

Fatores de risco para doenças cardiovasculares no policial militar

Risk factors for cardiovascular diseases among the military police

Zamir Calamita¹, Carlos Rodrigues da Silva Filho², Pedro Fernando Capputti³

RESUMO

Contexto: Este é um estudo epidemiológico descritivo-analítico, sobre a prevalência dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV) no policial militar que atua na região de Marília, cidade do interior do Estado de São Paulo.

Objetivo: Mapear e detalhar as condições de saúde do policial militar quanto aos principais fatores de risco para DCV.

Métodos: Foram analisados aproximadamente 900 policiais, por meio de dados obtidos em suas fichas de inspeção de saúde preenchidas durante o ano de 2006. **Resultados:** Foram encontradas as seguintes prevalências dos fatores analisados: 13% para o tabagismo, 39% para dislipidemias, 3% para o *diabetes mellitus*, 5,3% para a hipertensão arterial, 38% para antecedentes familiares de DCV, 18% para a obesidade e 16% para a inatividade física; a prevalência de estresse foi constatada em 48% dos policiais. Estes resultados foram comparados aos de outros estudos na população civil e militar de outros países. **Conclusões:** Apesar de ser um estudo regionalizado, observou-se que, relativamente a outros grupos populacionais, o policial militar parece apresentar a maioria dos índices de prevalências de risco para DCV melhores do que os observados por outros autores, tanto na população civil quanto militar.

Palavras-chave: Cardiologia, fatores de risco, medicina interna/epidemiologia, polícia.

Recebido: 27/9/2009 – Aceito: 21/1/2010

Estudo realizado na Disciplina de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).

¹ MD, PhD. Chefe da Disciplina de Alergia e Imunologia Clínica da FAMEMA; Oficial Médico da Polícia Militar do Estado de São Paulo

² MD, PhD. Chefe da Disciplina de Medicina Interna da FAMEMA

³ Médico docente da Medicina Interna da FAMEMA; Oficial Médico da Polícia Militar do Estado de São Paulo

Endereço para correspondência: Zamir Calamita. Avenida Vicente Ferreira, 648 – 17515-000 – Marília (SP) – Fones: (14) 3454-6548/(14) 9784-3135. E-mail: calamita@unimedmarilia.com.br

Suporte financeiro e conflito de interesse: não existiram

ABSTRACT

Background: The present study is a descriptive-analytical epidemiological investigation on the prevalence of risk factors for cardiovascular disease (CVD) among the military police that operate in the region of Marília, a city in the interior of the State of São Paulo, Brazil. **Objective:** To map out and detail the health conditions among the military police, in relation to the main risk factors for CVD. **Methodology:** Approximately 900 police officers were analyzed by means of extracting data from their health inspection files that were filled out during the year 2006. **Results:** We found the following prevalence: 13% for smoking, 39% for dyslipidemia, 3% for *diabetes mellitus*, 5.3% for arterial hypertension, 38% for family history of CVD, 18% for obesity and 16% for physical inactivity; stress was present in 48% of the police officers. These results were compared with those found in studies among the civilian population and among groups of military personnel in other countries. **Conclusions:** Although this was a regional study, we observed that, in relation to other population groups, most of the indicators for CVD risk factors presented by these military police officers seemed to be better than what was observed by other authors, both among civilian and military populations.

Keywords: Cardiology, risk factors, internal medicine/epidemiology, police.

INTRODUÇÃO

O planejamento estratégico de ações dirigidas à melhoria das condições de saúde de uma população exige, como primeira etapa, a identificação das características e necessidades peculiares àquele grupo populacional. Assim, para elaboração de propostas objetivando o ganho de qualidade de vida do policial militar, é preciso antes identificar as características dessa classe de trabalhadores em relação a seus aspectos clínicos e necessidades próprias.

As doenças cardiovasculares (DCV), representadas principalmente pela insuficiência coronariana (ICO) e o acidente vascular encefálico (AVE), estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade nos dias de hoje.

Atualmente, existem vários estudos que abordam populações com características específicas; entretanto, no Brasil, o grupo profissional de policiais militares ainda não foi estudado quanto a esse aspecto.

O objetivo deste trabalho foi o de fazer um retrato epidemiológico da prevalência dos principais fatores de risco para DCV no policial militar do Estado de São Paulo, tomando como amostragem os policiais da região de Marília, cidade de porte médio, localizada no centro-oeste paulista, e comparando-se esses resultados aos observados na população civil e de outros grupos de militares.

MÉTODOS

Para a realização deste estudo, foram utilizados os dados obtidos de fichas previamente preenchidas, du-

rante a passagem do policial militar em inspeção de saúde anual realizada em 2006, rotineiramente feita no mês de aniversário; essas fichas são compostas por duas partes, sendo a primeira preenchida pelo próprio policial antes de passar pela consulta na qual, após completar dados relativos à sua identificação, ele responde a perguntas envolvendo informações sobre seu estado de saúde, hábito do tabagismo, prática de atividade física e possível presença de antecedentes familiares para DCV; a segunda parte é preenchida pelo médico e envolve dados relativos ao exame físico e resultados de exames laboratoriais complementares (colesterol, glicemia, triglicérides etc). Uma segunda ficha relativa a questões do estresse também era fornecida ao policial para seu preenchimento, se assim o desejasse.

A avaliação abrangia os policiais militares em atividade, que, na época da passagem pela inspeção médica, não apresentavam qualquer tipo de limitação para o trabalho; eles também não apresentavam antecedentes pessoais para DCV, como, por exemplo, ICO, AVE ou doenças vasculares periféricas.

Na análise da hipertensão arterial sistêmica (HAS), foram considerados níveis pressóricos elevados aqueles a partir de 140 mmHg para pressão sistólica e ou de 90 mmHg para pressão diastólica.

Para a análise pôndero-estatural, utilizou-se a premissa de que valores de índice de massa corporal (IMC) até 24,9 estariam adequados; aqueles com IMC de 25

até 29,9 foram considerados dentro da faixa do sobrepeso, e aqueles com 30 ou mais de IMC, obesos.

A consideração sobre a presença ou não de estresse foi baseada na resposta a uma ficha específica contendo duas indagações principais: a primeira, uma pergunta direta e simples sobre o fato de o policial considerar-se ou não estressado, e a segunda consistindo de uma complementação, caso a resposta à primeira pergunta tenha sido afirmativa, procurando-se definir melhor a possível causa do estresse. Nesta, o policial poderia assinalar um dos seguintes aspectos causais como provável motivo de seu estresse:

- a) problema de ordem conjugal;
- b) problema de ordem econômico;
- c) doença familiar;
- d) problema com os filhos;
- e) insatisfação no serviço;
- f) outros problemas (não especificados), com espaço em branco para detalhamento (caso fosse de interesse do avaliado descrevê-lo).

No mesmo questionário, as seguintes informações complementares também eram solicitadas: idade, sexo, estado civil e tempo de serviço na corporação.

Essas fichas, relativas à avaliação do estresse, eram entregues aos participantes antes da inspeção médica, para preenchimento (por livre e espontânea vontade), sem a necessidade de identificação. Os próprios policiais a colocavam de volta, numa caixa reservada, antes de entrarem no consultório médico.

Quanto ao tabagismo e a prática esportiva, a avaliação foi feita por meio da contabilização das respostas, afirmativas ou não, às perguntas simples e diretas respondidas no questionário de inspeção de saúde. Sobre essas questões, não foram estudados maiores detalhes, como, por exemplo, a frequência ou o tempo do tabagismo – o mesmo acontecendo em relação à atividade física.

A presença ou não de antecedentes para DCV na família foi baseada na resposta obtida junto à ficha de inspeção de saúde preenchida pelo policial quanto à existência ou não de alguém na família (pai e/ou mãe e/ou irmãos) com história antiga ou atual de doença coronariana ou AVE.

A dislipidemia foi considerada presente quando os exames sanguíneos do policial apresentassem pelo me-

nos algumas das situações: colesterol maior ou igual a 200 mg/dL, LDL colesterol maior ou igual 130 mg/dL e triglicérides maior ou igual 150 mg/dL.

Em relação ao diagnóstico do *diabetes mellitus* (DM), foram considerados os casos já diagnosticados e que vinham fazendo tratamento rotineiramente. Casos suspeitos detectados no exame de rotina por meio de glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL só entravam nas estatísticas se fossem posteriormente confirmados, por meio dos critérios atuais recomendados pela Associação Americana de Diabetes e pela Organização Mundial de Saúde.

Apesar do cálculo do tamanho mínimo do número da amostra ter sido de 400 indivíduos (para um grau de confiança de 95%)¹ foi avaliado um total de 912 policiais, portanto, um número até bem acima do necessário.

As variáveis estudadas foram analisadas estatisticamente, sendo que, para a idade, foram apresentadas média, mediana e desvio padrão (DP); às prevalências dos fatores de risco para DCV encontradas neste estudo foram aplicados os cálculos dos respectivos intervalos de confiança para 95% (IC95%)¹.

O projeto desta pesquisa foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).

Não houve suporte financeiro nem conflitos de interesse.

RESULTADOS

Foram analisados 912 policiais com faixa etária variando entre 23 e 56 anos (média de 36,7; mediana de 36,5 e DP de 5,87), estando 36% com idade abaixo dos 35 anos e sendo mulheres 6,3% do total de policiais analisados.

Quando avaliada a prevalência da HAS, observou-se que 5,3% (IC95% = 2,4-8,2%) dos policiais eram hipertensos. Levando-se em consideração a faixa etária, no grupo de policiais com menos de 35 anos, encontrou-se HAS em 3% dos policiais, enquanto naqueles com 35 anos ou mais, a prevalência de HAS foi de 6,8%.

Quanto à análise pômbero-estatural, observou-se que 50% (IC95% = 46,8-53,2%) dos policiais estavam na faixa do sobrepeso e 18% (IC95% = 15,4-20,6%) eram obesos; portanto, 68% (IC95% = 64,8-71,2%)

dos policiais estavam com o peso acima do desejado. Quando analisado o peso em função da faixa etária, foi possível observar que 62% dos policiais com idade abaixo de 35 anos estavam com o peso acima do adequado, enquanto que, dentre aqueles com 35 anos ou mais, esta prevalência foi de 72%.

Quanto à atividade física, constatou-se que 84% (IC95% = 80,8-87,2%) dos policiais diziam fazer algum tipo de atividade física.

Em relação à presença de antecedentes familiares para DCV 38% (IC95% = 34,8-41,2%) relataram tal fator.

O tabagismo esteve presente em 13% (IC95% = 10,4-15,6%) dos policiais, sendo que naqueles com idade abaixo de 35 anos esta prevalência foi de 11% e nos com 35 anos ou mais foi de 14%.

A presença de dislipidemia foi observada em 39% (IC95% = 33,7%-44,3%) dos policiais; especificamente o colesterol foi encontrado elevado em 28% (IC95% = 23,2-32,8%) dos policiais analisados. É importante frisar que as análises laboratoriais foram realizadas em apenas uma parcela de 342 policiais, ou seja, em 37,5% da população estudada, pois alguns fatores impediram a avaliação do número total de policiais, como, por exemplo: os exames solicitados eram priorizados principalmente para aqueles policiais com 35 anos ou mais de idade ou que trouxessem nos antecedentes pessoais ou familiares algum elemento indicativo para fazer os exames; alguns policiais, para os quais foram solicitados os exames, não os trouxeram ou mesmo não os fizeram; e, ainda, casos de policiais que vinham fazendo avaliações periódicas com médicos civis particulares que não dispunham dos resultados laboratoriais.

Quando verificado o diagnóstico do DM nos policiais analisados, encontrou-se uma prevalência de 3% (IC95% = 1,2-4,8%).

Em relação ao estresse, 48% (IC95% = 44,8-51,2%) dos policiais responderam positivamente, sendo que, naqueles com idade abaixo de 35 anos, esta prevalência foi vista em 42%, e em 51% naqueles com 35 anos ou mais de idade. Quanto à possível gênese do estresse, encontraram-se as seguintes proporções: 38% relacionados a dificuldades econômicas, 28% à insatisfação no serviço, 14% a problemas conjugais, 8% à doença familiar e 14% a problemas não-especificados.

DISCUSSÃO

Comparando-se a outros estudos populacionais (Tabela 1), constatou-se que a prevalência de alguns fatores de risco no policial militar estaria abaixo do observado na população em geral; por exemplo, em relação à hipertensão arterial, cuja prevalência foi de 5,3% – abaixo da maioria dos estudos feitos no Brasil², que apontam prevalências que oscilaram entre 22 a 44% e também abaixo da observada na população americana, que, de acordo com estatísticas recentes, situa-se em 32,3%³.

Analisando-se especificamente grupos populacionais militares de outros países, observa-se que a prevalência de HAS neste estudo estaria abaixo da encontrada em pilotos da Força Aérea Húngara, que foi de 14,7%⁴, porém próxima da observada nos outros grupos de militares analisados: 7% na Guarda Nacional Venezuelana⁵, 4,8% de um grupo populacional do exército americano⁶, e 4% nos pilotos da Força Aérea Australiana⁷. É interessante dizer que os pilotos australianos são submetidos rotineiramente a um programa de promoção de saúde e, em decorrência disso, apresentam este e outros fatores de risco para DCV com valores significativamente melhores que os da população australiana em geral.

É possível supor que alguns fatores explicariam o fato da prevalência da HAS ser menor no grupo estudado em relação à população civil, como, por exemplo, a rigorosa avaliação física e a seleção à qual os candidatos à escola ou à academia de polícia são submetidos; outro fator também justificável seria a faixa etária mais jovem do grupo analisado, visto que a hipertensão, em geral, atinge grupos etários mais avançados – fato este também visto em recente estudo prospectivo na população militar realizado na Espanha⁸, no qual o autor conclui que, a partir da terceira década de vida, os fatores de risco para DCV aumentaram significativamente.

O excesso de peso (sobrepeso somado à obesidade) foi constatado em 68% dos policiais, o que está bem próximo do observado em estudos populacionais americanos (65,1%)³; porém, quando é analisada especificamente a prevalência da obesidade (encontrada em 18% dos policiais), ela estaria bem abaixo da observada na população americana, que foi de 30,4%.

Quanto aos estudos nacionais, pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2002-2003⁹

Tabela 1. Fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares encontrados no policial militar em relação a outros grupos populacionais

Fatores de risco (modificáveis)	Policial Militar de São Paulo (%)	Estudos na população brasileira em geral (%)*	População americana em geral (%)*	Outros grupos de militares estrangeiros (%)*
HAS	5,3	22-44	32,3	4-14,7
Obesidade**	18	17,2-27,2	30,4	6-40,8
Atividade física***	84	21,1-63	30,1	56-94
Tabagismo	13	19,2-37,9	20,9	Sep-36
Colesterol****	28	36,6	49,8	22-32
DM	3	7,7-15,2	6,7	1,7

HAS: Hipertensão arterial sistêmica; DM: diabetes mellitus.

* Os valores (em porcentagem) apresentados nas respectivas colunas (cujas referências estão ao final do artigo) encontram-se citados no texto; ** utilizou-se o índice de massa corporal maior ou igual a 30; *** os valores apresentados são relativos aos que praticam atividade física; **** colesterol total (maior ou igual a 200 mg/dL).

mostrou a prevalência de excesso de peso (sobrepeso com obesidade) em 40,6% da população brasileira. Estudo realizado em São Paulo observou prevalência de 47% para o sobrepeso¹⁰, portanto muito próxima da obtida na presente pesquisa (50% nos policiais estudados). Mais especificamente em relação à obesidade, é possível citar alguns estudos realizados em São Paulo, os quais observaram as seguintes prevalências: 27,8%¹¹, 22%¹². Também existem estudos para populações com características específicas, como o realizado pela Associação Paulista de Medicina, que encontrou a obesidade presente em 17,2% dos médicos¹³; ainda vale a pena citar o primeiro estudo multicêntrico realizado na América Latina, que encontrou a prevalência de 18% de obesidade no município de São Paulo¹⁴, portanto, exatamente igual à observada nesta pesquisa.

Na análise, comparando-se a outros grupos militares, a obesidade foi encontrada em 29% dos militares americanos⁶, 40,8% dos militares húngaros⁴; na guarda venezuelana, observou-se que 14% dos militares tinham sobrepeso ou obesidade⁵; nos pilotos australianos, 37% apresentaram sobrepeso ou obesidade⁷. Em estudo efetuado em um grupo de 90 oficiais militares do exército da Guatemala, observou-se que a obesidade acometia 6% dos oficiais, enquanto o sobrepeso foi encontrado em 42% destes¹⁵, sendo que, nos pilotos poloneses, a obesidade esteve presente em 6,9% e o sobrepeso em 53,1% dos militares analisados¹⁶.

Quanto à atividade física, foi observado, neste estudo, que 84% dos policiais dizem que a praticam, o que está bem acima da realidade americana (população em geral), na qual se observou que ela está presente em apenas 30,1% da população³. Comparando a dados nacionais, também se constata que o policial pratica mais atividade física que o constatado (30,7%)¹⁴ na

população em geral. É possível fazer essa comparação a alguns grupos populacionais com características específicas, como os estudantes universitários (população predominantemente jovem), para os quais a taxa de prática de atividade física foi de 21,1%¹⁷, e médicos, dos quais 63% praticam atividade física¹³.

Fazendo-se a observação em relação aos militares de outros países, observa-se que 56% dos militares venezuelanos realizam atividade física regular⁵, o que ocorreu em 76% dos pilotos militares húngaros⁴ e em 94% dos oficiais do exército da Guatemala¹⁵.

Em relação aos antecedentes familiares para DCV, estes foram encontrados em 38% dos policiais. Comparando-se a outros grupos militares, encontra-se, por exemplo, a presença de história para antecedentes familiares em 25% dos pilotos militares da Hungria⁴ e em 40% dos militares venezuelanos⁵.

Na análise do tabagismo, foi observado que 13% dos policiais fumam, o que está bem abaixo da média em geral, tanto para os americanos, para quem esta prevalência é de 20,9%³, quanto para as estatísticas nacionais: 22%¹⁰, 19,2%¹¹, 37,9%¹⁴.

Quando a análise é feita em relação a militares de outras nacionalidades, observa-se que o tabagismo está presente em 31,7% dos pilotos húngaros⁴, em 32% da Guarda Nacional Venezuelana⁵, em 36% de uma amostra populacional do exército americano⁶, em 36% dos oficiais militares do exército da Guatemala¹⁵, em 24,8% dos pilotos militares na Polônia¹⁶ e em 9% dos pilotos australianos⁷, os quais, como já mencionado, são rotineiramente submetidos a um programa de promoção à saúde.

Quanto à prevalência da dislipidemia, avaliada pela detecção de níveis altos de triglicérides e ou colesterol sanguíneos (colesterol total ou LDL colesterol), obser-

vou-se que o valor encontrado na população policial de 39% está abaixo das médias nacionais observadas por outros autores: 50%¹¹ e 56%¹⁰. Especificamente para o colesterol total, foi obtida a prevalência de 28%, abaixo da observada em um estudo brasileiro, que foi de 36,6%¹⁸, e também abaixo da prevalência de 49,8%, observada na população americana³.

A prevalência do colesterol elevado em outros grupos militares foi de 22% para militares venezuelanos⁵, 28% para militares da Guatemala¹⁵, e 32% de um grupo de militares americanos⁶.

O DM esteve presente em 3% dos policiais militares analisados, ocorrência bem abaixo das observadas por outros autores na população em geral: 15,2%¹¹ e 7,7%¹³.

De acordo com Souza *et al.*¹⁹, estudo feito no Brasil pelo Ministério da Saúde em nove capitais em 1989 indicou que 7,6% dos indivíduos entre 30 e 69 anos eram diabéticos; na população norte-americana, esta prevalência foi de 6,7%³ enquanto nos militares americanos foi de 1,7%²⁰; portanto, abaixo da observada em neste estudo.

Apesar de diversos estudos demonstrarem que o estresse psicológico poderia afetar o coração e que fatores psicossociais, como rancor, ansiedade, depressão e hostilidade, poderiam estar relacionados à maior ocorrência de DCV²¹, atualmente não existem dados fidedignos que possam comprovar se as intervenções nesse sentido poderiam reduzir a ocorrência de DCV. A despeito das possíveis controvérsias existentes sobre o assunto, é interessante abordar esse aspecto, visto o rígido sistema hierárquico disciplinar, além da própria característica da atividade policial, a qual, muitas vezes, envolve situações conflitantes e estressantes.

Embora esta pesquisa tenha constatado que 48% dos policiais militares se consideravam estressados, seria necessário verificar mais detalhadamente essa informação, tendo em vista a forma elementar e extremamente simplificada com que tal avaliação foi feita, tendo como base apenas a frequência das respostas afirmativas à pergunta existente no questionário sobre a possibilidade do militar ser ou não estressado, com muito pouco refinamento ou especificação a respeito do assunto.

Um estudo canadense²² revisando a literatura, a respeito de aspectos emocionais nos militares, observou

a existência de características próprias da população militar, que poderiam ter implicações nas DCV, como alto grau de negação para doenças, grande sobrecarga social, um rígido padrão ético de trabalho e as peculiares situações estressantes de seu trabalho. O autor conclui que muito pouco se conhece a respeito das questões emocionais na população militar, diferentemente do que acontece na população civil, e propõe que mais estudos sejam realizados abordando esse tema; portanto, acredita-se na importância de estudos mais pormenorizados a respeito do assunto nas instituições policiais militares no Brasil.

CONCLUSÕES

Observa-se que, na população militar estudada, os fatores de risco para DCV apresentaram resultados variados, sendo alguns desejáveis, como a menor prevalência dos seguintes fatores de risco: HAS, obesidade, tabagismo e hiperlipidemia, assim como a alta prevalência da prática esportiva (fator protetor). No entanto, é importante dizer que este último dado poderia estar superestimado, pois, de maneira contraditória, encontrou-se um elevado índice de sobrepeso entre os militares, o que mereceria um melhor detalhamento e análise da prática esportiva em futuros estudos.

Outro fato que chamou a atenção foi em relação ao estresse, que esteve presente em aproximadamente metade do grupo de policiais estudados; porém considerou-se que esse aspecto é merecedor de pesquisas aprofundadas a respeito do assunto antes de qualquer conclusão. Também é necessário ressaltar que, apesar deste trabalho ter sido regionalizado (um possível viés) e, portanto, passível de crítica, ele teria o mérito de futuramente ajudar a compor melhor o panorama geral da instituição, assim que novos estudos abrangendo outras regiões do Estado de São Paulo e mesmo outras polícias do Brasil forem realizados, pois só assim será possível propor medidas objetivando a prevenção das DCV, talvez mais adequadas, a esse grupo de trabalhadores.

REFERÊNCIAS

1. Callegari-Jacques SM. Bioestatística: princípios e aplicações. 1. ed. São Paulo: Artmed; 2003.
2. Mion Jr D, Machado CA, Gomes MAM, Nobre F, Kohlmann Jr O, Amodeo C, et al. IV Diretrizes Brasileiras de hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2004;82(Supl. IV):1-14, 2004.
3. American Heart Association; American Stroke Association [internet]. Heart diseases and stroke statistics: 2006 [cited Dez. 29 2006]. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/short/113/6/e85>.

4. Grósz A, Tóth E, Póter I. A 10-year follow-up of ischemic heart disease risk factors in military pilots. *Mil Med.* 2007;172(2):214-9.
5. Obregón O, Vecchionacce H, Brito S, Lavermicocca D. Perfil lipídico Del comando regional 7 de la Guardia Nacional. *Salus Militiae.* 1993;18(1/2):22-8.
6. Patton JF, Vogel JA. Prevalence of coronary heart disease risk factors in a young military population. *Aviat Space Environ Med.* 1980;51(5):510-4.
7. Peel GR, Booth ML. Impact Evaluation of Royal Australian Air Force Health Promotion Program. *Aviat Space Environ Med.* 2001;72(1):44-51.
8. Laclaustra-Gimeno M, González-García MP, Casasnovas-Lenguas JA, Luengo-Fernandez E, León-Latre M, Portero-Pérez P, et al. Evolución de los factores de riesgo cardiovascular en jóvenes varones tras 15 años de seguimiento em el estudio Academia General Militar de Zaragoza (AGEMZA). *Rev Esp Cardiol.* 2006;59(7):671-8.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [internet]. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003. Análise da disponibilidade familiar de alimentos e estado nutricional no Brasil [citado Out. 19 2007]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002analise/defaulttab.shtm>.
10. Viebg RF, Valero MP, Araujo 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.
11. Benseñor IJM, Lotufo PA. Avaliação de atividade de busca de alto risco para doença cardiovascular: uma experiência na semana do coração – 1993. *Arq Bras Cardiol.* 1996;66(3):39-142.
12. Cervato AM, Mazzilli RN, Martins IS, Marucci MF. Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Rev Saude Publica.* 1997;31(3):227-35.
13. Dioguardi GS, Pimenta J, Knoplich J, Ghorayeb N, Ramos LR, Giannini SD. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em médicos do projeto VIDAM da Associação Paulista de Medicina. *Arq Bras Cardiol.* 1994;62(6):383-8.
14. Rego RA, Berardo FAN, Rodrigues SSR. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil): metodologia e resultados preliminares. *Rev Saude Publica* 1990;24(4):277-85.
15. Alfaro-Villatoro NC. Factores de riesgo que condicionan las enfermedades cardiovasculares y una propuesta de intervención. Guatemala, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá / INCAP, série: “Investigaciones aplicadas em alimentation, nutrition y atención primaria de la salud, 5” s/n, 59 p, oct., 1996.
16. Mazurek K, Wielgosz A, Efenberg B, Orzel A. Cardiovascular risk factors in supersonic pilots in Poland. *Aviat Space Environ Med.* 2000;71(12):1202-5.
17. Rabelo LM, Viana RM, Schimith MA, Patin RV, Valverde MA, Denadai RC, et al. Fatores de risco para doença aterosclerótica em estudantes de uma universidade privada em São Paulo – Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 1999;72(5):569-74.
18. Bertolami MC, Faludi AA, Latorre MR, Zaidan FT. Lipid profile of metallurgic industry employees and its relationship with other risk factors. *Arq Bras Cardiol.* 1993;60(5):293-9.
19. Souza JRM, Coelho FOR, Coelho OR. Fatores de risco cardiovascular. *Rev Bras Med.* 2006;63:29-37.
20. Taylor AJ, Feuerstein I, Wong H. Do conventional risk factors predict subclinical coronary artery disease? Results from the prospective army coronary calcium project. *Am Heart J.* 2001;141(3):463-8.
21. Azevedo AC. O estresse psicológico e o coração. *Arq Bras Cardiol.* 1993;60(4):211-4.
22. Grenier JL, Swenson JR, Fitzgibbon GM, Leach AJ. Psychosocial aspects of coronary artery disease related to military patients. *Can J Psychiatry.* 1997;42(2):176-84.