

UNIVERSIDADE SANTO AMARO - UNISA
PROGRAMA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

CLEO CHINAIA

**Eventos cardiovasculares e sua associação com fatores de
risco para prevenção secundária em população adulta.**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Patrícia Colombo de Souza

Coorientador: Prof. Dr. Álvaro Avezum Junior

SÃO PAULO

2017

CLEO CHINAIA

**Eventos cardiovasculares e sua associação com fatores de
risco para prevenção secundária em população adulta.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Senso* da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Patrícia Colombo de Souza
Coorientador: Prof. Dr. Álvaro Avezum Junior

SÃO PAULO

2017

CLEO CHINAIA

Eventos cardiovasculares e sua associação com fatores de risco para prevenção secundária em população adulta.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Senso* da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Patrícia Colombo de Souza

Coorientador: Prof. Dr. Álvaro Avezum Junior

São Paulo, 30 de agosto de 2017.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr^a. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

Prof.^a. Dr^a. Jane de Eston Armond

Prof.^a. Dr^a. Patrícia Colombo de Souza

Agradecimentos

A Deus pela vida e pela proteção que me dá, permitindo o livre arbítrio das escolhas que tem me levado ao crescimento e a contribuição para um mundo melhor.

Aos meus pais Laercio (in memoria) e Eurides em especial que sempre me incentivaram e apoiaram nas minhas escolhas.

A minha família Genilda e Daniela que traduzem o combustível necessário para alcançar novos objetivos.

A Universidade Santo Amaro que se transformou no berço de conhecimento, crescimento e aprimoramento profissional.

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Patrícia Colombo de Souza pela humanização com a qual sempre me recebeu, principalmente pelo carinho, dedicação e conhecimento compartilhado ao longo deste período.

Aos Docentes do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Santo Amaro que sempre estiveram à disposição para me conduzir na construção do saber, em especial a Prof^a. Dr^a. Jane de Eston Armond, o Prof. Dr. Neil Ferreira Novo e a Prof^a. Dr^a. Yara Juliano e por compartilhar de seu notável saber.

Aos todos meus colegas docentes que não mediram esforços para me incentivar e auxiliar neste crescimento.

Minha gratidão muito especial a Prof^a. Dr^a Isabel Cristina, a enfermeira que muito contribuiu para a minha formação durante a academia, em seguida como diretora do curso durante alguns anos e até a presente data como um exemplo de profissional comprometida com os ideais da profissão.

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado.

Cuidar é mais que um ato: é uma atitude.

Portanto, abrange mais que um momento de atenção.

**Representa uma atitude de ocupação, preocupação,
de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro”**

Leonardo Boff

Resumo

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis pelas maiores taxas de morbimortalidade no Brasil e pela maior proporção das despesas com assistência ambulatorial e hospitalar. Estimativas da Organização de Saúde (OMS) de 2005 já indicavam aumento da mortalidade por DCNT no Brasil de até 22% até 2015, embora a carga dessas doenças possa ser minimizada pela redução dos seus fatores de risco, diagnóstico precoce e tratamento oportuno. No entanto, a integração de medidas preventivas na prática clínica diária ainda é deficiente, e a descontinuação das medicações prescritas é frequente após eventos agudos, bem como há grande dificuldade de implementação de mudança de estilo de vida. Por este motivo, este trabalho teve como objetivo verificar os eventos cardiovasculares e sua associação com fatores de risco para prevenção secundária em população adulta. **Método:** foi conduzido um estudo observacional transversal. Participaram do estudo 292 indivíduos com a presença de evento cardiovascular, com idade ≥ 18 anos que responderam a um questionário contemplando dados sociodemográficos, identificação do evento cardiovascular, das medicações prescritas e fatores associados aos eventos cardiovasculares. **Resultados:** os eventos cardiovasculares ocorreram em 75% das mulheres e 25% dos homens, com média de idade de 56,25 anos e baixa escolaridade (65,7% tinham até o ensino fundamental), representando 23,5% de ocorrência de evento na população estudada. Não foi encontrada diferença estatística entre os eventos cardiovasculares estudados e a idade dos indivíduos ($p = 0,074$), renda ($p=0,1880$) e presença de convênio médico ($p= 0,9968$). Com relação aos fatores de risco estudados, também não houve diferença estatística entre os eventos cardiovasculares e a presença do tabagismo ($p= 0,3914$) e Hipertensão ($p= 0,3128$). A maioria das prescrições avaliadas, por grupos de medicamentos para tratamento de eventos cardiovasculares, não se encontrava adequada e 65% destas, foi prescrita pelo médico da UBS sendo que, 96,7% dos indivíduos fazem uso da medicação prescrita e 81,5% retira a medicação na farmácia da UBS. **Conclusão:** A prevalência de evento cardiovascular (23,5%) na população estudada foi considerada semelhante a encontrada na população do município de São Paulo ou Brasil. Destaca-se o gênero feminino com quase duas vezes maior a incidência destes eventos cardiovasculares que no gênero masculino. A HAS foi o fator de risco mais associado à presença de eventos cardiovasculares. O cuidado integral ao paciente pós-evento cardiovascular, deve contemplar ações coordenadas entre gestores e equipe interdisciplinar que prestam serviços na atenção básica à saúde, bem como investimento na capacitação dos profissionais.

Descritores: Doenças cardiovasculares; Epidemiologia; Fatores de risco; Prevalência; Prevenção secundária.

ABSTRACT

Introduction: Chronic non-communicable diseases (NCDs) are responsible for the biggest mortality rate in Brazil and for the large proportion of ambulatory assistance and hospital. Global Health Estimates (WHO) of 2005 already designated increase of mortality from NCDs in Brazil grew up 22% until 2015, even though the burden of these diseases can be minimizing by their risk factors reduction, early diagnosis and timely treatment. However, integration of preventive measures in daily clinical practice is still deficient, and the discontinuation of prescribed medications is common after acute events, just like there is a high difficulty in implementing lifestyle change. For this reason, this study had as objective to verify Cardiovascular events and their association with risk factors for secondary prevention in the adult population. **Method:** it was conducted a cross-sectional observational study. Participated in the study 292 subjects with the presence of cardiovascular event, at the age ≥ 18 years old that replied a questionnaire contemplating socio-demographic data, cardiovascular recognition, prescribed medications and associated factors. **Results:** the cardiovascular events happened in 75% of women and 25% of men, with a mean age of 56,25 years old low education level (65,7% had only elementary school), representing 23,5% occurrence in the study population. Hasn't been found statistical difference between the cardiovascular events studied and the age of the subjects ($p=0,074$), income ($p=0,1880$) and presence of medical covenant ($p=0,9968$). About risk factors studied also there was not statistical difference between cardiovascular events and the tobacco smoking presence ($p=0,3914$) and hypertension ($p=0,3128$). The majority prescriptions evaluated, by groups of drugs for treatment of cardiovascular events, was not adequate and 65% of these, where describe by UBS (basic health Unit) physician, with 96,7% of individuals making use prescribed medications and 81,5% with draws medication at UBS pharmacy. **Conclusion:** The prevalence of cardiovascular events in the studied 23.5% population was similar according to, low with the municipality of São Paulo or Brazil. Highlights the female gender with almost twice the incidence of these cardiovascular events than in the male gender, HAS was the risk factor most associated with the presence of cardiovascular events. The integral care to the patient after cardiovascular events, should contemplate coordinated actions between managers and interdisciplinary team that provides services in attention basic health, as well as investment in the qualification of professional.

Descriptors: Cardiovascular Diseases; Epidemiology; Risk Factors; Prevalence; Secondary Prevention.

Lista de Abreviaturas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AAS	Ácido Acetilsalicílico
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BRA	Bloqueadores de Receptor de Angiotensina
D.A	Distrito Administrativo
DAOP	Doença Arterial Obstrutiva Periférica
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DCV	Doença Cardiovascular
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FR	Fator de risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
ICP	Intervenção Cutânea Periférica
IECA	Inibidores de Enzima Conversora de Angiotensina
OMS	Organização Mundial de Saúde
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

UNISA	Universidade Santo Amaro
WHF	Federação Mundial de Cardiologia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	15
3. MÉTODO	16
5. CONCLUSÃO	37
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
APÊNDICES	43
ANEXOS	57

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis pelas maiores taxas de morbimortalidade no Brasil e no mundo, e pela maior proporção das despesas com assistência ambulatorial e hospitalar. Estimativas da Organização de Saúde (OMS) de 2005 já indicavam aumento da mortalidade por DCNT no Brasil até 2020, e as doenças cardiovasculares causarão cerca de 25 milhões de óbitos, 19 milhões deles em países de baixa e média renda. O aumento da mortalidade estará diretamente associado à presença ou não de fatores de risco e de outras patologias concomitantemente, as quais influenciarão na predisposição do indivíduo a desenvolver complicações e gerarão agravos crônicos, mais comprometedores à saúde, sendo considerada a primeira causa de morbimortalidade em adulto embora a carga dessas doenças possa ser minimizada pela redução dos seus fatores de risco, diagnóstico precoce e tratamento oportuno ^{1,2,3,4}.

No Brasil, os gastos com internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) representam aproximadamente 69% dos gastos, totalizando 1,2 milhões em 2009, sendo que as DCV são responsáveis pela alta frequência de internações⁵, e que com envelhecimento da população e mudança dos hábitos de vida, a prevalência e importância das doenças cardiovasculares (DCVs) tende a aumentar nos próximos anos ².

Ainda que as taxas de mortalidade tenham diminuído na maioria dos países, nas últimas décadas, esse declínio foi menor nos países em desenvolvimento. No Brasil, assim como em outros países da América Latina, observou-se, nas últimas décadas, uma importante mudança no perfil da mortalidade da população, caracterizado pelo aumento dos óbitos causados por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). ⁶

Anualmente a cardiopatia isquêmica, acidentes vasculares cerebrais, hipertensão arterial e outras cardiopatias são responsáveis por 15,9 milhões de óbitos ^{2,7,8}.

De acordo com compilação do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no ano de 2012, as doenças cardiovasculares foram a principal causa de morbidade a partir dos 39 anos de idade. Nesse ano, representaram 20,95% de 1.004.004 internações nessa faixa etária. Doenças cardiovasculares também é a principal causa de mortalidade nessa mesma faixa etária, com 641.424 óbitos representando 30,84% dos óbitos registrados no sistema de informações do DATASUS em 2010 ⁶.

Nesse sentido, inquéritos de base populacional podem contribuir para a identificação de iniquidades em saúde, constituir ferramenta de apreensão das mudanças no perfil de risco e no avanço dos sistemas de monitoramento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), favorecendo a reorientação de políticas e a capacidade de intervenção do sistema de saúde sobre essas doenças⁹.

Nas DCNT existe a associação de fatores complexos e multivariáveis por se tratarem de doenças presentes no cotidiano dos indivíduos, por provocarem alterações objetivas e subjetivas em seu dia a dia. Os fatores de risco comportamentais, ou condutas de risco, constituem metas primordiais da prevenção de enfermidades e a educação em saúde tem sido utilizada tradicionalmente para atingir essa meta. No entanto, dentro do marco mais amplo da promoção da saúde, as condutas de risco podem ser consideradas como respostas às condições de vida adversas e as ações devem incluir a criação de ambientes favoráveis à saúde^{3, 7,8}.

Objetivando a implantação e implementação de programa de saúde efetivo, foi concebido em 1994, pelo Ministério da Saúde, um modelo estruturante da atenção básica no país, a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Com proposta baseada na atenção integral, contínua e resolutiva, este modelo se baseia nas ações voltadas para garantia da oferta de serviços e de melhoria do acesso e no fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde¹⁰.

Assim sendo, a Estratégia Saúde da Família (ESF) pretende promover a saúde através de ações básicas que possibilitam a incorporação de ações

programáticas de forma mais abrangente. A dinâmica proposta pela ESF, centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, permite a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos com vistas à prevenção de doenças, principalmente as cardiovasculares ^{10, 11}.

A prevenção secundária das DCVs tem como objetivo reduzir o risco de um novo evento cardiovascular e morte, visando, melhorar a sobrevida dos pacientes que sofreram o evento cardiovascular, por se tratar de paciente de alto risco. Os cuidados com o paciente coronariano crônico são fundamentais para se evitar novas internações e novos episódios de síndrome coronariana aguda. A prevenção secundária nesses pacientes torna-se criticamente necessária para redução de eventos adversos cardiovasculares, o controle correto dos fatores de risco como a hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, tabagismo, dieta não saudável e não aderência aos medicamentos, diabetes melitus e sedentarismo são determinantes no sentido de se impedir novos agravos, diminuindo desta forma, reinternações e consequentemente prevenindo futuros eventos ^{12, 13, 14}.

Muitos dos pacientes quando passam a entender sua classificação como grave, possuem condições de perceber que o impacto da mudança, a partir de então, de seus hábitos e atitudes serão determinantes na redução e controle dos fatores de risco que podem agravar a doença acometida. Desta forma, a prevenção secundária é o caminho mais coerente, visto que, para evitar uma recorrência da doença, é preciso que a adesão às alterações no estilo de vida, incluindo também, o tratamento farmacológico, se torne a prioridade na vida dos pacientes ^{12, 13, 15, 16, 17}.

Medidas preventivas, incluindo farmacoterapia, são importantes não apenas para diminuir a morbimortalidade por DCV, mas também porque tem impacto na qualidade de vida ^{15,12}.

Segundo diretrizes internacionais das DCVs recomenda-se tratamento medicamentoso ao longo da vida com Antiagregante plaquetários (Aspirina), Beta bloqueadores (Atenolol / Carvedilol / Metoprolol / Propranolol), Estatinas (Atorvastatina / Rosuvastatina / Sinvastatina), Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (Captopril / Enalapril / Iperindopril / Ramipril) e Bloqueadores de Receptores de Angiotensina (Candesartan / Losartan / Valsartan) ^{17, 18, 19}.

No entanto, a integração de medidas preventivas na prática clínica diária ainda é deficiente, e a descontinuação das medicações prescritas é frequente após eventos agudos, bem como há grande dificuldade de implementação de mudança de estilo de vida ⁶.

A prevenção dos fatores de riscos para DCV, especialmente os de natureza comportamental, permitem implementar ações preventivas com maior custo-efetividade, e, portanto, minimizar a reincidência de eventos cardiovasculares. Com isso, o setor de saúde e as políticas públicas envolvidas no combate aos FR para DCV utilizam como estratégia para reduzir essa prevalência, a prevenção primária de FR por meio de informações para conscientização da população a cerca dos FR existentes e como o indivíduo pode atuar para reduzir a sua incidência ²⁰.

Além disso, o conhecimento a respeito das DCV e os fatores que levam ao seu desenvolvimento possibilitam aos pacientes entenderem a importância da prevenção dos FR e o impacto positivo na sua saúde. Diante disso, e da importância do tema na saúde pública, torna-se necessário verificar as condições para prevenção secundária em pacientes com eventos cardiovasculares prévios, propõe-se esta pesquisa.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Verificar a prevalência de eventos cardiovasculares em população adulta e os fatores de risco para prevenção secundária.

2.2 Específicos

- Descrever as características sócio demográficas dos indivíduos que apresentaram evento cardiovascular dentre a população estudada;
- Associar os eventos cardiovasculares apresentados pelos pacientes com os fatores considerados de risco para prevenção secundária;
- Conhecer os medicamentos prescritos e utilizados pelos pacientes;

3. MÉTODO

Este trabalho foi construído a partir da proposta da Federação Mundial de Cardiologia (WHF), que está ativamente engajada em garantir os objetivos da Organização Mundial de Saúde (OMS), aprovados pela Assembleia Mundial da Saúde em 2013, com um objetivo primário de reduzir a mortalidade prematura em 25 por cento até 2025.

A Federação Mundial de Cardiologia (WHF) adotou esta meta global de redução de mortalidade prematura por doença cardiovascular (DCV) em pelo menos 25 por cento nesse período, e tem priorizado três dos alvos como sendo de alta prioridade: evitar ataque cardíaco e acidente vascular cerebral recorrente por meio da terapia de drogas e aconselhamento para, pelo menos, 50% das populações elegíveis - ou seja, a prevenção secundária; reduzir o uso diário de tabaco em 30 por cento; e reduzir a pressão arterial elevada em 25 por cento (OMS 2013).

3.1 Tipo de Estudo:

Estudo observacional transversal.

3.2 População:

Foi estudada a população adulta (≥ 18 anos) que apresentou evento cardiovascular e que foram encaminhados às Unidades de Saúde com Estratégia em Saúde da Família (ESF) da Supervisão Técnica de Saúde (STS) de Capela do Socorro.

3.3 Local de Estudo:

A estrutura física da área de saúde da Universidade de Santo Amaro – campus I- está localizada na Prefeitura Regional de Capela de Socorro. Atualmente das 32 Prefeituras Regionais do Município de São Paulo, é a mais populosa com projeção de 604.604 habitantes. É uma região de vários contrastes, com heterogeneidade de classes sociais, distribuídas nos três Distritos Administrativos que compõem a região, a saber: D.A Socorro (37.222 habitantes), D.A Grajaú (369.469 habitantes) e D.A Cidade Dutra (197.913 habitantes). Os D.A Cidade Dutra e Grajaú apresentam as maiores populações e as mais desfavorecidas, sendo que cerca de 65% da população da Subprefeitura da Capela do Socorro é SUS dependente, ou seja, necessita usar sistema público de saúde, com a crise econômica, pode-se inferir que a tendência é aumentar esta porcentagem, não deixando de considerar que 100% podem usar o Sistema Público, considerando-se os princípios da Universalidade, Acessibilidade e Integralidade que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta população tem a Universidade de Santo Amaro como referência para assistência primária e secundária.

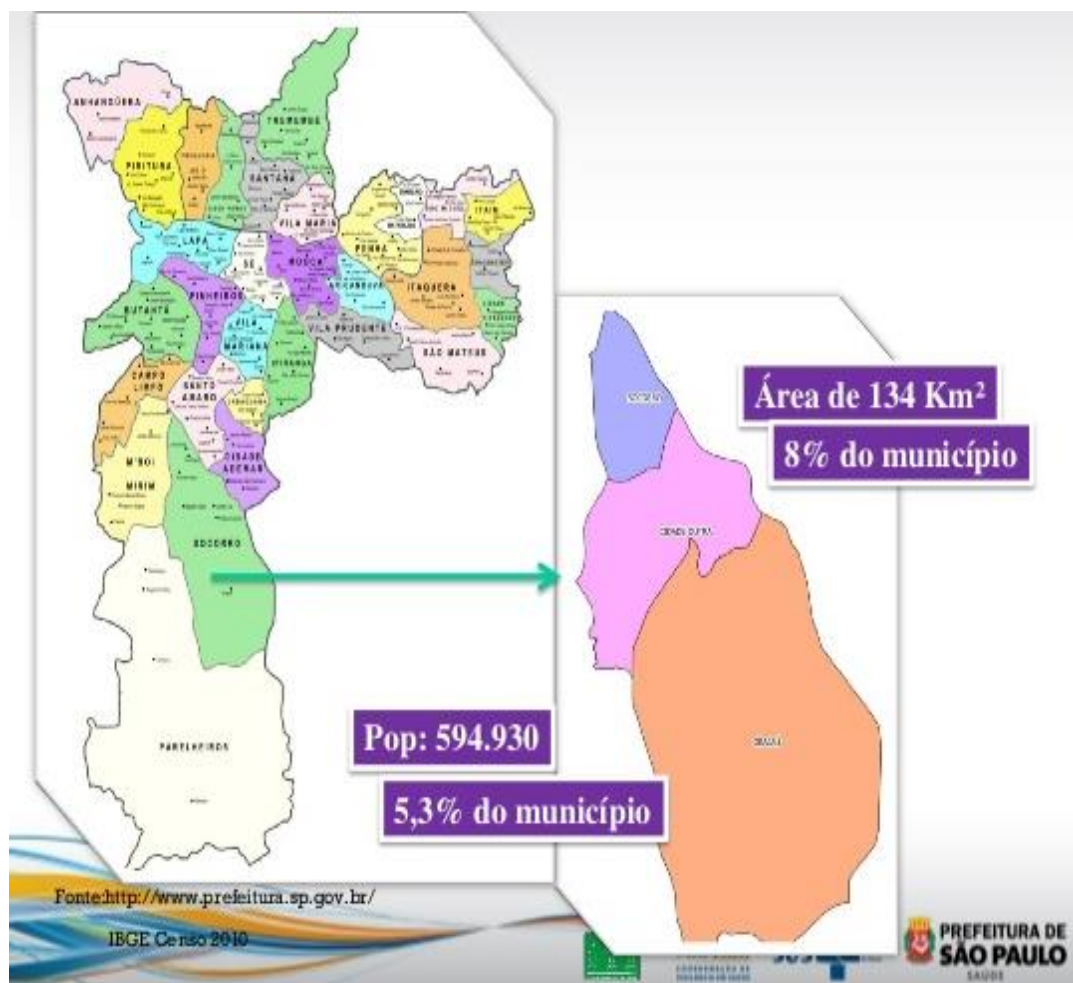


Figura 1: Mapa da macrorregião de Capela do Socorro do município de São Paulo.

Foram selecionadas 2 (duas) UBS (Unidades Básicas de Saúde) com a ESF (Estratégia de Saúde de Família), as duas no D.A (Distrito Administrativo) do Grajaú, que é o distrito administrativo de maior vulnerabilidade e menor nível socioeconômico.

As Unidades de Saúde da Família estudadas estão assim caracterizadas:

Unidade	População Geral	Masculino	Feminino	Total (≥ 18 anos)
Três Corações	33.805	4.643	5.392	10.035
Chácara do Conde	21.007	2.905	3.639	6.544
TOTAL	54.812	7.548	9.031	16.579

As Unidades de Saúde da Família e população estudada da amostra:

Unidade	Nº estimado de mulheres	Nº estimado de homens	Total
Três Corações	413	337	750
Chácara do Conde	270	220	490
TOTAL	683	557	1240

A amostra considerada representativa da população acima de 18 anos, estimada para o estudo piloto com apenas 2 unidades de saúde, segundo Levine (2000)²¹ será de 1240 pessoas, com risco de erro alfa de 0,01 ou 1% sendo, 683 mulheres e 557 homens.

Fizeram parte deste estudo 419 (33,8% da amostra total) indivíduos entrevistados e destes, 292 apresentaram algum evento cardiovascular, objeto do nosso estudo. Estes eventos representaram 23,5% da amostra calculada (população total de estudo).

3.4 Coleta de dados

Foi realizada busca ativa e a entrevista destes indivíduos em suas residências pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem previamente capacitados pelo coordenador da pesquisa. Foi aferida a pressão arterial em todos os moradores do domicílio visitado com idade ≥ 18 anos, independentemente serem ou não hipertensos.

Os aparelhos de verificação de pressão arterial e os questionários foram cedidos pela Universidade Santo Amaro – UNISA.

3.5 Instrumentos de coleta de dados

Foi aplicado um questionário (APÊNDICE A), preenchido pelos ACS, elaborado para verificação da prevenção secundária.

Neste questionário foram anotados:

- 1- Dados sociodemográficos (Gênero, idade, renda e escolaridade, convênio médico).
- 2- Identificação do evento cardiovascular: IAM (Infarto Agudo do Miocárdio), Angina, AVC/AVE (Acidente Vascular Cerebral/Acidente Vascular Encefálico), ICP (Intervenção Coronária Percutânea), Revascularização Miocárdica e DAOP (Doença Arterial Obstrutiva Periférica).
- 3- Fatores associados aos eventos cardiovasculares:
 - Presença ou não de Hipertensão Arterial Sistêmica
 - Presença ou não do Hábito de fumar
 - Idade
 - Medicamentos Utilizados pelo paciente: para identificação da medicação prescrita, foi usada a classificação abaixo:

Grupo	Fármaco
Anti-agregante plaquetário	Ácido Acetil Salicílico (AAS)
Estatinas	Atorvastatina / Rosuvastatina / Sinvastatina
Beta bloqueadores	Atenolol / Carvedilol / Metoprolol / Propranolol
Inibidores de Enzima Conversora de Angiotensina – IECA e Bloqueadores de Receptor de Angiotensina – BRA	Captopril / Enalapril / Iperindopril / Ramipril Candesartan / Losartan / Valsartan

- Quem prescreveu o medicamento
- Onde retira a medicação prescrita
- Uso da medicação corretamente

3.6. Aspectos Éticos:

Estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Santo Amaro CAEE 58810216.8.0000.0081 e Número do Parecer: 1.695.910 (Anexo A) e da Secretaria Municipal de Saúde CAEE 48520215.5.3001.0086 e número do Parecer 1.234.987(Anexo B) obtendo parecer favorável.

3.7. Análise dos dados:

Os dados sócios demográficos foram apresentados em forma de tabelas descritivas e em seguida relacionados aos eventos cardiovasculares encontrados.

Foi estudada a presença e a prevalência do evento cardiovascular em cada gênero. Foi realizada uma comparação entre as prevalências dos eventos cardiovasculares entre os gêneros.

Dois dos fatores considerados de risco (HAS e Hábito de fumar) foram relacionados entre si para cada um dos eventos cardiovasculares apresentados.

As prescrições de medicamentos para tratamento dos eventos cardiovasculares foram apresentadas em porcentagem pelo total de indivíduos estudados em cada evento.

Foi relacionada também, a procedência do profissional de saúde que prescreveu a medicação para cada evento.

3.8. Análise Estatística:

Para análise dos resultados foram aplicados:

- 1- Teste do Qui-quadrado ou Teste exato de Fisher²² para estudar possíveis associações entre variáveis estudadas.
- 2- Análise de variância de Kruskal-Wallis²² para avaliar as idades e a renda entre diferentes eventos cardiovasculares.
- 3- Teste G de Cochran²² com a finalidade de estudar a concomitância dos eventos cardiovasculares tanto para mulheres, quanto para homens.
- 4- Teste de Kappa de concordância e Teste Mc Nemar²² de discordância para relacionar os eventos cardiovasculares e hábitos.

Fixam-se em 0,05 ou 5% o nível de significância.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a maioria das mortes anuais em todo o mundo está associada às doenças cardiovasculares (DCV), assim como, estudos semelhantes consideraram a relação faixa etária e sexo (fatores não modificáveis).^{23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32}

Dos 419 indivíduos entrevistados, 292 apresentaram algum dos eventos cardiovasculares descritos sendo que 31 não responderam o campo de gênero no questionário, portanto foram eliminados da análise dos resultados. Destes 196 são mulheres e 65 homens com média de idade de 56,25 anos.

Analizando a tabela 1, percebe-se uma tendência de agravos ao sexo feminino, o que corrobora o estudo de Stock & Redberg (2012)³³ em que afirma que as doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte de mulheres nos Estados Unidos, desde a década de 1980, a mortalidade por DCV vem declinando entre os homens e ascendendo em mulheres, embora outros estudos comparados não demonstrem que estas duas variáveis possam determinar a prevalência de um evento cardiovascular para determinado gênero.

Tabela 1 – Gênero dos pacientes que participaram do estudo.

Gênero	Total	
	N	%
Feminino	196	75,1
Masculino	65	24,9
Total	261*	100,0

*** 31 questionários não continha a informação sobre gênero**

A idade tem sido um fator não modificável presente em muitos estudos relacionados à prevalência de eventos cardiovasculares, a manifestação de DCV se dá preferencialmente após 55 anos nos homens e 65 anos nas mulheres, resultando da combinação entre os fatores modificáveis e não modificáveis. A maioria dos indivíduos que apresenta DCV adquire alguns dos fatores de risco na infância e juventude indicando, portanto, uma prevalência conforme aumenta a idade^{24, 26, 28, 29, 31}.

A tabela 2 apresenta uma idade média de 56,25 anos de idade, que vem ao encontro a estudos semelhantes que constataram prevalência elevadas de risco cardiovasculares na população com idade igual ou superior a 40 anos de idade^{21, 22, 23}.

Tabela 2 – Idade dos pacientes que participaram do estudo, segundo evento cardiovascular apresentado.

IAM			Angina		AVC/AVE		ICP		Revascularização	DAOP
65	71	77	35	39	65	59	74	23	66	34
74	50	49	40	58	67	67	52	42	67	54
56	62	44	46	28	74	59	78	54	49	51
52	51	51	72	54	78	23	62	77	66	62
78	44	44	82	77	64	74	70	44	93	67
43	59	27	67	29	60	58	33	66	62	23
62	57	65	81	35	64	28	82	73	59	62
70	43	46	35	34	67	46	67	25	23	52
35	41	61	58	25	34	52	56	35	54	54
46	70	70	61	35	52	48	81	80	77	77
46	51	34	59	58	51	88	66	31	61	61
59	67	56	47	80	60	31	61	50	35	44
34	63	79	57	31	67	54	59	40	80	57
54	37	35	43	40	81	77	73	65	31	73
82	54	80	51	65	54	64	57	44	63	85
62	58	31	67	44	85	29	69	50		41
77	62	50	49	50	78	35	66	80		31
67	55	40	63	43	55	49	67	57		40
56	59	44	37	87	54	54	49	43		45
81	67	49	71	47	88	65	62	63		43
62	60	50	62	63	40	66	59	23		63
85	59	43	58	77	61	61				35
35	23	43	59	58	78	60				45
55	48	87			60	56				
49	39	47			73	35				
64	42	63			70	40				
58	28	46			73	58				
61	62	77			64	43				
54	52	39			63	80				
59	66	58			71	57				
37	54				62	47				
					55	63				
					76	59				
						67				
N = 92			N = 46		N = 65		N = 42		N = 15	N = 23
X = 55			X = 53,4		X = 59,5		X = 58,4		X = 59,1	X = 52,1
Mi = 55			Mi = 55,5		Mi = 60,0		Mi = 61,5		Mi = 62,0	Mi = 52,0

* 9 questionários não possuíam a informação da idade

Análise de Variância de Kruskal-Wallis

H calculado = 10,04

p = 0,074 (N.S.)

A baixa condição socioeconômica (baixa renda, pouca escolaridade e vínculo empregatício) é considerada um fator de risco psicossocial para a DCV, que dificulta a adesão a estilo de vida saudável, bem como a orientações e tratamento^{22, 23, 25, 30, 31, 33}.

Em nosso estudo, 69,1% ($p=0.9968$) dos indivíduos que participaram do estudo informaram não possuir convenio médico o que caracteriza a SUS dependência (tabela 3) e em relação ao item escolaridade, constata-se a baixa escolaridade (65,7% tinham até o ensino fundamental) na relação escolaridade x evento cardiovascular na população estudada conforme (tabela 4).

A relação escolaridade e evento cardiovascular mostra uma tendência de que quanto maior a escolaridade, a morbidade tende a decrescer.

Klein & Oliveira (2012)³⁴ em estudo realizado em Santo Ângelo – RS informam que a maioria dos idosos possui uma renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos e que isso é um fator que predispõe as doenças cardiovasculares o que também pode ser devido às dificuldades encontradas no acesso aos serviços de saúde.

A renda média per capita dos participantes do estudo foi (1,91) salários mínimos sendo que, de acordo com a análise de Variância da Kruskal-Wallis, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,1880$) de doenças cardiovasculares estudados. Comparado a outros estudos apresentados indicam a interferência na capacidade de acesso aos serviços de saúde privados^{32, 33}.

Tabela 3 – Presença ou não de Convênio Médico, dos pacientes que participaram do estudo, segundo evento cardiovascular apresentado.

Convênio Médico	Evento Cardiovascular						Total	
	IAM	Angina	AVC/AVE	ICP	REVASC	DAOP	N	%
SIM	21	12	16	11	3	5	68	30,9
Não	50	23	35	24	8	12	152	69,1
Total	71	35	51	45	11	17	220*	100,0

* 72 questionários não possuíam a informação sobre convênio médico.

X^2 calculado=0,34 $p=0,9968$ (NS)

Tabela 4 - Escolaridade dos pacientes que participaram do estudo, segundo evento cardiovascular apresentado.

Escolaridade	Evento Cardiovascular						Total	
	IAM	Angina	AVC/AVE	ICP	REVASC	DAOP	N	%
Sem escolaridade	21	8	12	7	1	5	54	18,5
Alfabetizado/ Fundamental	39	22	36	22	9	10	138	47,25
Médio	31	18	19	12	4	8	92	31,5
Superior	2	1	1	2	1	1	8	2,74
TOTAL	93	49	68	43	15	24	292	100,0

Fatores de risco como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) podem estar controlados e mesmo assim participar do evento coronariano já que no estudo 67,2% dos entrevistados apresentaram hipertensão arterial, um mesmo estudo realizado em 2016 constatou 80% de pacientes com HAS^{23, 35}.

De acordo com a OMS a hipertensão contribui em cerca de metade de todas as doenças cardiovasculares, sendo o principal fator para doenças isquêmicas do coração³⁶.

Os fatores de risco, geralmente, são de fácil identificação, que podem ser facilmente evitados ou controlados. É relevante a participação da equipe de saúde em todo o processo de saúde no que tange a prevenção de DCV, a educação em saúde se traduz em políticas de ações fundamentais ao indivíduo acometido pelo processo de adoecimento. Diante disso, a ESF tem como uma de suas responsabilidades a educação em saúde, sendo uma importante estratégia de prevenção, o que torna possível uma reeducação da população a respeito de DCV, principalmente, a mudança de hábitos como uma das maneiras mais eficientes à manutenção da saúde cardiovascular³⁷.

Em nosso estudo o fator de risco com maior associação foi a HAS com 67,2% dos entrevistados segundo o evento cardiovascular apresentado (tabela 6).

Tabela 5 – Presença ou não do hábito de fumar, segundo evento cardiovascular apresentado.

Fumante	Evento Cardiovascular						Total	
	IAM	Angina	AVC/AVE	ICP	REVASC	DAOP	N	%
SIM	11	13	12	9	3	5	53	19,0
Não	76	35	53	32	12	18	226	81,0
Total	87	48	65	41	15	23	279*	100,0

* 13 questionários não possuíam a informação sobre o hábito de fumar.

X^2 calculado=5,20 $p= 0,3914$ (NS)

Tabela 6 – Presença ou não de hipertensão arterial, segundo evento cardiovascular apresentado.

HAS	Evento Cardiovascular						Total	
	IAM	Angina	AVC/AVE	ICP	REVASC	DAOP	N	%
SIM	67	29	50	28	9	13	196	67,2
Não	26	20	18	15	6	11	96	32,8
Total	93	49	68	43	15	24	292	100,0

X^2 calculado = 5,93

$p= 0,3128$ (NS)

A hipertensão arterial foi à doença mais frequente em ambos os sexos (67,2%), não se observou diferenças estatisticamente significativas segundo sexo para as doenças do coração. Destaca-se que a HAS, ao mesmo tempo em que é uma doença cardiovascular, multiplica o risco para adquirir outras DCV³⁸.

O perfil sociodemográfico encontrado é corroborado por outros estudos brasileiros, os quais verificaram a ocorrência de fatores de risco para doença arterial coronariana entre indivíduos com Síndrome Coronariana Aguda (SCA), com idade média de 55 a 60 anos, predominância do sexo masculino, ensino fundamental incompleto e renda mensal de 2 a 3 salários-mínimos^{39, 40}.

Tabela 7 – Frequência de eventos cardiovasculares apresentados pelos pacientes do gênero feminino.

IAM	Angina	AVC/AVE	ICP	REVASC	DAOP
$\Sigma = 64$	$\Sigma = 33$	$\Sigma = 43$	$\Sigma = 30$	$\Sigma = 9$	$\Sigma = 17$
% = 32,6	% = 16,8	% = 21,9	% = 15,3	% = 4,6	% = 8,8

G de Cochran
G calculado = 88,82 **p= 0,0000***
IAM > maior do que todos

Tabela 8 – Frequência de eventos cardiovasculares apresentados pelos pacientes do gênero masculino.

IAM	Angina	AVC/AVE	ICP	REVASC	DAOP
$\Sigma = 17$	$\Sigma = 11$	$\Sigma = 19$	$\Sigma = 9$	$\Sigma = 4$	$\Sigma = 5$
% = 26,1	% = 16,9	% = 29,3	% = 13,8	% = 6,2	% = 7,7

G de Cochran
G calculado = 69,52 **p= 0,0000***
IAM e AVC/AVE > que os demais

Tabela 9 - Presença do evento cardiovascular, segundo gênero.

Evento Cardiovascular	Feminino % Sim	Masculino % Sim	Teste do Qui-quadrado
IAM	32,6	26,2	p = 0,4083 (N.S.)
Angina	16,8	16,9	p = 0,9871 (N.S.)
AVC/AVE	21,9	29,3	p = 0,2313 (N.S.)
ICP	15,3	13,8	p = 0,7748 (N.S.)
Revascularização	4,6	6,2	p = 0,7413 (N.S.)
DAOP	8,8	7,7	P = 0,9999 (N.S.)

Analisando as tabelas 7, 8 e 9 notamos que não houve significância entre os eventos e os gêneros, embora no evento IAM (32,6%) prevaleça o gênero feminino e AVC/AVE (29,3%) maior incidência no gênero masculino

O agrupamento de dois ou mais fatores de risco esteve presente em aproximadamente metade dos indivíduos estudados. Estes dados indicam que a pressão arterial elevada, na maior parte das vezes não é apenas uma condição isolada, mas faz parte do perfil do indivíduo de risco cardiovascular elevado^{22, 25, 41, 42}.

Trata-se de conhecimento importante a ser aplicado pelas equipes da estratégia de saúde da família (ESF), pois conhecer o risco coronariano dos portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode auxiliar no planejamento e na avaliação das ações de saúde, direcionando melhor os planos de cuidados a esses portadores e melhor definindo os intervalos de vigilância e a intensificação das ações de saúde ^{2,3}.

Tabela 10 – Presença de Hipertensão e Tabagismo entre os pacientes que apresentaram evento cardiovascular. Teste de Concordância e de discordância.

HAS	Tabagismo		Total	
	Sim	Não	N	%
Sim	21	126	147	52,7
Não	32	100	132	47,3
Total	53	226	279*	100,0

***13 pacientes não referiram o hábito de fumar**

Teste de Mc Nemar
P<0,0001
Concordância = 0,4336
Discordância = 0,5663

Teste Kappa = 0,0903
Z= 1,9853
P= 0,0110

Proporção de Concordâncias = $\frac{21+100}{279} = 0,4336$ ou 43,36%

Proporção de Discordâncias = $\frac{126+32}{279} = 0,5663$ ou 56,63%

Proporção de sim (Hipertensos não fumantes) = $\frac{126}{279} = 0,4516$ ou 41,16%

Proporção de sim (Fumantes e não hipertensos) = $\frac{32}{279} = 0,1146$ ou 11,46%

Conclusão: A % de Hipertensos não fumantes (41,16%) foi significante maior do que a de não hipertensos fumantes (11,16%).

As condições socioeconômicas de um indivíduo podem refletir no acesso aos cuidados à saúde entre eles a compra de medicamentos não disponíveis pelo SUS ⁴¹.

Mesmo que o anti-agregante plaquetário (AAS) seja uma droga de baixo custo, encontramos que o uso da medicação na prevenção secundária de DCV foi maior nos indivíduos pertencentes às classes sociais mais altas, talvez em função do acesso mais fácil a serviços especializados, à medicação e/ou a uma melhor conscientização da necessidade do seu uso⁴².

Na tabela 11 podemos refletir em relação a falha na prescrição médica ou na orientação e esclarecimento para os pacientes sobre a importância do uso dessa medicação, o que também pode contribuir para a não adesão ao tratamento.

Tabela 11 - Prescrição de medicamentos de acordo com o mecanismo de ação, segundo o evento cardiovascular apresentado.

Eventos	Grupo Medicamentoso							
	Anti-agregante Plaquetário		Estatinas		Beta Bloqueadores		IECAS/BRA	
	N	%	N	%	N	%	N	%
IAM (93)	15	16,1	25	26,8	18	19,3	43	46,2
Angina (49)	14	28,5	14	28,5	11	22,4	33	67,3
AVE/AVC (68)	13	19,1	17	25	12	17,6	38	55,8
ICP (43)	12	27,9	17	39,5	13	30,2	26	60,4
Revascularização (15)	2	13,3	6	4	5	33,3	12	8
DAOP (24)	4	16,6	4	16,6	5	20,8	15	62,5
TOTAL (292)	60	20,54	83	28,4	64	21,9	167	57,1

O uso da medicação na prevenção secundária de DCV provavelmente é maior nos indivíduos pertencentes às classes sociais mais altas, talvez em função do acesso mais fácil a serviços especializados, à medicação e/ou a uma melhor conscientização da necessidade do seu uso⁴².

A Tabela 12 mostra que a maioria segue a prescrição corretamente embora os valores encontrados mostrem uma média de 31,98% da população estudada segue corretamente as prescrições.

Tabela 12 - Uso de medicação ou não de acordo com o evento cardiovascular.

Evento Cardiovascular	Toma medicação corretamente			% Sim
	Sim	Não	N	
IAM	58	02	60	96,6
Angina	29	01	30	96,6
AVC/AVE	45	04	49	90
ICP	29	00	29	100
Revascularização	09	00	09	100
DAOP	10	02	12	83,3
TOTAL	180	09	189*	96,2

***103 não responderam**

Muitos desses pacientes são posteriormente acompanhados apenas por serviços de atenção básica e provavelmente à falta de prescrição de medicação e/ou de orientação no seu uso por parte do médico de tais unidades seja responsável pela descontinuidade do tratamento⁴².

A maioria das prescrições é a realizada pelo médico da UBS 62,5% (tabela 13) e é retirada das medicações ocorre na farmácia da UBS 81,5% (tabela 14). Isso mostra-nos uma que a população é amplamente SUS dependente.

Tabela 13 – Médico que realizou a prescrição ao paciente, segundo evento cardiovascular apresentado.

Médico	Evento Cardiovascular						Total	
	IAM	Angina	AVC/AVE	ICP	REVASC	DAOP	N	%
UBS	45	20	37	21	7	8	138	62,5
Hospital	9	6	11	4	2	1	33	14,9
Ambulatório	6	4	2	5	1	1	19	8,6
Outro	7	5	7	5	3	4	31	14,0
Total	67	35	57	35	13	14	221*	100,0

*** 71 pacientes não referiram o dado médico que realizou a prescrição.**

Tabela 14 - Local onde o paciente retira a medicação de acordo com o evento cardiovascular.

Evento cardiovascular	Local onde retira a medicação								Total
	Farmácia USF/ Posto		Farmácia Popular		Farmácia Comum		Outro local		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
IAM	57	86,3	01	1,51	03	4,54	05	7,57	66
Angina	29	78,3	01	2,70	03	8,10	04	10,81	37
AVC/AVE	45	81,8	01	1,81	07	12,72	02	3,63	55
ICP	30	83,3	01	2,77	02	5,55	03	8,33	36
Revascularização	09	69,2	01	7,69	01	7,69	02	15,38	13
DAOP	12	75	01	6,25	02	12,50	01	6,25	16
Total	182	81,5	06	2,7	18	8,1	17	7,7	223*

***69 pacientes não referiram o dado do local onde retira a medicação.**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) configura-se como um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, representando grave problema de saúde nos países não só pela elevada prevalência, mas também a grande parcela de indivíduos hipertensos não diagnosticados, não tratados adequadamente, ou ainda, devido o alto índice de abandono de tratamento⁴³.

A prevalência de HAS tem aumentado segundo dados de inquéritos populacionais no Brasil, variando seu valor entre 22 e 44%; sendo que a hipertensão representa ainda, um dos principais fatores de risco independente e contínuo para a doença cardiovascular⁴³.

Na tabela 15 podemos perceber que na relação entre o fator de risco HAS e o evento cardiovascular apresentado, a maior preocupação está relacionada com a presença do fator de risco HAS (24,6%) da população estudada que ainda não apresentaram evento cardiovascular.

Tabela 15 – Relação entre evento cardiovascular e presença de hipertensão, apresentada pela população estudada.

HAS	Evento				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Sim	196	75,4	64	24,6	260
Não	96	62,7	57	37,3	153
Total	292	70,7	121	29,3	413*

*6 pacientes não responderam.

Como a HAS é uma síndrome clínica multifatorial, é importante a estratificação do hipertenso como uma forma de adotar estratégias mais apropriadas dentro da previsibilidade do risco projetado para o desenvolvimento de um evento adverso, promover o autocuidado e a responsabilidade compartilhada de apoio ao hipertenso é conduta desejável.

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser levadas em consideração ao se analisar os resultados. Apesar de se tratar de uma amostra de base populacional, os indivíduos participantes foram limitados àqueles atendidos em uma Estratégia de Saúde da Família, o que pode afetar a generalização dos resultados, levando a necessidade de continuidade do estudo para ampliar a amostra e também a participação de indivíduos atendidos em outras unidades.

A prevenção primária e secundária devem priorizar intervenções que se associem à redução de ocorrência de novos eventos cardiovasculares.

5. Conclusão

A prevalência dos eventos cardiovasculares na população estudada foi 23,5%, similar ao encontrado no município de São Paulo e Brasil, destacando-se o gênero feminino, em população jovem e de baixa escolaridade. A HAS foi o fator de risco mais prevalente.

A maioria dos pacientes seguem as prescrições dos médicos apesar destas não se encontram adequadas, o medicamento é fornecido e encontrado na farmácia da UBS.

A identificação de número expressivo de hipertensos na população estudada e que ainda não apresentaram nenhum evento cardiovascular devem ser prioridade na prevenção primária. O acompanhamento dos pacientes pós-eventos cardiovasculares no que se refere à prevenção secundária, necessita de maiores cuidados para que seja atingida na sua especificidade.

6. Considerações finais

Na perspectiva de realizar o cuidado integral, devem ser consideradas ações coordenadas entre gestores e equipe interdisciplinar que prestam serviços na atenção básica à saúde, bem como investimento na capacitação dos profissionais.

Um dos principais desafios que os profissionais da saúde pública enfrentam, podem estar relacionados à dificuldade em desenvolver programas de intervenção que abordem múltiplos fatores de risco para cada paciente individualmente.

Deve-se considerar que a prevenção de fatores de risco não está associada tão somente a conduta da equipe em relação ao paciente assistido, mas também a participação de toda família e o envolvimento do paciente com sua saúde, devendo ser considerado o centro da atenção à saúde.

7. Referências Bibliográficas

1. Malta DC, Iser BPM, Claro RM, Moura L, Bernal RTI, Nascimento AF, Silva Jr. JB, Monteiro CA. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil, 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2013, 22(3): 423-434.
2. Portela AS, Neto ANM, Silva PCD, Simões MOS, Almeida MG- Estatinas x ácido lipóico na prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2014; 35(1): 09-15.
3. Silva VR, Cade NV, Molina MCB RISCO CORONARIANO E FATORES ASSOCIADOS EM HIPERTENSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2012 out/dez; 20(4):439-44
4. Oliveira LB de, Püschel VAA. Conhecimento sobre a doença e mudança de estilo de vida em pessoas pós-infarto. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2013 out/dez; 15(4): 1026-33
5. Brunori EH, Cavalcante AM, Lopes CT, Lopes JL, Barros AL Tabagismo, consumo de álcool e atividade física: associações na síndrome coronariana aguda. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(2): 165-72.
6. Brasil CKOI, Avezum Junior A, Uint L, Monaco MID, de Barros VM, Campos SYR, Amanda M. R. Sousa AMR. - Prevenção cardiovascular abrangente em pacientes com doença arterial coronária: implementação das diretrizes na prática clínica. *Rev. Bras. Cir. Cardiov.* 2013; 28(2): 238-47.
7. André C, Curioni CC, Cunha CB, Veras R. Progressive decline in stroke mortality in Brazil from 1980 to 1982, 1990 to 1992, and 2000 to 2002. *Stroke*. 2006; 37(11): 2784-9.
8. Andrade JP, Matos LAP, Carvalho AC, Machado CA, Oliveira GMM. Programa Nacional de qualificação de médicos na prevenção e atenção integrada às doenças cardiovasculares. *Arq. Cardiol.* 2013; 100(3): 203-211.
9. Souza RKT, Bortoletto MSS, Loch MR, González AD, Matsuo T, Cabrera MAS, Remondi FA, Yonamine CY. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pessoas com 40 anos ou mais de idade, em Cambé, Paraná (2011): estudo de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2013, 22(3):435-444.
10. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:316-9.
11. Ministério da Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2000.

12. Poredos P, Jezovnik MK. Do the effects of secondary prevention of cardiovascular events in PAD patients differ from other atherosclerotic disease? *Int. J Mol Sci* 2015; 16:14477-89.
13. Kuehlein T, Sghedoni D, Viantin G, Gervas J, Jamoulle M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. *Primary Care* 2014; 10(18): 350-4.
14. Malta DC, Cezario AC, Moura L. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2006; 15(3): 47-65.
15. Lieshout Van J, Grol R, Campbell S, Falcoff H, Capell EF, Glehr M, Goldfracht M, Kumpusalo E, Künzi B, Ludt S, Petek D, Vanderstighelen V, Wensing M. Cardiovascular Risk Management in Patients With Coronary Heart disease in primary Care: Variation Across Countries and Practices. Na observational study baseado n quality indicators. *BMC Family Practice*. 2012; 13:96-103.
16. Gallo AM, Laurenti R. Mudança de hábitos e atitudes em (12) sobreviventes de infarto agudo do miocárdio e angioplastia primária Saúde (Santa Maria), Santa Maria, Vol. 40, n. 2, Jul./Dez, p.59-66, 2014
17. Therapeutic guidelines cardiovascular, 6Th edn. Melbourne, Vic: Cardiovascular Expert Group. Therapeutic Guidelines, 2012.
18. Delsart P, Lemesle G, Lamblin N, Meurice T, Mycinski C, Elkohen M, Chmait A, Haulon S, Bauters C. Secondary Medical Prevention and Clinical Outcome Artery Disease Patients With a History of non-Coronary vascular intervention: A Report From The CORONOR Investigators. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2015; 22(7): 864-871.
19. Simão AF, Precoma TB, Andrade JP, Correia Filho H, et al. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq. Bras. Cardiol*. 2013; 101(6):2-50.
20. Oliveira EA, Santos GCG, Vanzella LM, Haddad MIR, Santos PR, Alves RST, Silva VES, Silva AKF, Vanderlei LCM. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Pacientes Frequentadores de um Setor de Reabilitação Cardiovascular. *Colloquium Vitae*, vol. 7, n. Especial, Jul–Dez, 2015, p. 66-72. ISSN: 1984-6436. DOI: 10.5747/cv.2015.v07.nesp.00025
21. Levine DM; Berenson ML, Setephan D. Estatística: teoria e aplicações usando Microsoft Excell em Português. Rio de Janeiro. LTC, 2000.
22. Siegel SE, Castellan Jr NJ. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. 2ª Ed. Artmed. Porto Alegre – 448p. 2006.

23. Theme Filha MM, Souza Junior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de Saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol* Dez 2015 Suppl 2:83-96.
24. Lima V, Caetano JA, Soares E, Santos ZMSA. Fatores de Risco Associados a Hipertensão Arterial Sistêmica em Vitima de Acidente Vascular Cerebral. *RBPS* 2006; 19 (3) : 148-154
25. Pimenta HB, Caldeira AP. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. *Ciências & Saúde Coletiva*, 19 (6): 1731-1739, 2014.
26. Moraes CAS, Oliveira SHV, Brandão FC, Gomes IF, Lima LM. Fatores de risco cardiovascular em estudantes de graduação da Universidade Federal de Viçosa-MG *J Health Sci Inst.* 2011;29(4):261-4
27. Pinheiro RHO, Vieira MCU, Pereira EM, Barbosa MEM. Fatores de Risco para Infarto Agudo do Miocárdio em Pacientes Idosos Cadastrados no Programa Hiperdia *Cogitare Enferm.* 2013 Jan/Mar; 18(1):78-83
28. Silva VR, Cade NV, Molina MCB. Risco Coronariana e Fatores Associados em Hipertensos de uma Unidade de Saúde da Família *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2012 out/dez; 20(4):439-44.
29. Gasparotto GS, Gasparotto LPR, Salles MR, Campos W. Fatores de risco cardiovascular em universitários: comparação entre sexos, períodos de graduação e áreas de estudo. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2013; 46(2): 154-63.
30. Ribeiro BGA, Martins JT, Bobroff MCC, Montezeli JH, Thiago Zamariola GomesTZ. Perfil Epidemiológico de Paciente com Distúrbios Cardiovasculares Atendidos no Pronto Socorro de um Hospital Universitário REAS [Internet]. 2013; 2(3): 32-41
31. Bhatnagar P, et al. The epidemiology of cardiovascular disease in the UK 2014. *Heart* 2015;101:1182–1189. doi:10.1136/heartjnl-2015-307516
32. Garcia GT, Stamm AMNF, Rosa AC, Marasciulo AC, Marasciulo RC, Battistella C, Remor AAC. Grau de concordância e estratificação de risco *Arq Bras Cardiol.* 2017; 108(5): 427-435
33. Stock EO, Redberg R. Cardiovascular disease in women. *Curr Probl Cardiol.* 2012;37:450-526. PMID:23047015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2012.07.001>
34. Klein KB, Oliveira TB. Avaliação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos participantes do projeto viva a vida no município de Santo Ângelo, RS. *Rev. Bras. Farm.* 93(2): 215-220 - 2012.

35. Costa FAA, Clemente CET, Ueno FH, Motta AR. Riscos cardiovasculares em lesões coronarianas: Mito ou Realidade? *International Journal of Cardiovascular Sciences*. 2016; 29(5): 378-384
36. World Health Organization (WHO). *World Health Statistics 2013*. Geneva: WHO; 2013.
37. Paula EA, Costa DMN, Paula RB, Paiva EP. Perfil Cardiovascular e Risco de Eventos Coronarianos dos Usuários Atendidos na Liga de Hipertensão Arterial do HU/UFJF. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 40, n. 3 e 4, p. 37-44, jan./jun. 2014.
38. Da Gama LC, De Biasi LS, Ruas A. Prevalência dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares em pacientes da rede SUS da UBS progresso da cidade de Erechim. *Perspectiva*. 2012;36(133):63-72.
39. Lemos KF, Davis R, Moraes MA, Azzolin K. Prevalência de fatores de risco para Síndrome Coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31(1): 129-35
40. Silva VR, Cade NV, Molina MDCB. RISCO CORONARIANO E FATORES ASSOCIADOS EM HIPERTENSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2012 out/dez; 20(4):439-44.
41. Piegas LS, Avezum A, Pereira JCR, Rossi Neto JM, Hoepfner C, Farran JA. Risk factors for myocardial infarction in Brazil. *Am Heart J*. 2003; 146(2):331-8.
42. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto - SP. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 31-35, set. 2008.
43. Santos FR, Mendez RDR. Estratificação de Risco Cardiovascular em Hipertensos Atendidos na Atenção Primária. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* Vol.05, edição especial. Ano 2014 p.2646-58

Lista de Apêndices

APÊNDICE A – Questionário FATORES ASSOCIADOS ÀS DOENÇAS CARDIOVASCULARES na população.

APÊNDICE B – Prevalência de eventos cardiovasculares entre o gênero feminino. Teste G de Cochran.

APÊNDICE C - Prevalência de eventos cardiovasculares entre o gênero masculino. Teste G de Cochran.

APÊNDICE D - Presença do evento cardiovascular IAM, segundo gênero.

APÊNDICE E - Presença do evento cardiovascular ANGINA, segundo gênero.

APÊNDICE F- Presença do evento cardiovascular AVE/AVC, segundo gênero.

APÊNDICE G - Presença do evento cardiovascular ICP, segundo gênero

APÊNDICE H - Presença do evento cardiovascular Revascularização, segundo gênero.

APÊNDICE I - Presença do evento cardiovascular DAOP, segundo gênero

APÊNDICE J – Hipertensão e Hábito de fumar dentre os pacientes que apresentaram AVC/AVE, segundo presença de Teste de Concordância e de discordância.

APÊNDICE K - Concordância e discordância entre a presença de dois Fatores de risco (Hipertensão e Hábito de fumar) dentre os pacientes que apresentaram ANGINA.

APÊNDICE L- Concordância e discordância entre a presença de dois Fatores de risco (Hipertensão e Hábito de fumar) dentre os pacientes que apresentaram IAM.

APÊNDICE M - Concordância e discordância entre a presença de dois Fatores de risco (Hipertensão e Hábito de fumar) dentre os pacientes que apresentaram ICP.

APÊNDICE N - Concordância e discordância entre a presença de dois Fatores de risco (Hipertensão e Hábito de fumar) dentre os pacientes que apresentaram Revascularização.

APÊNDICE O - Concordância e discordância entre a presença de dois Fatores de risco (Hipertensão e Hábito de fumar) dentre os pacientes que apresentaram DAOP.

APÊNDICE A - Questionário FATORES ASSOCIADOS ÀS DOENÇAS CARDIOVASCULARES na população.

1. IDENTIFICAÇÃO

Idade: _____ Gênero: _____
 Escolaridade: _____
 Convênio Médico: _____
 Renda: _____
 Tem pressão alta: sim () Não()
 Tabagismo _____

2. PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

Você ou alguém da sua família (da sua casa) já apresentou algum dos eventos abaixo:

- 4.1 () Infarto Agudo do Miocárdio (ataque cardíaco)
- 4.2 () Hospitalizado por angina (dor no peito)
- 4.3 () Derrame (AVE/AIT)
- 4.4 () Fez cirurgia para dilatar os “vasos” (ICP/stent)
- 4.5 () Fez cirurgia de Ponte de Safena (Cirurgia de Revascularização Miocárdica)
- 4.6 () Teve entupimento dos vasos da perna (DAOP)

Faz tratamento com quais medicações:

- | | |
|--------------------------------|----------------------------|
| 4.7 () aspirina (AAS) /dose: | i. () ramipril /dose: |
| 4.8 () Sinvastatin / dose: | j. () captopril /dose: |
| 4.9 () Atorvastatina / dose: | k. () enalapril /dose: |
| 4.10 () Rosuvastatina / dose: | l. () iperindopril /dose: |
| 4.11 () Propranolol /dose: | m.() losartan /dose: |
| 4.12 () Atenolol /dose: | n. () candesartan /dose: |
| 4.13 () Metoprolol / dose: | o. () valsartan /dose: |
| 4.14 () Carvedilol) /dose: | |

Quem prescreveu?

- 4.15 () Médico da UBS
- 4.16 () Médico do Hospital
- 4.17 () Médico do Ambulatório
- 4.18 () Outro Médico _____

Local onde você pega a medicação:

- 4.19 () Farmácia da USF/posto
- 4.20 () Farmácia Popular
- 4.21 () Farmácia comum
- 4.22 () Outro local: _____

Toma a medicação corretamente?

- 4.23 () sim
- 4.24 () não

APÊNDICE B - Prevalência de eventos cardiovasculares entre o gênero feminino. Teste G de Cochran.

Infarto	Angina	AVE	ICP	Revascularização	DAOP	L1	L2
1	0	1	0	0	0	2	4
0	0	1	0	0	0	1	1
1	0	0	1	0	0	2	4
1	0	1	1	0	0	3	9
1	0	0	0	0	0	1	1
1	0	0	1	0	0	2	4
1	0	0	1	0	0	2	4
0	0	1	0	0	0	1	1
1	1	0	0	0	0	2	4
1	1	0	0	0	0	2	4
0	0	0	0	1	0	1	1
0	0	1	0	1	0	2	4
1	0	0	0	0	0	1	1
1	0	1	0	0	1	3	9
1	0	0	0	0	1	2	4
0	1	0	0	0	0	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
1	1	1	1	0	0	4	16
1	0	0	1	0	0	2	4
1	1	1	1	0	0	4	16
0	0	0	0	0	1	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
0	0	0	1	0	0	1	1
1	0	1	0	0	0	2	4
1	1	0	0	0	0	2	4
1	0	1	0	0	0	2	4
1	0	1	0	0	0	2	4
1	1	0	0	0	0	2	4
1	0	0	0	0	0	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
0	0	0	0	1	0	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
0	1	0	0	0	0	1	1
1	0	1	0	0	0	2	4
1	0	0	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1

0	0	1	1	0	0	2	4
1	1	0	0	0	0	2	4
1	0	0	0	0	0	1	1
0	0	0	1	0	0	1	1
1	1	0	0	0	0	2	4
0	0	0	1	0	0	1	1
1	1	0	1	0	0	3	9
0	1	0	1	0	0	2	4
1	1	0	0	0	0	2	4
0	1	1	0	0	0	2	4
1	0	0	0	0	0	1	1
1	1	1	1	1	1	6	36
0	0	1	0	0	0	1	1
0	1	0	0	0	0	1	1
1	0	1	1	0	1	4	16
1	0	0	0	0	0	1	1
1	0	1	0	0	0	2	4
1	0	0	0	0	0	1	1
1	1	0	0	0	0	2	4
0	1	1	1	0	0	3	9
1	0	0	1	0	0	2	4
1	0	1	0	0	0	2	4
0	0	1	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
1	1	1	1	1	1	6	36
1	1	1	1	1	1	6	36
0	0	1	0	0	0	1	1
0	1	1	0	0	0	2	4
0	1	1	0	0	0	2	4
1	0	1	0	0	0	2	4
1	0	0	1	0	0	2	4
0	0	0	0	0	1	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
1	0	1	0	0	0	2	4
0	0	0	1	0	1	2	4
1	0	0	0	0	0	1	1
1	1	0	0	0	0	2	4
0	0	1	0	0	0	1	1
0	0	0	0	0	1	1	1
1	0	1	0	0	0	2	4
1	0	0	0	0	0	1	1
1	1	1	1	1	0	5	25
0	1	0	0	0	0	1	1

1	1	0	1	1	0	4	16
1	1	0	1	1	1	5	25
1	0	0	1	0	0	2	4
1	1	1	1	0	1	5	25
1	1	0	1	0	0	3	9
0	0	1	0	0	0	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
1	0	1	0	0	0	2	4
0	0	1	1	0	0	2	4
0	0	1	1	0	0	2	4
0	0	0	0	0	1	1	1
1	1	0	1	0	1	4	16
1	1	0	0	0	0	2	4
1	1	1	0	0	0	3	9
0	0	0	0	0	1	1	1
0	1	0	0	0	0	1	1
0	0	0	0	0	1	1	1
0	0	0	0	0	1	1	1
64	33	43	30	9	17	196	518

APÊNDICE C - Prevalência de eventos cardiovasculares entre o gênero masculino. Teste G de Cochran.

Infarto	Angina	AVE	ICP	Revascularização	DAOP	L1	L2
1	0	1	1	0	0	3	9
1	0	0	0	0	0	1	1
0	1	0	0	0	0	1	1
0	0	0	1	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
1	1	0	1	0	0	3	9
1	0	0	0	1	0	2	4
0	0	1	0	0	0	1	1
1	1	0	1	0	0	3	9
1	0	0	0	0	0	1	1
0	0	0	0	1	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
1	1	1	0	0	0	3	9
0	0	1	0	0	0	1	1
1	1	1	1	1	1	6	36
0	0	1	0	0	0	1	1
1	1	1	0	0	0	3	9
0	0	1	0	0	0	1	1
1	0	0	0	0	1	2	4
0	0	0	0	0	1	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
0	0	0	0	1	0	1	1
1	0	0	0	0	1	2	4
0	0	0	0	0	1	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
1	0	1	0	0	0	2	4
0	0	1	1	0	0	2	4
0	1	0	1	0	0	2	4
0	1	0	1	0	0	2	4
1	1	0	1	0	0	3	9
0	0	1	0	0	0	1	1
1	1	0	0	0	0	2	4
0	0	1	0	0	0	1	1
1	0	0	0	0	0	1	1
1	1	0	0	0	0	2	4
17	11	19	9	4	5	65	149

APÊNDICE D - Presença do evento cardiovascular IAM, segundo gênero.

Gênero	Presença de IAM		Total	
	Sim	Não	N	%
Feminino	64	132	196	32,6
Masculino	17	48	65	26,2
Total	81	180	261	31,1

Teste do Qui-quadrado**X2 calculado = 0,96****p = 0,4083 (NS)****APÊNDICE E- Presença do evento cardiovascular ANGINA, segundo gênero.**

Gênero	Presença de Angina		Total	
	Sim	Não	N	%
Feminino	33	163	196	16,8
Masculino	11	54	65	16,9
Total	44	217	261	16,9

Teste do Qui-quadrado**X2 calculado =****0,0000****p = 0,9871 (NS)****APÊNDICE F - Presença do evento cardiovascular AVE/AVC, segundo gênero.**

Gênero	Presença de AVE/AVC		Total	
	Sim	Não	N	%
Feminino	43	153	196	21,9
Masculino	19	46	65	29,3
Total	62	199	261	23,8

Teste do Qui-quadrado**X2 calculado =****1,43****p = 0,2313 (NS)**

APÊNDICE G - Presença do evento cardiovascular ICP, segundo gênero.

Gênero	Presença de ICP		Total	
	Sim	Não	N	%
Feminino	30	166	196	15,3
Masculino	9	56	65	13,8
Total	39	222	261	14,9

Teste do Qui-quadrado
X² calculado = 0,08 p = 0,7748 (NS)

APÊNDICE H - Presença do evento cardiovascular Revascularização, segundo gênero.

Gênero	Presença de Revascularização		Total	
	Sim	Não	N	%
Feminino	9	187	196	4,6
Masculino	4	61	65	6,2
Total	13	248	261	5,0

Teste Exato de Fisher
p = 0,7413 (NS)

APÊNDICE I - Presença do evento cardiovascular DAOP, segundo gênero.

Gênero	Presença de DAOP		Total	
	Sim	Não	N	%
Feminino	17	179	196	8,8
Masculino	5	60	65	7,7
Total	22	239	261	8,4

Teste Exato de Fisher
p = 0,9999 (NS)

APÊNDICE J – Hipertensão e Hábito de fumar dentre os pacientes que apresentaram AVC/AVE, segundo presença de * Teste de Concordância e de discordância.

HAS	Hábito de Fumar		Total	
	Sim	Não	N	%
Sim	5	40	45	69,2
Não	7	13	20	30,8
Total	12	53	65*	100

*** 3 pacientes não referiram o dado de hábito de fumar.**

Teste de Mc Nemar

p=0,0001

Concordância = 0,2769

Discordância = 0,7231

Teste Kappa = 0,1638

z= 2,29

P= 0,0110

Proporção de Concordâncias = $\frac{5 + 13}{65} = 0,2769$ ou 27,69%

Proporção de Discordâncias = $\frac{40 + 7}{65} = 0,7231$ ou 72,31%

Proporção de sim (Hipertensos não fumantes) = $\frac{40}{65} = 0,6154$ ou 61,54%

Proporção de sim (Fumantes e não hipertensos) = $\frac{7}{65} = 0,1077$ ou 10,77%

Conclusão: A % de Hipertensos não fumantes (61,54%) foi significativamente maior do que a de não hipertensos fumantes (10,77%)

APÊNDICE K – Concordância e discordância entre a presença de dois Fatores de risco (Hipertensão e Hábito de fumar) dentre os pacientes que apresentaram ANGINA.

HAS	Hábito de Fumar		Total	
	Sim	Não	N	%
Sim	5	23	28	58,3
Não	8	12	20	41,7
Total	13	35	48*	100

*** 1 paciente não referiu o dado de hábito de fumar.**

Teste de Mc Nemar
 $p=0,0119$
 Concordância = 0,3541
 Discordância = 0,6458

Teste Kappa = 0,2308
 $z= 1,9178$
 $P= 0,0276$

Proporção de Concordâncias = $\frac{5 + 12}{48} = 0,3541$ ou 35,41%

Proporção de Discordâncias = $\frac{8 + 23}{48} = 0,6458$ ou 64,58%

Proporção de sim (Hipertensos não fumantes) = $\frac{23}{48} = 0,4791$ ou 47,91%

Proporção de sim (Fumantes e não hipertensos) = $\frac{8}{48} = 0,1666$ ou 16,66%

Conclusão: A % de Hipertensos não fumantes (47,91%) foi significativamente maior do que a de não hipertensos fumantes (16,66%)

APÊNDICE L – Concordância e discordância entre a presença de dois Fatores de risco (Hipertensão e Hábito de fumar) dentre os pacientes que apresentaram IAM.

HAS	Hábito de Fumar		Total	
	Sim	Não	N	%
Sim	6	21	27	31
Não	5	55	60	69
Total	11	76	87*	100

* 6 pacientes não referiram o dado de hábito de fumar.

Teste de Mc Nemar
 $p=0,0033$
 Concordância = 0,7011
 Discordância = 0,2988

Teste Kappa = 0,1638
 $z= 1,80$
 $P= 0,0357$

Proporção de Concordâncias = $\frac{6 + 55}{87} = 0,7011$ ou 70,11%

Proporção de Discordâncias = $\frac{5 + 21}{87} = 0,2988$ ou 29,88%

Proporção de sim (Hipertensos não fumantes) = $\frac{21}{65} = 0,2413$ ou 24,13%

Proporção de sim (Fumantes e não hipertensos) = $\frac{5}{87} = 0,0574$ ou 5,74%

Conclusão: A % de Hipertensos não fumantes (24,13%) foi significativamente maior do que a de não hipertensos fumantes (5,74%).

APÊNDICE M – Concordância e discordância entre a presença de dois Fatores de risco (Hipertensão e Hábito de fumar) dentre os pacientes que apresentaram ICP.

HAS	Hábito de Fumar		Total	
	Sim	Não	N	%
Sim	2	24	26	63,4
Não	7	8	15	36,6
Total	9	32	41*	100

* 2 pacientes não referiram o dado de hábito de fumar.

Teste de Mc Nemar
 $p=0,0041$
 Concordância = 0,2439
 Discordância = 0,7561

Teste Kappa = 0,3144
 $z= 2,304$
 $P= 0,0018$

Proporção de Concordâncias = $\frac{2 + 8}{41} = 0,2439$ ou 24,39%

Proporção de Discordâncias = $\frac{7 + 24}{65} = 0,7561$ ou 75,61%

Proporção de sim (Hipertensos não fumantes) = $\frac{24}{41} = 0,5853$ ou 58,53%

Proporção de sim (Fumantes e não hipertensos) = $\frac{7}{41} = 0,1707$ ou 17,07%

Conclusão: A % de Hipertensos não fumantes (58,53%) foi significativamente maior do que a de não hipertensos fumantes (17,07%)

APÊNDICE N – Concordância e discordância entre a presença de dois Fatores de risco (Hipertensão e Hábito de fumar) dentre os pacientes que apresentaram Revascularização.

HAS	Hábito de Fumar		Total	
	Sim	Não	N	%
Sim	1	8	9	60
Não	2	4	6	40
Total	3	12	15	100

Teste de Mc Nemar
p=0,1094
Concordância = 0,3333
Discordância = 0,6666

Teste Kappa = 0,1905
z= 1,05
P= 0,1459

Proporção de Concordâncias = $\frac{1 + 4}{15} = 0,3333$ ou 33,33%

Proporção de Discordâncias = $\frac{2 + 8}{15} = 0,6666$ ou 66,66%

Proporção de sim (Hipertensos não fumantes) = $\frac{8}{15} = 0,5333$ ou 53,33%

Proporção de sim (Fumantes e não hipertensos) = $\frac{2}{15} = 0,1333$ ou 13,33%

Conclusão: A % de Hipertensos não fumantes (53,33%) não foi significativamente maior do que a de não hipertensos fumantes (13,33%).

APÊNDICE O – Concordância e discordância entre a presença de dois Fatores de risco (Hipertensão e Hábito de fumar) dentre os pacientes que apresentaram DAOP.

HAS	Hábito de Fumar		Total	
	Sim	Não	N	%
Sim	2	10	12	52,2
Não	3	8	11	47,8
Total	5	18	23*	100

* 1 paciente não referiu o dado de hábito de fumar.

Teste de Mc Nemar
 $p=0,0923$
 Concordância = 0,4348
 Discordância = 0,5652

Teste Kappa = 0,1033
 $z= 0,6160$
 $P= 0,2689$

Proporção de Concordâncias = $\frac{2 + 8}{23} = 0,4348$ ou 43,48%

Proporção de Discordâncias = $\frac{3 + 10}{23} = 0,5652$ ou 56,52%

Proporção de sim (Hipertensos não fumantes) = $\frac{10}{23} = 0,4347$ ou 43,47%

Proporção de sim (Fumantes e não hipertensos) = $\frac{3}{23} = 0,1304$ ou 13,04%

Conclusão: A % de Hipertensos não fumantes (43,47%) não foi significativamente maior do que a de não hipertensos fumantes (13,04%).

Lista de Anexos

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP - UNISA

ANEXO B - Parecer consubstanciado do CEP – SMS/SP

ANEXO C – TCLE - Protocolo: Programa 25X25 de redução de mortalidade por doenças cardiovasculares da Federação Mundial de Cardiologia no Brasil: Fatores Associados à Adesão Terapêutica Pós-Eventos Cardiovasculares.

ANEXO D – Carta ao CEP PMSP/SMS/CRS Sul.

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores associados à adesão terapêutica pós-eventos cardiovasculares.

Pesquisador: Cleo Chinaia

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58810216.8.0000.0081

Instituição Proponente: OBRAS SOCIAIS E EDUCACIONAIS DE LUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.695.910

Apresentação do Projeto:

O propósito deste projeto é identificar fatores associados à adesão terapêutica, pós-eventos cardiovasculares, relacionados à prevenção secundária. despesas com assistência ambulatorial e hospitalar. Estimativas da Organização de Saúde (OMS) de 2005 já indicavam aumento da mortalidade por DCNT no Brasil de até 22% até 2015, embora a carga dessas doenças possa ser minimizada pela redução dos seus fatores de risco, diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Medidas preventivas, incluindo farmacoterapia, são importantes não apenas para diminuir a morbimortalidade por DCV, mas também porque tem impacto na qualidade de vida. 9 Segundo diretrizes internacionais das DCVs recomenda-se tratamento medicamentoso ao longo da vida com antiagregante plaquetários (aspirina), beta bloqueadores, estatinas e inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA). No entanto, a integração de medidas preventivas na prática clínica diária ainda é deficiente, e a descontinuação das medicações prescritas é frequente após eventos agudos, bem como há grande dificuldade de implementação de mudança de estilo de vida.

Hipótese do estudo: Medidas preventivas na prática clínica diária ainda é deficiente, e a descontinuação das medicações prescritas é frequente após eventos agudos. Há grande dificuldade de implementação de mudança de estilo de vida. Este fato pode influenciar à adesão ao tratamento?

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO - UNISA



Continuação do Parecer: 1.695.910

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Identificar fatores associados à adesão terapêutica, pós-eventos cardiovasculares, relacionados à prevenção secundária.

Objetivo Secundário:

- Selecionar os indivíduos que tenham apresentado evento cardiovascular
- Conhecer os medicamentos prescritos e utilizados pelos pacientes
- Identificar os fatores associados à adesão terapêutica
- Propor estratégias de intervenções para melhorar o acesso e a adesão ao tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- O risco é mínimo para o indivíduo podendo surgir certo constrangimento no momento da entrevista (aplicação do questionário).

Benefícios:

- O benefício é indireto ao indivíduo pois só ao término do estudo poderemos identificar fatores associado à adesão ao tratamento e assim propor estratégias de atuação que melhorem a qualidade de vida do indivíduo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será estudada a população adulta > 18 anos - que apresentaram evento cardiovascular que foram encaminhados às Unidades de Saúde com Estratégia e Saúde da Família (ESF) da Supervisão Técnica de Saúde (STS) de Capela do Socorro. Será realizada busca ativa destes indivíduos que serão entrevistados em suas residências pelos agentes comunitários de saúde (ACS) previamente capacitados pelo pesquisador. Será utilizado um questionário, preenchido pelos ACS, elaborado para verificação da prevenção secundária, serão conhecidos os fatores relacionados à mesma. 1- Dados sociodemográficos; 2- Identificação do evento cardiovascular; 3- Identificação da Medicação prescrita; 4- Fatores associados: Quem prescreveu? Local onde você pega a medicação, Toma a medicação corretamente? O motivo?

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Rua Profª Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 02.450-000

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



Continuação do Parecer: 1.695.910

- A metodologia pertinente e adequado ao estudo com grande contribuição clínica.
- Questionário adequado.
- A folha de Rosto está devidamente assinada pelo pesquisador e responsável da Instituição.
- Carta de Autorização da Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRSS) assinada e adequada.
- TCLE bem descrito e adequado.
- Cronograma adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_770773.pdf	09/08/2016 14:20:56		Aceito
Folha de Rosto	FOLHACLEO.pdf	09/08/2016 14:20:03	Cleo Chinaia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECLEO.docx	05/08/2016 11:52:25	Cleo Chinaia	Aceito
Outros	CARTAPREFEITURA.pdf	05/08/2016 11:40:31	Cleo Chinaia	Aceito
Outros	QUESTCLEO.docx	05/08/2016 11:38:37	Cleo Chinaia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCLEOago16.doc	05/08/2016 11:38:02	Cleo Chinaia	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 02.450-000

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



Continuação do Parecer: 1.695.910

SAO PAULO, 25 de Agosto de 2016

Assinado por:
José Antonio Silveira Neves
(Coordenador)

Endereço: Rua Profª Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br



SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATÉGIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA 25X25 DE REDUÇÃO DE MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES DA FEDERAÇÃO MUNDIAL DE CARDIOLOGIA NO BRASIL: PROJETO PILOTO DE FACTIBILIDADE EM COORTES COMUNITÁRIAS DA CIDADE DE SÃO PAULO.

Pesquisador: Álvaro Avezum Júnior

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48520215.5.3001.0086

Instituição Proponente: Universidade de Santo Amaro - UNISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.234.987

Apresentação do Projeto:

Metodologia de pesquisa: Será estudada a população adulta - > 18 anos - cadastrada em três (3) Unidades de Saúde com Estratégia e Saúde da Família (ESF) da Supervisão Técnica de Saúde (STS) de Capela do Socorro.

A amostra considerada representativa da população acima de 18 anos, estimada para o estudo piloto com apenas 3 unidades de saúde, segundo Levine será de 2 mil pessoas, com risco de erro alfa de 0,01 ou 1% sendo, 1.101 mulheres e 899 homens. Número de participantes estimado na Folha de rosto = 1500.

Análise de resultados: análise estatística dos dados, por meio de testes paramétricos e não paramétricos de acordo com a natureza das variáveis. Será fixado em 0,05 ou 5% o nível de rejeição da hipótese de nulidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Identificar fatores associados com a execução do projeto de redução de mortalidade cardiovascular nas áreas de tabagismo, hipertensão arterial e prevenção cardiovascular secundária, com suas respectivas dificuldades para implementação.

Objetivos Específicos:

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

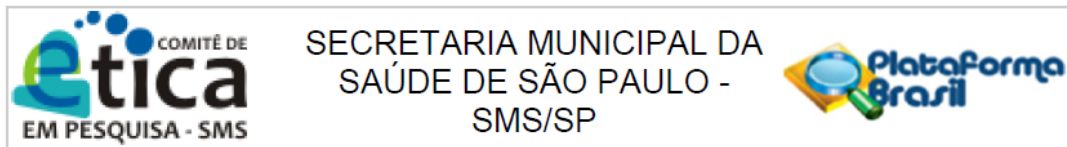
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.234.987

Em relação aos eventos cardiovasculares (prevenção secundária):

- Identificar sujeitos que tenham apresentado qualquer evento cardiovascular por intermédio do instrumento Sistema de Informação de atenção Básica (SIAB) disponível em todas as Unidades com Estratégia Saúde da Família (ESF); eventos a serem coletados: infarto do miocárdio, síndrome coronária aguda, acidente vascular encefálico/ataque isquêmico transitório, morte por causa cardiovascular, Fibrilação atrial e Insuficiência cardíaca (a serem coletadas informações via AIH), procedimentos de revascularização miocárdica (percutânea cirúrgica), doença arterial obstrutiva periférica;
- Identificar possíveis casos de óbito sem causa conhecida ou que não tenha sido determinada por certidão de óbito, que não tenham sido notificados pelo instrumento SIAB (será utilizada a autópsia verbal);
- Conhecer os medicamentos prescritos e utilizados pelos pacientes e compará-los aos preconizados pelas diretrizes vigentes, especificamente, prescrição, uso e aderência de ácido acetilsalicílico, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA), e estatinas;
- Propor estratégias de intervenções para: aumentar a prescrição para os pacientes elegíveis, melhorar o acesso e aderência a esses 04 grupos de medicamentos:

Em relação ao uso do tabaco verificar:

- Carga tabágica (número de cigarros/dia e tempo de uso);
- Medir o grau de dependência por meio do questionário GATS15
- Propor estratégias de intervenção para reduzir o consumo visando à cessação do tabagismo.

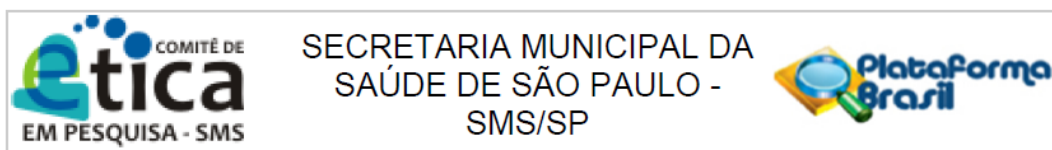
Em relação à pressão arterial:

- Identificar a prevalência na população adstrita pelo Instrumento do SIAB;
- Verificar a frequência de indivíduos que não se julgam, mas são hipertensos.
- Encaminhar para as equipes que atendem os indivíduos, os níveis pressóricos alterados para verificação final;
- Nos hipertensos diagnosticados, verificar a adesão ao tratamento (toma ou não toma a medicação prescrita e o uso correto do medicamento)
- Realizar o diagnóstico de saúde quanto à presença, o tratamento e o controle da hipertensão arterial na população estudada.
- Propor estratégias de intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A coleta de dados oferece risco mínimo sendo considerado o constrangimento ao responder as

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar	CEP: 01.223-010
Bairro: CENTRO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464	E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.234.987

perguntas e certo desconforto na aferição da pressão arterial. Caso seja encontrada alteração na pressão arterial, o respondente será encaminhado para a equipe responsável pela sua micro-área. Em caso de necessidade de atenção secundária será encaminhado para o Instituto de Cardiologia Dante Pazzanese. Benefícios: Os benefícios da pesquisa encontra-se no conhecimento da realidade local quanto aos fatores de risco ligados às doenças cardiovasculares bem como seu diagnóstico, forma de tratamento e acompanhamento. Há benefícios diretos para o participante, uma vez que será encaminhado para seguimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador classifica o estudo como observacional transversal, porém haverá realização de entrevistas e aferição da pressão arterial com posterior encaminhamento dos pacientes para seguimento se necessário. A metodologia é adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, Cronograma, fonte financiadora e orçamento detalhado estão adequados, os custos do projeto estarão a cargo do pesquisador.

Recomendações:

Rever alguns termos técnicos do TCLE, ainda que o pesquisador os explique no momento em que fizer o convite e explicar sobre a pesquisa.

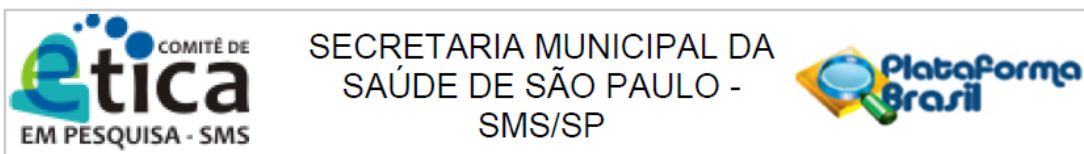
Assim, sugerimos substituir as expressões: tabagismo, dislipidemia, sedentarismo e nexos causais comprovados por termos de fácil compreensão.

Retificar no TCLE o endereço do CEP/SMS para dúvidas e denúncias éticas: Rua General Jardim, 36 – 1º andar – 33972464 - smscep@gmail.com

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar	CEP: 01.223-010
Bairro: CENTRO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464	E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.234.987

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

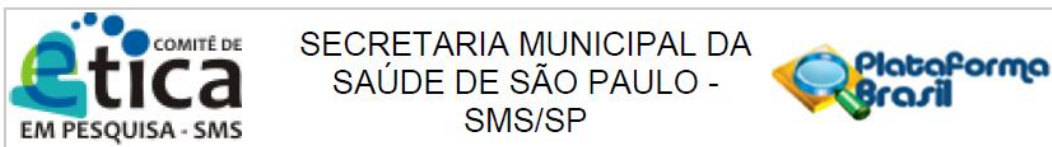
De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEDCNT.docx	21/08/2015 12:11:41	Álvaro Avezum Júnior	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPILOTOSECRETARIACAPELA.docx	21/08/2015 12:12:34	Álvaro Avezum Júnior	Aceito
Outros	CARTAPREFEITURA.pdf	21/08/2015 12:13:53	Álvaro Avezum Júnior	Aceito
Outros	QUESTIONARIO25x25.docx	21/08/2015 12:14:11	Álvaro Avezum Júnior	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	21/08/2015 12:10:18	Álvaro Avezum Júnior	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_570647.pdf	21/08/2015 12:15:01		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_570647.pdf	27/08/2015 18:44:24		Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
 Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.234.987

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 18 de Setembro de 2015

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUL

São Paulo, 05 Agosto de 2015.

Ao
Comitê de Ética de Pesquisa

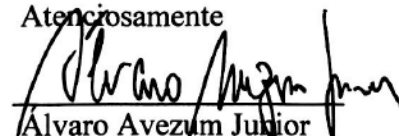
A Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRS Sul) ratifica a patente pesquisa “ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA 25X25 DE REDUÇÃO DE MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES DA FEDERAÇÃO MUNDIAL DE CARDIOLOGIA NO BRASIL: PROJETO PILOTO DE FACTIBILIDADE EM COORTES COMUNITÁRIAS DA CIDADE DE SÃO PAULO” e orienta o presente pesquisador, que tem por responsabilidade atender aos requisitos necessários para este instrumento, devendo ter continuidade, respeitando o artigo 1º da Portaria SMS-G de Nº 523 de 24 de Agosto de 2005 que diz:

“Todo projeto de pesquisa envolvendo seres humanos a se realizar no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, deve ser enviado ao CEP/SMS, devidamente instruído, de acordo com as normas vigentes e deve aguardar o parecer aprovado do CEP/SMS, para que sejam iniciados os procedimentos de pesquisa. Assim, o projeto deve ser entregue ao CEP para ser analisado.”

Fica o pesquisador responsável por encaminhar ao RH-Desenvolvimento da CRS-SUL, scanado, o parecer do CEP de SMS.

O pesquisador tem o compromisso de redigir relatório final e apresentar o resultado de sua pesquisa em Reunião do Núcleo de Educação Permanente – NEP da CRS- Sul (segundo agendamento do serviço de Desenvolvimento- Gestão de Pessoas) e, assim avaliado, em conformidade com a sua qualidade e finalidade e posteriormente indexado na Biblioteca Virtual de Saúde da Secretaria Municipal de São Paulo – BVS/SMS

Atenciosamente


Alvaro Avezum Junior
Pesquisador


Maria Laura Deorsola
Coordenadoria Regional de Saúde Sul

Anexo : TCLE

PROTOCOLO: PROGRAMA 25X25 DE REDUÇÃO DE MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES DA FEDERAÇÃO MUNDIAL DE CARDIOLOGIA NO BRASIL: Fatores associados à adesão terapêutica pós-eventos cardiovasculares.

Você está sendo convidado para participar do projeto: **Fatores associados à adesão terapêutica pós-eventos cardiovasculares** - um estudo da Universidade de Santo Amaro - UNISA, que será realizado pelo pesquisador Cleo Chinaia, pesquisador responsável pelo projeto. As medidas preventivas na prática clínica diária ainda são deficientes, e o abandono do tratamento é frequente após eventos agudos. Também, há grande dificuldade nas mudanças de estilo de vida. Por este motivo, esta pesquisa tem como objetivo identificar tais fatores associados à adesão terapêutica. Para tanto, você participará de uma entrevista, realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) da sua micro-área, com perguntas referentes à sua saúde sendo que existe a possibilidade de não responder a qualquer pergunta que não desejar. A coleta destes dados oferece risco mínimo sendo considerado o constrangimento ao responder as perguntas. O benefício previsto para o participante é indireto, mas espera-se, que ao final do estudo possamos conhecer os fatores que influenciam nos cuidados da sua saúde. É garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas ou informações sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

O pesquisador responsável é o Prof. Cleo Chinaia, que pode ser encontrado no endereço Av. Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340 – Jardim das Imbuías – São Paulo, nos telefone(s): 2141.8687. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unisa – Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340 – Jardim das Imbuías – São Paulo, no telefone: 21418687. E pelo CEP da Secretaria Municipal de

Saúde na Rua General Jardim, 36 – Vila Buarque - 2º andar – Centro – São Paulo – Tel: 3397.2464.

É garantida sua liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de qualquer benefício que você tenha obtido junto à Instituição, antes, durante ou após o período deste estudo. As informações obtidas pelos pesquisadores serão analisadas em conjunto com as de outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum deles. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dano pessoal, diretamente relacionado aos procedimentos deste estudo (nexo causal comprovado), a qualquer tempo, fica assegurado ao participante o respeito a seus direitos legais, bem como procurar obter indenizações por danos eventuais.

Uma via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.

São Paulo ,____/____/____

Se você concordar em participar desta pesquisa assine no espaço determinado abaixo.

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou do representante legal deste participante) para a participação neste estudo, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV.3 a 6.

Cleo Chinaia
(pesquisador responsável)

Data____/____/____.