constatado em 23% da amostra (19,1% em mulheres e 27,2% em homens). Matos et al.²⁴ encontraram prevalência geral de 12,4% e Ramos de Marins et al.²⁶ de 27,1%.

A prevalência geral de antecedentes familiares de coronariopatia foi de 49,4% (49,2% no sexo feminino e 49,7% no sexo masculino), inferior à encontrada por Gus et al.³³ (57,3%).

A prevalência geral de HAS (65%) foi superior à encontrada na literatura brasileira. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA \geq 140/90mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60-69 anos e 75% acima de 70 anos^{34,35}. Atribui-se a alta prevalência de HAS ao fato de 65,2% da amostra ter sido constituída por indivíduos acima de 50 anos e, por se tratar de indivíduos com dor torácica, a HAS

é um dos fatores de risco mais importantes na fisiopatologia da doença coronariana. A prevalência foi maior no sexo masculino (66,2%) que no feminino (63,9%), assim como foi descrito por Pereira et al.³⁶ (35,8% nos homens e de 30% em mulheres) e por outros estudiosos.

Conclusão

Com o aumento da idade média de sobrevivência, as doenças crônico-degenerativas estarão cada vez mais presentes, principalmente as doenças cardiovasculares. É imprescindível quantificar o risco cardiovascular global e realizar o levantamento da prevalência de fatores de risco numa população, pois a melhor terapêutica é a prevenção, combatendo-se os fatores de risco através da implantação de políticas públicas de saúde.

Neste estudo, evidenciou-se elevada prevalência dos fatores de risco associados à doença cardiovascular, sendo que a hipertensão arterial e o diabetes mellitus atingiram percentuais superiores aos da literatura.

Assim, a magnitude das prevalências dos fatores de risco sugere que é preciso intensificar as estratégias de prevenção e promoção de saúde no âmbito das doenças cardiovasculares assim como aprimorar o atendimento emergencial ao paciente com risco de doença coronariana.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Universitária

Este artigo representa parte do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de graduação em Medicina de Letícia Neves Martins pela Universidade Severino Sombra (Vassouras, RJ).

Referências

1. Duncan BB, Schmidt MI, Polanczyk CA, Homrich CS, Rosa RS, Achutti AC. Fatores de risco para doenças não transmissíveis em áreas metropolitanas na região sul do Brasil: prevalência e simultaneidade. *Rev Saúde Pública*. 1993;27(1):43-8.
2. Ministério da Saúde. Datasus [internet]. Informações de Saúde. Estatísticas vitais – Mortalidade e nascidos vivos. [2007]. [acesso em 2011 ago 10]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>

3. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(1 supl.):1-51.
4. Graff LG, Dallara J, Ross MA, Joseph AJ, Itzcovitz J, Andelman RP, et al. Impact on the care of the emergency department chest pain patient from the chest pain evaluation registry (CHEPER) study. *Am J Cardiol.* 1997;80(5):563-8.
5. Bahr RD. Chest pain centers: moving toward proactive acute coronary care. *Int J Cardiol.* 2000;72(2):101-10.
6. Ferreira CCC, Peixoto MRG, Barbosa MA, Silveira EA. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(5):621-8.
7. Viebig RF, Valero MP, Araújo F, Yamada AT, Mansur AJ. Perfil de saúde cardiovascular de uma população adulta da região metropolitana de São Paulo. *Arq Bras Cardiol.* 2006;86(5):353-60.
8. Mackay J, Mensah GA. The atlas of heart disease and stroke. Geneva: World Health Organization; 2004.
9. Stamler J, Vaccaro O, Neaton JD, Wentworth D. Diabetes, other risk factors, and 12-yr cardiovascular mortality for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Diabetes Care.* 1993;16(2):434-44.
10. Haffner SM, Lehto S, Rönnemaa T, Pyörälä K, Laakso M. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med.* 1998;339(4):229-34.
11. World Health Organization (WHO). Building blocks for tobacco control: a handbook. Geneva; 2004.
12. Ockene IS, Miller NH. Cigarette smoking, cardiovascular disease, and stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. American Heart Association Task Force on Risk Reduction. *Circulation.* 1997;96(9):3243-7.
13. World Health Organization (WHO). The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. [cited 2011 Aug 10]. Available from: <<http://www.who.int/whr/2002/en>>
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
15. O'Keefe JH, Bybee KA, Lavie CJ. Alcohol and cardiovascular health: the razor-sharp double-edged sword. *J Am Coll Cardiol.* 2007;50(11):1009-14.
16. Sesso HD, Cook NR, Buring JE, Manson JE, Gaziano JM. Alcohol consumption and the risk of hypertension in women and men. *Hypertension.* 2008;51(4):1080-7.
17. Gould AL, Rossouw JE, Santanello NC, Heyse JF, Furberg CD. Cholesterol reduction yields clinical benefit: impact of statin trials. *Circulation.* 1998;97(10):946-52.
18. Shimoda M, Sugayama S, Kim C, Ebaid M. Orientação familiar preventiva: aspectos genéticos das doenças cardiovasculares e perspectivas futuras. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo.* 1996;6(5):623-7.
19. Bloch KV, Rodrigues CS, Fiszman R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial: uma revisão crítica da literatura brasileira. *Rev Bras Hipertens.* 2006;13(2):134-43.
20. Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo ICR. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(1):47-57.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [internet]. Censo demográfico 2010. [acesso em 2011 ago 20]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>
22. Bassan R. Unidades de Dor Torácica. Uma forma moderna de manejo de pacientes com dor torácica na sala de emergência. *Arq Bras Cardiol.* 2002;79(2):203-9.
23. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Protocolo y directrices: Conjunto de acciones para la reducción multifactorial de enfermedades no transmisibles (CARMEN/CINDI). Washington; 1997.
24. Matos MFD, Silva NAS, Pimenta AJM, Cunha AJLA. Prevalência dos fatores de risco para doença cardiovascular em funcionários do Centro de Pesquisas da Petrobras. *Arq Bras Cardiol.* 2004;82(1):1-4,5-8.
25. Souza LJ, Chalita FEB, Reis AFF, Teixeira CL, Gicovate Neto C, Bastos DA, et al. Prevalência de diabetes mellitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2003;47(1):69-74.
26. Ramos de Marins VM, Varnier Almeida RM, Pereira RA, Barros MB. Factors associated with overweight and central body fat in the city of Rio de Janeiro: results of a two-stage random sampling survey. *Public Health.* 2001;115(3):236-42.
27. Velásquez-Meléndez G, Pimenta AM, Kac G. [Epidemiology of overweight and obesity and its determinants in Belo Horizonte (MG), Brazil: a cross-sectional population-based study]. *Rev Panam Salud Publica.* 2004;16(5):308-14.
28. Souza LJ, Souto Filho JTD, de Souza TF, Reis AFF, Gicovate Neto C, Bastos DA, et al. Prevalência de dislipidemia e fatores de risco em Campos dos Goytacazes - RJ. *Arq Bras Cardiol.* 2003;81(3):249-64.
29. Cardoso E, Martins IS, Fornari L, Monachini ME, Mansur AP, Caramelli B. Alterações eletrocardiográficas e sua relação com os fatores de risco para doença isquêmica do coração em população da área metropolitana de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras.* 2002;48(3):231-6.

Artigo Original

30. Schaan BD, Harzheim E, Gus I. Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(4):529-36.
31. Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc*. 2003;35(11):1894-900.
32. Moreira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo S, Fuchs SC, et al. Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a southern Brazilian city: a population-based survey. *J Stud Alcohol*. 1996;57(3):253-9.
33. Gus I, Fischmann A, Medina C. Prevalência dos fatores de risco da doença arterial coronariana no estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol*. 2002;78(5):478-90.
34. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2008;91(1):29-35.
35. Rosário TM, Scala LCN, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres - MT. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(6):672-8.
36. Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertens*. 2009;93(6):622-8,672-8.