

**III MESTRADO DE SAÚDE PÚBLICA DA  
UNIVERSIDADE DO PORTO**

**TESE**

**INFLUÊNCIA DOS HÁBITOS ALIMENTARES NO RISCO  
DE PRIMEIRO ENFARTE DO MIOCÁRDIO NAS  
MULHERES**

**DISSERTAÇÃO DE CANDIDATURA AO GRAU DE MESTRE  
DE  
MARIA ALBERTINA MERINO DA VEIGA FERRAZ CORREIA**

**UNIVERSIDADE DO PORTO 2000**

**ORIENTADOR : PROF. DOUTOR, HENRIQUE DE BARROS**

**CO- ORIENTADOR : DR. EMÍLIO PERES**

ÍNDICE

	PAG.
<b>ÍNDICE DE QUADROS .....</b>	<b>5</b>
<b>1. ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO NAS MULHERES .....</b>	<b>7</b>
1.1. Grandeza do problema e fundamentos gerais desta investigação .....	7
1.2. Objectivos. ....	9
<b>2. DESENVOLVIMENTO E ANÁLISE METODOLÓGICA DO QUESTIONÁRIO.....</b>	<b>10</b>
2.1. Desenho e preparação da colheita de dados.....	10
2.2. Avaliação metodológica.....	14
2.2.1. Participantes e métodos.....	14
2.2.2. Resultados .....	16
2.2.3. Discussão e conclusões .....	16
<b>3. IMPLICAÇÕES DAS MUDANÇAS ALIMENTARES NA SAÚDE .....</b>	<b>18</b>
3.1. Introdução .....	18
3.2. As fomes .....	21
3.3. Comida é vida.....	22
3.4. Os produtos alimentares de hoje.....	24
3.5. Alimentação moderna e alimentação saudável .....	25
<b>4. ALGUMAS INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA CORONÁRIA .....</b>	<b>29</b>
4.1. Um pouco de história.....	29
4.2. Importância da prevenção .....	30
4.3. Algumas medidas acerca de mudança de estilo de alimentação.....	32

<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>34</b>
5.1. Influência dos hábitos alimentares no risco de primeiro enfarte agudo do miocárdio em mulheres .....	41
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>50</b>
<b>7. CONCLUSÕES .....</b>	<b>54</b>
<b>8. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>55</b>

ANEXO 1 – Questionário

ANEXO 2 - Declaração de consentimento

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Média das idades das mulheres nos casos encontrados.....	34
Quadro 2 – Escolaridade em anos.....	34
Quadro 3 – Numero de diabéticas no total de casos e controlos .....	35
Quadro 4 – numero de mulheres na menopausa em casos e controlos .....	35
Quadro 5 – Numero de mulheres que praticam desporto .....	36
Quadro 6 – numero de mulheres fumadoras.....	36
Quadro 7 – numero de mulheres que bebem bebidas alcoólicas.....	37
Quadro 8 – Mulheres que habitualmente tomam café.....	37
Quadro 9 – Mulheres que habitualmente tomam chá.....	38
Quadro 10 – Rendimento médio por mês.....	38
Quadro 11 – Avaliação antropométrica.....	39
Quadro 12 – Avaliação antropométrica através de um teste não paramétrico .....	39
Quadro 13– Avaliação antropométrica através de um teste não paramétrico .....	39
Quadro 14 – Classificação do índice de massa corporal.....	40
Quadro 15 - IMC dos casos e controlos.....	40
Quadro 16 - Dados analíticos através de um teste não paramétrico .....	40
Quadro 17 - Frequência do uso de cozidos .....	41
Quadro 18 - Frequência do uso de assados .....	41
Quadro 19 - Frequência do uso de fritos.....	42
Quadro 20 - Frequência do uso de grelhados .....	42
Quadro 21 - Frequência do uso de estufados .....	42
Quadro 22 – Como come o peixe na maioria das vezes.....	43
Quadro 23 – Como come a carne na maioria das vezes.....	43
Quadro 24 – O que faz com a gordura visível da carne .....	43
Quadro 25 – O que faz com a pele do frango .....	44
Quadro 26 – Acrescenta sal à mesa.....	44
Quadro 27- Questionário de frequência de consumos de alimentos .....	46

Quadro 28 - Questionário de frequência de consumos de alimentos através de um teste não paramétrico .....	47
Quadro 29 - Questionário de frequência de consumos de alimentos através de um teste não paramétrico .....	47
Quadro 30 - Questionário de frequência de consumos de alimentos através de um teste não paramétrico .....	47
Quadro 31 - Questionário de frequência de consumos de alimentos através de um teste não paramétrico .....	47
Quadro 32 - Questionário de frequência de consumos de alimentos através de um teste não paramétrico .....	47
Quadro 33 - Questionário de frequência de consumos de alimentos através de um teste não paramétrico .....	47
Quadro 34 - Questionário de frequência de consumos de alimentos através de um teste não paramétrico .....	48
Quadro 35 - Questionário de frequência de consumos de alimentos através da análise univariada .....	49

## 1. ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO NAS MULHERES

### 1.1 – Grandeza do problema e fundamentos gerais desta investigação

A alimentação é um acto tão quotidiano que frequentemente o esquecemos ou não encontramos razão para reflectir sobre ele. No entanto, é o acto mais importante e imprescindível ao corpo humano que, como qualquer máquina, carece de alimentação.

Esta atitude, tão quotidiana e tão imprescindível, tem assumido ao longo da História perspectivas diversas e interessantes, porque embora sendo uma máquina, o corpo humano tem vontade própria. Alimentar-se é, pois, para além de um acto necessário à sobrevivência, uma atitude voluntária, ou aparentemente automática, mas sempre cultural, que pode tornar-se prazer e que deve proporcionar desejo.

Ingerir alimentos sólidos ou líquidos não é mera questão de sustentar uma máquina que deles necessita para funcionar. É, a diversos níveis e em diversas situações, uma forma de convívio, de estar em sociedade. Assim como ingerir este ou aquele alimento distingue socialmente um indivíduo e pode mesmo caracterizá-lo, as grandes decisões históricas ou as pequenas histórias da vida dos homens giraram e giram em volta de uma refeição.

Alimentar-se, ou seja comer e beber, associa-se igualmente ao triunfo da vida sobre a morte e não podemos esquecer todo o ritual que envolve uma simples refeição. Nos rituais religiosos vamos encontrar invariavelmente a ingestão de alimentos sólidos e líquidos como manifestação de vitória, de apologia da vida, de alegria de viver e ainda como forma de sacrifício. De uma mera questão de sobrevivência que o foi em tempos quando o Homem teve de aprender a fabricar instrumentos, a dominar o fogo, a caçar e a produzir, até ao requinte da mesa de reis e de aristocratas, e da burguesia do sec.XIX, encontramos as manifestações mais complexas e as mais simples (Comida e Civilização).

Alimentar-se é uma questão social, como o é económica, política, ideológica, e cultural; enfim, é o espelho de nós próprios, do que queremos e ou podemos projectar no meio social envolvente.

Por outro lado, sabemos que é condição essencial de todo o ser vivo nutrir-se, ou seja, a nutrição é a primeira condição de vida. Portanto, não é difícil admitir que o desenvolvimento do homem está directamente relacionado com a sua nutrição, a qual consiste, fundamentalmente, na assimilação e aproveitamento dos nutrientes após a ingestão alimentar.

Em Portugal, neste final de século, identificam-se vários comportamentos alimentares conforme a situação económica, social e cultural, e conforme região, horários de trabalho e organização da vida familiar.

### O PORQUÊ DO TEMA?

A cardiopatia isquémica continua a ser a principal causa de morbidade e mortalidade na grande maioria dos países europeus, embora não o seja em Portugal.

A partir desta realidade, houve que procurar e conhecer as causas desta doença de modo a poder actuar sobre os factores de risco possíveis de modificação, tais como estilos de vida que possam favorecer o desenvolvimento da aterosclerose.

Há áreas que receberam particular atenção tais como tabaco, hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia. Para além destas, outras foram identificadas, relacionadas umas com estilos de vida e outras com alterações bioquímicas e fisiológicas.

Por outro lado, sedentarismo, consumo abusivo de álcool e obesidade são factores que, associados aos primeiros, fazem aumentar muito o risco.

Por todas estas razões, podemos hoje afirmar que, no estado actual da evolução científica, a intervenção sobre os factores de risco poderá levar a:

- Diminuir a necessidade de intervenções terapêuticas como angioplastia;
- reduzir a incidência de enfarte de miocárdio;
- prolongar a vida;
- melhorar a qualidade de vida.

### *E por que escolher para este estudo só mulheres?*

Porque há vários estudos que têm revelado que a mulher, apesar da menor incidência com que suporta a doença, apresenta taxas de mortalidade mais elevadas do que o homem após um primeiro enfarte agudo do miocárdio. As razões para este pior

prognóstico permanecem pouco claras e alguns propuseram o sexo feminino como factor de risco independente e relacionado com as diferenças biológicas inerentes ao sexo.

### 1.2 – objectivos

Pretende-se com este estudo:

1. Conhecer uma eventual comunidade de riscos entre a frequência e distribuição de factores clássicos de risco para o 1º enfarte agudo do miocárdio em mulheres, que justifique o paralelismo encontrado na sua caracterização.

2. Avaliar o efeito da alimentação – hábitos alimentares , ingestão de alimentos e de nutrientes – no risco do primeiro enfarte agudo do miocárdio em mulheres.

## 2 . DESENVOLVIMENTO E ANÁLISE METODOLÓGICA DO QUESTIONÁRIO

### 2.1. Desenho e preparação da colheita de dados

Para a recolha de informação, um questionário estruturado, para aplicação indirecta, cedido e validado pelo **Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto**; adaptado ao Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (Anexo I), onde se incluíram as seguintes questões:

- *Dados pessoais* referentes a aspectos de ordem demográfica e social (estado civil, educação, actividade profissional, etc.);
- *Diabetes*;
- *História obstétrica*;
- *Actividade física actual*, fazendo a exploração e revisão das actividades profissionais, domésticas e de lazer, especificando o tipo de exercício envolvido e o tempo dispendido em cada actividade, quantificando em minutos por dia;
- *Hábitos tabágicos*;
- *Consumo de bebidas alcoólicas*;
- *Aspectos psicossociais*, foi feito o “Mini-mental” teste para as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, com rápida avaliação das alterações cognitivas. Para uma pontuação inferior a 24 a mulher é considerada incapaz de responder com acuidade às restantes questões, sendo excluída do estudo;
- *Avaliação antropométrica*, foram medidos o peso e a altura (calculado o índice de massa corporal); as pregas cutâneas tricipital, bicipital, subescapular, suprailíaca, abdominal e ainda os perímetros do braço, da cinta e da anca. As pregas subcutâneas, que permitem estimar a deposição de gordura subcutânea e calcular a partir daí a gordura corporal total, medindo com lipocalibrador de precisão.
- *Avaliação de peso e altura*
  - a) Determinação de peso com as mulheres vestindo apenas roupa interior (ou o mínimo possível), descalças, numa balança com escala padrão, permanecendo sobre o centro da plataforma da balança e distribuindo assim o seu peso igualmente pelos dois pés.

b) Determinação da estatura com as mulheres em pé, descalças, com os calcanhares unidos e apoiados à parede posterior do estadiômetro, assim como as nádegas, espáduas e cabeça. Sendo a cabeça posicionada no plano horizontal de Frankfurt. Usa-se um estadiômetro com bloco cursor amovível, sendo a sua leitura referida ao milímetro mais próximo.

- *Avaliação dos perímetros*

a) O perímetro do braço (PB), é avaliado no braço não dominante com uma fita métrica com largura inferior a 10 mm, mole e inextensível, colocada no ponto médio entre a extremidade do acrômio e o olecrâneo, com o braço relaxado e estendido ao longo do corpo e sem pressionar os tecidos refere-se o seu perímetro ao milímetro e a partir deste calcula-se o perímetro muscular do braço (PMB).

b) Mede-se o perímetro da cinta (PC) ao nível da linha média axilar entre a última costela e a crista ilíaca; mede-se o da anca (PA) pela circunferência máxima das nádegas (PA).

- *Avaliação das pregas cutâneas*

As medidas das pregas cutâneas determinam-se com um lipocalibrador “ Harpender ” no lado não dominante do corpo, com as seguintes regras para cada tipo de prega.

a) *Prega cutânea tricipital (PCT)*, é medida no ponto médio da parte posterior do antebraço, entre as extremidades do olecrâneo e do acrômio, com o braço flectido a 90°, aplicando o lipocalibrador no sentido vertical e com o braço distendido ao longo do corpo.

b) *Prega cutânea bicipital (PCB)* e medida na parte anterior do antebraço, directamente acima do centro da fossa cubital, ao mesmo nível que a prega tricipital, com o braço distendido ao longo do corpo e a palma da mão virada para fora.

c) *Prega cutânea sub-escapular* (PCSE) é medida imediatamente abaixo do bordo inferior da omoplata e a prega deve formar um ângulo de 45° com a vertical ao longo das linhas de clivagem da pele, com o braço distendido ao longo do corpo.

d) *Prega cutânea supra-iliaca* (PCSI) é medida na posição vertical ao nível da linha axilar média e no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca com o braço relaxado.

e) *Prega cutânea abdominal* (PCA) é medida horizontalmente a 5 cm à esquerda do umbigo. A prega cutânea é “pinçada” entre os dedos polegar e indicador e destacada do corpo, sendo aplicado sobre cada uma das faces cada um dos ramos do compasso que exerce uma pressão constante; a espessura da prega é referida em milímetros no mostrador do compasso logo que o respectivo ponteiro estabilize. São encontrados três valores seguidos de cada prega cutânea; no final, aceita-se a média como medida.

- **Dados analíticos:** hemograma (hemoglobina, volume globular, leucócitos) glicose, ácido úrico, creatinina, em amostra de sangue obtida na admissão do doente à unidade coronária. Também o perfil lipídico sérico (colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos), não foi possível determinar Apo A1 e Apo B ;

- **Frequência de consumos alimentares.** Recolha de dados referentes a alguns hábitos e comportamentos alimentares tais como , alguns procedimentos culinários, com indicação da frequência de consumo de fritos, reutilização de gorduras, remoção de gorduras visíveis da carne, tipo de gorduras usadas em diferentes preparações culinárias, remoção de gorduras de carnes, peixes, aves e uso de temperos .

- **O questionário de frequência de consumos de alimentos** pretende avaliar quantitativa e qualitativamente a ingestão alimentar total através de um inquérito semi-quantitativo da frequência de alimentos, referido ao ano anterior à entrevista. Para realizar o inquérito utilizou-se uma lista de alimentos, ou de grupos de alimentos , com oitenta e dois itens; um registo de frequências a variar entre “ nunca ou menos de uma vez por mês” a “ seis ou mais vezes por dia ”; e um conjunto de modelos ilustrados com fotografias coloridas para ajudar visualmente a inquirida a nível de quantidades.

O inquérito e a estruturação da base de dados para cálculo de nutrientes foram inspirados no modelo de Willet e col já largamente testado. Este modelo nascido em Harvard foi avaliado e resultou de trabalho de colaboração com o Departamento de Saúde Pública da Universidade de Alicante, foi posteriormente adaptado à realidade portuguesa.

Para a realização o questionário de frequência de consumos de alimentos, foram considerados os seguintes aspectos:

1 - Referir alimentos de acordo com o seu interesse nutricional e reuni-los em grupos. Assim: leite e derivados; ovo, carnes e peixes; óleos e gorduras para temperar e cozinhar; pão, cereais e similares; doces e pasteis; hortaliças e legumes; frutos e bebidas calóricas; bebidas e temperos não calóricos. Os alimentos crus, utilizam-se as percentagens edíveis expressas na Tabela da Composição dos Alimentos Portugueses ( Ferreira,1985) , os alimentos cozinhados, que não constam desta tabela, usam-se as percentagens edíveis descritas na Tabela da Composição dos Alimentos Ingleses (Holland,1991).

2 - A avaliação das frequências absolutas de ingestão diária, semanal ou mensal para cada item, não se considerando na análise os consumidos menos de uma vez por mês. Recolher a informação sobre tipo de confecção culinária mais frequentemente utilizada para cada item.

3 - Recorrer para os alimentos sazonais como frutos e vegetais, recorreu-se ao Serviço Informativo dos Mercados Agrícolas para nos referir o número de meses por ano em que existem alguns produtos horto-frutícolas no mercado. Para outros alimentos, como alheiras, gelados ou para outros frutos e vegetais que a inquirida consumisse fora do período assumido como sazonal, obteve-se informação sobre a duração do período e a frequência da ingestão do alimento durante e fora da estação, a usar no cálculo da quantidade ingerida diariamente.

As informações recolhidas foram digitadas no programa EPI INFO.

## 2.2. AVALIAÇÃO METODOLÓGICA.

### 2.2.1. Participantes e métodos

Participantes :

#### Casos

- A população feminina internada no Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Gaia com o diagnóstico de primeiro enfarte agudo do miocárdio a partir do mês de Outubro de 98 até Outubro de 99.

#### Inclusão

- Todas as mulheres admitidas com 1º Enfarte Agudo do Miocárdio na Unidade de Cardiologia do C.H. Gaia, residentes na área.
- Sobreviverem para além dos primeiros quatro dias.
- Não terem alterado os seus hábitos alimentares há menos de um ano.
- Nas mulheres com idade superior a 65 anos, obterem uma classificação no “mini-mental teste” menor ou igual a 24.
- Toda a informação é recolhida após permissão de um médico do Serviço e quando a evolução da doença o permite. As doentes que satisfazem os critérios de inclusão no estudo e são contactadas, uma a uma, para conhecer a sua disponibilidade e após obter consentimento para participar neste estudo; a entrevista é efectuada quatro dias após o internamento no Serviço de Cardiologia, sempre que a evolução o permite.

#### Exclusão

- Todas as mulheres que não estejam em condições de responder.
- As que não sejam de nacionalidade portuguesa .
- Todas aquelas que tenham história cardíaca pretérita, ou as que alteraram os hábitos alimentares no último ano.
- Mulheres falecidas nos primeiros quatro dias.

- Mulheres não residentes na área.

### **Controlos**

- População feminina a residir na freguesia de Paranhos, Porto
- Sem história clínica de enfarte agudo do miocárdio
- Sem alteração dos seus hábitos alimentares no último ano.

Após identificação e explicação breve do estudo, por via telefónica, foi de imediato convidado para participar no estudo; as pessoas ausentes foram contactadas posteriormente, também por telefone. Depois de confirmada a aceitação de participar no estudo, é marcado o dia da entrevista para realizar o inquérito e proceder à avaliação antropométrica, no hospital ou no domicílio, de acordo com as disponibilidades das participantes. A todas estas foi posteriormente enviada uma carta com a explicação sumária do estudo, confirmação da data da entrevista e convocatória para as que se deslocassem ao hospital. Foram realizadas análises e electrocardiograma às mulheres que os não tinham feito há menos de um ano, às que aceitaram deslocar-se ao hospital.

Tamanho amostral : 35 casos de primeiro enfarte agudo do miocárdio e 70 controlos comunitários, para pôr à prova as hipóteses do estudo caso-controlo, com um poder estatístico suficiente ( $1-\beta = 0.80$ ) e admitindo um erro de  $\alpha$  de 5%. O número de controlos comunitários é considerado o suficiente para uma análise específica de prevalência de factores de risco e sua associação, admitindo para cada um deles uma proporção igual ou superior a 5% de indivíduos expostos.

Métodos Inquérito de administração directa para recolha de dados sócio-económicos, demográficos, hábitos comportamentais (bebidas e tabaco), recolha de dados antropométricos (peso, estatura, pregas cutâneas) e inquérito semi-quantitativo de frequência alimentar, (fornecido pelo Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto) e devidamente testado. Análise estatística foi efectuada recorrendo ao programa Epi Info, Food processor plus e SPSS 9 para Windows

Após avaliação das características de distribuição amostral, as variáveis quantitativas foram comparadas através do teste não paramétrico de Mann-Whitney.

As distribuições de frequência foram estudadas recorrendo ao teste de  $\chi^2$ , com correcção de Yates ou ao teste exacto de Fisher de acordo com os critérios estabelecidos por Cochran (Ramalheira,1995).

Para estimar o grau de associação entre variáveis, será calculado o Odds Ratio (OR) e o respectivo intervalo de confiança (IC) a 95%. O intervalo de confiança foi calculado de acordo com o método logit em que se utiliza uma aproximação à distribuição normal do logaritmo do OR em que o erro padrão é  $SE(\log_e OR) = \sqrt{1/a+1/b+1/c+1/d}$  a um intervalo de confiança de 100(1-5)% do OR em que o limite inferior é igual a  $\log_e OR - [z_{1-\alpha/2} * SE(\log_e OR)]$  e o limite superior é  $\log_e OR + [z_{1-\alpha/2} * SE(\log_e OR)]$ , e  $z_{1-\alpha/2}$  é o valor da distribuição Normal para o percentil 95. O intervalo de confiança para o OR na população é assim obtido ao exponenciar os limites.

### 2.2.2. Resultados,

Completaram o questionário 35 mulheres com 1º enfarte agudo do miocárdio internadas no Serviço de Cardiologia do C.H.Gaia.

### 2.2.3. Discussão e conclusões,

Segundo resultados de estudos realizados noutros países, para a maior parte dos alimentos, a variação intra-individual nos tamanhos das porções consumidas é elevada, dificultando a declaração precisa das quantidades ingeridas. Provavelmente, será menor a variação inter-individual nas várias porções utilizadas, pelo que o recurso a uma porção média pré-estabelecida poderá não afectar a validade das estimativas, que serão semelhantes sejam ou não utilizadas ajudas visuais. (Hunter,1988)

Hernandez e Col. (Hernandez-Ávila,1988) estudaram a influência da informação adicional obtida com o uso de modelos de alimentos na validade de um questionário semi-quantitativo da frequência do consumo de alimentos. O valor médio das correlações

entre diários alimentares e questionários de frequência de alimentos passou de 0.53, sem os modelos, para 0.54, quando se usaram modelos de alimentos. Encontraram-se resultados semelhantes num estudo dinamarquês (Tjonneland,1992), em que também se correlacionaram consumos de nutrientes provenientes de um questionário de frequência de alimentos (sem ou com uso de ajudas visuais para a estimativa individual da porção) e de diários com pesagem de alimentos.

O contributo da avaliação do tamanho das porções de alimentos consumidos necessita de ser melhor clarificado, particularmente no que respeita ao seu efeito em populações com diferentes estatutos sociais e culturais. No seu conjunto, as informações actualmente disponíveis sugerem que o seu papel varia conforme a população estudada. Para Willet (Willet,1990), a importância relativa das porções de alimentos é, em parte, resultante da cultura de cada população : por exemplo, se, todos os indivíduos consomem carne apenas uma vez por semana, mas a quantidade consumida varia substancialmente, o uso de porções de alimentos poderá ser extramamente informativo.

Não é seguro que estes resultados sejam generalizáveis a grupos com outras características demográficas ou económicas com os potenciais participantes em investigações entre consumos alimentares e doenças crónicas. Na ausência dessa informação, será indicado uma aproximação na qual as ajudas visuais sejam usadas.

### 3. IMPLICAÇÕES DAS MUDANÇAS ALIMENTARES NA SAÚDE

#### 3.1. Introdução

Ao longo de milênios, os humanos estruturaram uma prática alimentar coerente e eficaz para dela retirarem energia ajustada às necessidades, substâncias nutrientes indispensáveis à saúde, e prazer.

O genoma humano, está razoavelmente fixado desde há dois milhões de anos. Ou seja a partir da emergência do Homo habilis; desde então dispomos de um enredo fixo de mecanismos reguladores e de sucessos funcionais que, para pleno êxito, subentendem um específico ambiente alimentar propício.

Compreendemos que esta “recente” sabedoria do corpo do Homo já seja o resultado da feliz sintonia, primeiro, de hominoídes e, mais tarde, de hominídeos, com o ambiente sucessivamente oferecido a esses pré-humanos nossos ancestrais, desde o Mioceno primitivo. Com certeza, não resulta da oposição ao meio; ela teria inviabilizado a evolução em qualquer momento de crise.

E, com o passar das “eras” aparece o conhecimento sobre o bem e o mal alimentar. Os humanos ganham sabedoria “humana” para melhor satisfazer as necessidades do corpo, ou seja, sintonizam-na com a sabedoria do corpo.

A primeira grande revolução alimentar decorre do tratamento dos alimentos através do fogo. Nasce perspectivas novas – a digestão feita na boca passa para a panela, o que é de grande importância para a função e volume estrutural dos órgãos mastigadores (dentes, língua, músculos faciais e ossos de suporte) e para o papel digestivo e para o volume das glândulas salivares, até então poderosos pâncreas. Em consequência, o maciço facial atrofia-se; o osso esfenoide, baixa e avança; a capacidade craniana para albergar o encéfalo expande-se. Os alimentos cozinhados possibilitaram o crescimento do cérebro.

As glaciações foram épocas negras. No decorrer de várias gerações, o Homo foi obrigado a centrar a sua alimentação em alimentos animais: Vivia mal e morria cedo. Mas não foi tudo mau : conseguiu afinar a termogênese , arredondar o corpo,

desenvolver o aproveitamento de corpos cetónicos e aprender a viver com menos comida.

Mal pode, recomeça a comer de tudo e a dar preferência ao que o mundo vegetal oferecia. O Homo sapiens, soube recolectar e produzir alimentos de naturezas muito diversas e à medida das suas necessidades, apurou a escolha e aprendeu a combiná-los; começa depois a estruturar refeições e a organizar o seu dia alimentar. Inicia o aperfeiçoamento de métodos de cozinhar e manipular os alimentos e aprende também a armazenar e conservar. Acaba sabendo aprovisionar para afastar possíveis faltas de alimentos; é assim que começa a reconhecer a deterioração dos alimentos – o que é um facto novo.

Já dos tempos históricos chegam testemunhos do desenvolvimento de uma cultura alimentar consubstanciada no conhecimento nutritivo de alimentos naturais e manipulados, e de variadas práticas alimentares o que possibilita o conhecimento da saúde e da doença decorrente das escolhas e faz atribuir valores simbólicos e qualidades místicas a certos alimentos.

No universo mediterrâneo, a comida relaciona-se muito bem com o corpo, permitindo elevados níveis de bem-estar, de convivência, de sociabilidade, de sabedoria e cultura, pelo que não espanta a “descoberta” da alimentação mediterrânica, nos anos 50 deste século, que Ancel Keys, vem a Itália, Grécia e Espanha estudar o porquê da reduzidíssima incidência de doença cardíaca aterosclerótica nas suas populações e nos imigrantes daqueles países que, nos Estados Unidos, se mantinham fieis às tradições alimentares de origem. Os seus estudos espantaram a mentalidades científicas americanas ao revelarem os benefícios decorrentes da “anormalidade” de práticas e comportamentos de uma cultura exótica e “atrasada”.

Hoje, esta abordagem envolve numerosos investigadores de todo o mundo que reconhecem as vantagens para a saúde de tal modelo alimentar e aprofundam o conhecimento das razões que o tornam sadio.

Importa aqui salientar o facto de a comunidade científica ocidental alertada pelo trabalho de Keys reconhecer e compreender o desastre decorrente das modificações profundas dos costumes, da culinária e dos próprios produtos alimentares nascidos da mal denominada “revolução alimentar mundial moderna”. Esta convulsão alimentar é desastrosa para a saúde individual e colectiva em resultado de se opor à construção metódica e articulada de regras alimentares organizadas e comprovadas ao longo de

milénios pela interacção do Homo com o meio alimentar que o viabilizou e sucessivamente modelou.

Por outras palavras, hoje reconhece-se que a alimentação de tipo ocidental, seja “*fast-food*”, novos alimentos, desarmonia da oferta, novas relações com a comida e o acto de comer, ou moderna culinária, não é conforme com as necessidades alimentares, nutricionais, emocionais e culturais dos humanos.

De facto, a revolução alimentar mundial em curso, com os Estados Unidos e Canadá à frente, e, por isso considerada como válida e desejável por uma certa inteligência, no fundamental, não passa de um processo produtivo bastante rentável. O objectivo é produzir mais, cada vez mais, com lucro sempre maior. Alguém há-de comer.

Este erro conceptual vai deitar por terra toda a cadeia alimentar diligentemente organizada ao longo de muitos milénios. Investigação e desenvolvimento centram-se hoje no acerto tecnológico de todo o processo, desde a manipulação genética de espécies produtivas de matérias primas até à intervenção química e mecânica nos variados passos de transformação e acabamento. Nem aos gestores, nem os técnicos que para eles trabalham, interessa saber se a nova comida é ou não favorável à saúde. Verifica-se, que grande parte da actual produção alimentar ignora as necessidades biológicas dos seres humanos.

Tudo se passa como se ainda não se soubesse que a ingestão alimentar é a mais fundamental das condicionantes dos fenómenos vitais. Mas a verdade é que a *nova comida* é nociva a médio e a longo prazo, e as autoridades, ao não intervirem nesta situação, apesar das recomendações da Organização Mundial de Saúde, e de outros organismos internacionais, fazem correr grave risco.

### 3.2. As fomes

Maus anos agrícolas, pestes, etc, têm gerado alguns episódios de fome desde a revolução neolítica. Mas a fome endémica e a subnutrição prolongada nunca atingiram seriamente o ser humano, por exemplo em tempos mais remotos aprendeu a migrar para regiões mais favoráveis. E, mais tarde, desde o período neolítico concebeu sistemas eficazes de aprovisionamento e armazenagem; temos o exemplo dos egípcios.

A grande migração de rurais para as concentrações urbanas dos centros fabris criados pela industrialização interrompe o acesso dos imigrados às fontes naturais de

abastecimento familiar, desorganiza a prática alimentar e dificulta a compra suficiente e equilibrada de bens, pois o seu preço e natureza obrigam a desestruturar os arranjos refeitorais possíveis.

Os imigrados comem menos do que precisam e limitam-se ao mais barato. A nutrição torna-se deficiente, com consequências graves para a saúde. A subnutrição atinge famílias numerosas, e generaliza-se por todas quando falta trabalho – e, sendo assim, a fome existe.

A organização social da industrialização generaliza e perpetua a fome entre o proletariado, com más consequências : taxas elevadas de mortalidade neo-natal, infantil e infanto-juvenil, tuberculose e epidemias mortíferas de outras doenças infecciosas. Paradigmática a situação sanitária de Liverpool no século dezoito, e do Porto no final do século dezanove.

Entretanto, a colonização avança e colonizar significa ocupar terrenos para monoculturas geridas por centros de decisão que estão bastante longe. Assim, as populações autóctones são impedidas de produzir os alimentos habituais e de manter a sua prática alimentar, em virtude da perda de território e da destruição do seu habitat. Ou se transferem para outro sítio, ou passam a trabalhar para o colonizador e a comer aleatoriamente do que ele lhes possibilita ; de facto os rurais do Terceiro Mundo ou se transformaram em trabalhadores agrícolas tentados para “ comer à moderna “ , ou seja, para consumir os produtos vendidos pelo novo colonizador ; ou engrossam as multidões dos esfomeados afastados do seu meio.

A “ revolução alimentar mundial “ transfere a tecnologia agrícola ocidental, fortemente complicada, gastadora de energia e degradadora da natureza, para grandes extensões territoriais longínquas, com sua elevada produtividade e excelente rendimento do sistema. Sistema esse que integra verticalmente todos os geradores de lucro, desde a selecção e manipulação genética das espécies produtivas até às cadeias de venda.

Mas a verdade é que terra, gado e mar já não oferecem alimentos, mas sim matérias primas para fabricar produtos processados e tão artificiais como cereais de pequeno almoço, salsichas de lata ou delícias do mar.

A sociedade global diz-se da abundância, mas neste momento também é da fome.

### 3.3. Comida é vida

A comida é essencial à vida por diversas maneiras.

A produção de alimentos e de produtos alimentares interfere desigualmente nos ecossistemas; a produção intensiva modifica a natureza e estrutura dos solos e desregula a vida animal e vegetal a eles ligada ; altera o curso e a composição das águas; prejudica zonas húmidas e florestais ; afasta os seres humanos do seu habitat, modifica-lhes a maneira de viver e destrói terrenos agrícolas, de criação e de caça ; interfere no clima, consome grandes quantidades de energia e contribui para o efeito estufa.

Os alimentos integram-se em nós próprios, “somos aquilo que comemos “. Ao longo da evolução, o corpo foi-se adaptando para gerir o que ingere ; as necessidades metabólicas exigem quantidades precisas de nutrimentos provenientes de uma alimentação que deve ser adaptada ao ciclo de vida, às necessidades próprias do trabalho e do clima e aos vários ritmos biológicos : diários, mensais e estacionais. Tudo isto o *Homo* integrou na sua biologia, e nos sistemas que a regulam, e erigiu como cultura.

Esses enredos têm capacidade para se adaptarem a condições excepcionais durante períodos curtos de semanas, meses ou poucos anos. Embora com prejuízos variáveis sobre o desenvolvimento dos mais novos e sobre a saúde em qualquer idade, a capacidade do homem para sobreviver suporta bem essas dificuldades de curta duração. Mas quando elas se prolongam, os prejuízos são de monta ou, inclusivamente, matam. Temos como exemplo, as mais importantes doenças das sociedades ocidentalizadas – diabetes, dislipidemias, hipertensão arterial, enfarte do miocárdio e outras patologias ateroscleróticas, cancro, calculose biliar, doença ósteo-articular degenerativa, senilidade precoce, etc. – que carecem de cerca de 30 anos de agressões relacionadas com sedentarismo e alimentação desequilibrada e tóxica para se manifestarem. De entre as doenças “ modernas ”, só a obesidade se instala em poucos anos de desvio alimentar.

Comer não é só necessário ao corpo, é também necessário ao espírito. Nas sociedades solidárias comer é um acto colectivo que ultrapassa a comensalidade e estimula a convivencialidade . Há regras para os dias comuns; e há-as também para os dias de festa, ou seja, para dia fora da norma, tudo está organizado para conter a transgressão , porque esta encerra , em si própria, desajustes interpessoais, delapidação de recursos e degradação ecológica. Os procedimentos culinários, a ordenação do dia alimentar e a organização das refeições seguem determinadas regras.

Nas sociedades concorrenciais, o Homo rompe a harmonia com os outros e com a alimentação, tornando-se solitário, transgressor e deprecador, come apressado e sozinho diante de um balcão, à mesa de trabalho ou enquanto se desloca ; recolhe a oito dos expositores do hipermercado muito mais do que precisa e escolhe o inútil. No self-service só o preço o detém, no banquete volante come apressado , desmesurado e isolado entre os demais.

Até certo ponto, compreende-se a comida de cafetaria : produtos prontos para comer e empacotados são fáceis de transportar, guardam-se a jeito, e são propícios para deglutir quando surge a oportunidade ou apetece. A comida perde significado, vulgariza-se, e o acto de comer também. Come-se em qualquer momento e fora de horas; um único produto substituí a refeição – pizza, hamburguer ou cachorro passam a ser a refeição na sua totalidade.

Para esta nova atitude é necessário dispor de produtos adequados ao efeito, situação social permissiva e enfraquecimento de valores culturais. A globalização anuncia o fim das ideologias. A adoração do consumo, subtil, persistente e sabiamente orquestrada, cabe substituí-las. A ela também compete fazer deglutir o que o corpo do homem desconhece como alimento.

Mas como comer é fundamental , daí que a exploração da cadeia alimentar seja o grande negócio do fim de século e o maior alvo da economia de consumo. Um dos objectivos prioritários da política económica transnacional é que em todo Mundo se comam os produtos saídos da revolução alimentar moderna.

#### 3.4. Os produtos alimentares de hoje

Aos novos “ comes e bebes “ não se propõe a satisfação saudável do corpo. Interessa volume de vendas e lucro decorrente. Ora na verdade é difícil calcular a procura de alimentos naturais e projectar a sua evolução; daí a dificuldade de racionalizar a produção e, portanto, de corresponder aos interesses da economia capitalista. Mas ela ultrapassa a dificuldade : em vez de negociar com alimentos de procura incerta e de produção arriscada, desenvolve novos produtos acabados estereotipados : ou em

alternativa, tipos fixos de produtos intermédios a partir dos quais avança para um leque de produtos finais de composição idêntica mas com aspectos diferentes.

Um exemplo é o fabrico de pão de longa duração, tostas, bolachas de água e sal ou integrais, biscoitos e croassãs, com uma semelhante linha de produção até ao ponto de divergência. Daí que as Ciências da Nutrição apelidem de monotonia alimentar pseudo diversificada a esta gama semelhante destes diversos produtos finais, só aparentemente diferentes; com efeito, aos seus vários aspectos organopléticos correspondem características nutrio-alimentares iguais ou muitíssimo próximas.

Estabelecido o leque de produtos intermediários fixos dos quais nascem, conforme as épocas e os mercados, as “novidades”, não são mais do que arranjos *cosméticos* do mesmo esteriótipo, há que criar a necessidade de as consumir ou, melhor o desejo por elas. A análise de mercado e a técnica de venda sabem como consegui-lo. O que importa é que o negócio seja previsível e seguro. O hipermercado vende o necessário ou seja, o desejável, e não há sobressaltos na cadeia produtiva, desde o campo à distribuição, tudo está dominado. O Homo perde a liberdade de respeitar a sua comida e está impedido de a escolher. O artificial é sempre igual e “seguro”; o paladar e o cheiro adaptam-se e, entretanto, nada de natural sabe ao que sabia.

O pequeno agricultor é inimigo do sistema, o pequeno vendedor e o restaurante de comida autêntica também.

Quem anuncia tomate, hortaliça, carapau ou até sardinha? O que se anuncia, que é o que interessa vender, são molhos para massas, sopas instantâneas, delícias do mar, refrigerantes e cerveja, pão com aditivos, hamburgers congelados, batatas fritas, rissóis, croquetes e folhados, pizza pré-fabricada, salsichas de lata, etc. E só existe o que se anuncia.

Estudos económicos recentes apontam que o rendimento financeiro da cadeia agro-alimentar, conforme os países, aumentou duas a cinco vezes em relação ao da produção capitalista e três a nove vezes, em relação ao século passado. Produzir e vender produtos comestíveis possibilita abrir bancos, pôr a circular cartões de crédito e comprar seguradoras. Dominar a cadeia alimentar dá para acabar com países ou desenvolvê-los.

Embora não faltem estudos económicos, está ainda por fazer a análise científica das implicações sócio-antropológicas desta mudança gerada pela globalização.

### 3.5. Alimentação moderna e alimentação saudável

A alimentação moderna de tipo ocidental é desastrosa a longo termo. Vai correlacionar-se com a elevada incidência das doenças metabólicas e degenerativas crónicas atrás referidas, com despesas de saúde e prestações sociais sucessivamente mais avultadas, com gastos brutais de energia e com a catástrofe ecológica em curso. Tem que haver limites para o desenvolvimento da alimentação moderna ocidental. A saúde do Homo e da Terra exigem-nos assim como a sabedoria humana.

No que respeita à alimentação moderna, os problemas não se confinam à anormal natureza e qualidade dos produtos disponibilizados. Importa também considerar as mudanças comportamentais geradas por eles.

O comer ambulante e solitário, a toda a hora e fora de horas, é desmesurado e desestrutura refeições e desorganiza o dia alimentar. Em consequência, desordenam-se as sinalizações neuro-hormonais despertadas pela comida autêntica e pelo acto de comer, e alteram-se profundamente a percepção e a compreensão do que actualmente se come e se bebe. O Homo não sabe o que ingere, nem quanto, porque não descodifica sinais incompreensíveis. Os resultados são perturbações da saciedade e do apetite, crises de voracidade, relações perturbadas com a alimentação, anorexia nervosa, bulimia, etc. Em consequência disto aparece obesidade, magreza, desnutrição e doenças carenciais, patológico metabólicas e degenerativas crónicas, afecções digestivas, doenças psico-emocionais etc.

Refira-se que o número de obesos na Europa Ocidental duplicou em 16 anos, e que o número de diabéticos tipo 2 quintuplicou em 30, que os quadros de anorexia e bulimia nervosas, assim como a neurose obsessiva-compulsiva, se multiplicaram. Agressividade, irritabilidade psico-motora e disfunção relacional convivem também com a comida do tipo ocidental e sobretudo com o mundo de cafetaria.

Quanto à natureza e composição de produtos processados de nada servem as recomendações sanitárias de organismos internacionais, e de alguns países, para que eles devam satisfazer as necessidades orgânicas e emocionais tais como os seus arquétipos naturais ou de manipulação tradicional. Isto não acontece, aliás desconhece-se qualquer tentativa oficial para salvaguardar a adequação nutritiva de bens industrialmente processados e de refeições fora do domicílio.

Entretanto surgem outros dois problemas : o consumidor não reconhece o estado higio-sanitário daquilo que consome e também não se apercebe quando o produto está sobrecarregado de moléculas heterólogas, sejam aditivos, agentes de processamento, resíduos de pesticidas, componentes quimico-fisicamente modificados, ou outros, aliás nem sequer se apercebe da composição. Quem se dá conta que a gordura contribui com 40% para o peso de algumas batatas fritas? Quem se dá conta que algumas batatas-fritas não têm batata.

É grande a diferença entre alimentos naturais ou de manipulação tradicional e seus correspondentes processados.

Temos como exemplo o pão de trigo vulgar, artesanal ou não, opõe-se por composição e efeitos biológicos, a pão de longa duração (habitualmente pão de forma). O primeiro é preparado com farinha, água, fermento e sal, e cozido a menos de 200° C durante mais de meia hora. O segundo contém pelo menos onze ingredientes, onde se incluem gorduras vegetais hidrogenadas e amidos modificados, é cozido em forno hipertérmico durante alguns minutos apenas. Este novo tipo de pão, além de mais calórico, é menos saciante e mais estimulador de produção de insulina.

Estaremos nós preparados para escolher os alimentos estes tempos modernos? Será possível resistir às pressões da publicidade, apostada em vender batatas fritas, hamburgers, pizzas, gelados, refrigerantes e tantos outros produtos tão afastados da maneira de comer tradicional portuguesa?

Para não sermos vítimas desta tentadora abundância e, fazendo uso dos conhecimentos científicos da época em que vivemos, devemos optar por uma alimentação saudável. Para o que é necessário conhecê-la.

a) Para que seja saudável, a alimentação

Deve fornecer energia em quantidade suficiente para permitir que o corpo se mantenha física e intelectualmente activo e com todas as funções necessárias à vida.

Deve fornecer todos os elementos essenciais ao crescimento, manutenção, renovação e reparação das várias células, tecidos, órgãos e sistemas.

Deve saciar a fome e a sede, ser agradável ao olfacto, paladar, proporcionar bem-estar e não deve ser excessiva.

b- Uma boa alimentação, também deve ser equilibrada, variada, e de boa qualidade..

c) Uma alimentação equilibrada precisa de fornecer os vários constituintes dos alimentos (proteínas, gorduras, hidratos de carbono, minerais, fibras, etc.), numa correcta proporção entre si, para o que é necessário que os vários grupos alimentares sejam consumidos na proporção sugerida pela Roda dos Alimentos portuguesa.

d) Para que a alimentação seja variada, deve-se comer um pouco de tudo, evitando déficits e excessos. A variedade torna a alimentação mais agradável e menos monótona. Nenhum alimento deve ser proibido, embora alguns só devam ser consumidos ocasionalmente.

e) Para que a alimentação seja justa em quantidade, os alimentos devem variar em peso de pessoa para pessoa, consoante o sexo, idade, peso, altura, actividade física, etc..

A estabilidade do peso corporal é sinal de equilíbrio entre a quantidade de alimentos que comemos e as necessidades de energia do nosso organismo.

f) Para uma alimentação de qualidade, os alimentos têm de estar em bom estado de conservação ou maturação, não contaminados por micro-organismos prejudiciais, sem substâncias químicas radioactivas e hormonais, agradável no aspecto, olfacto e paladar- características nem sempre fáceis de reunir nos dias de hoje.

g) Para uma culinária saudável devemos cozinhar com o mínimo de gordura, retirar as gorduras visíveis das carnes e a pele das aves.

Cozidos em água ou vapor, estufados, grelhados e assados sem gordura são as melhores opções para cozinhar. A adição de sal aos cozinhados deve ser reduzida gradualmente e deve ser substituído por ervas aromáticas, limão ou especiarias.

h) Para uma boa alimentação não devemos estar mais do que 3 a 4 horas sem comer, ou seja, uma pessoa que durma oito horas em cada noite deve distribuir os alimentos por 6 refeições ao longo do dia, condicionadas pelo tipo de actividade que tem, pelos hábitos culturais e pelas suas características próprias. As refeições devem-se fazer num ambiente repousante e de bom convívio.

**Resumindo** : A alimentação deve ser equilibrada, constituída por; Cereais e seus derivados, legumes secos, frutas e produtos hortícolas crus e cozinhados. Leite e derivados em quantidade suficiente. Carne, pescado e ovos em pequenas quantidades. As gorduras adicionadas em cru devem ser vegetais.

Uma boa alimentação inclui alimentos variados, escolhidos nas proporções exactas de A Roda dos Alimentos, mantendo a estabilidade do peso corporal. Uma alimentação de boa qualidade tem de ser cuidada na aquisição dos alimentos, na sua preparação e condições de consumo.

Se uma alimentação for equilibrada, variada, em quantidade adequada e de boa qualidade então pode-se considerar **uma alimentação saudável!**

#### 4. ALGUMAS INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA CORONÁRIA

##### 4.1 – Síntese histórica muito breve

1628 - William Harvey descreve a verdadeira natureza da circulação sanguínea e do enfarte de miocárdio.

1768 - William Heberden utiliza pela primeira vez a expressão angina pectoris; por essa altura John Hunter detecta doença das coronárias ao realizar uma autópsia num doente que morreu num acesso de cólera e afirma “a minha vida está nas mãos de qualquer um que decida irritar-me”.

Em 1793, Hunter teve um colapso e morreu, possivelmente de enfarte de miocárdio, poucos momentos depois de sair de uma reunião onde se tinha irritado.

1867 - T. Lauder Brunton introduz o nitrito de amilo para tratamento da angina de peito, após ter observado o sua actividade na redução da pressão arterial em animais.

1879 - William Murrel experimenta nitroglicerina em doentes anginosos.

1896 - Ludwig Rehn consegue reparar uma laceração do coração, nascendo, então, a cirurgia cardíaca.

1929 - Werner Frossmann, usando-se a si próprio como doente, introduz um pequeno catéter numa veia do braço, fã-lo progredir até ao coração, e vê, assim, ser-lhe atribuído o Prémio Nobel da Medicina em 1956.

1953 - John Gibson e colaboradores constroem a primeira máquina coração-pulmão, permitindo a correcção dos defeitos cardíacos sob visualização directa.

1959 – Ancel Keys e outros estabeleceram a correlação positiva entre colesterol total e doença aterosclerótica coronária, a qual vai por sua vez, ser correlacionado, na década seguinte, com “alimentação aterogénea.

1960 - Surge o propranol, seguido, pouco tempo depois por outros bloqueadores beta, por bloqueadores de canais de cálcio, trombolíticos e inibidores da enzima de conversão da angiotensina (Lavie,1998).

#### 4.2 Importância e prevenção

A nível europeu um em cada três homens e mulheres com mais de 65 anos de idade tem alguma forma de doença cárdio-vascular. Nas mulheres com menos de 65 anos a proporção é aproximadamente metade da dos homens(Jackson,1996). A principal causa de morte na mulher é a doença coronária; é responsável por metade do total de mortes nas mulheres pós-menopáusicas.

Na Europa o número de mortes relacionadas com doença coronária é dupla do número de mortes por cancro.

A morte súbita de causa cardíaca é a primeira e a última manifestação da doença em cerca de um terço dos doentes.

Cerca de 30% dos enfartes de miocárdio passam despercebidos, mais frequentemente, em mulheres, idosos, doentes em período pós-operatório, diabéticos e nos que sofram de doenças crónicas (Fowles,1996).

A doença coronária é causada por um conjunto de factores inalteráveis, tanto pessoais (idade) como genéticos (história familiar) e por factores que podem ser modificados, relacionados com o estilo de vida ( tabaquismo, hipertensão, hipercolesterolemia, conflitualidade emocional, obesidade, sedentarismo)(Patterson,1994).

Os casos de doença coronária podem ser directamente atribuído até 80%, a estes factores de risco modificáveis (O'Keefe,1995). As alterações no estilo de vida podem melhorar e, nalguns casos, eliminar completamente muitos dos mais importantes factores de risco(O'Keefe,1995).

Uma teoria interessante coloca a hipótese de que o "quarteto fatal" (obesidade andróide, hipertensão arterial, dislipidemia e intolerância à glicose) seja, de facto, a consequência de uma alteração primária, a resistência à insulina(Elliot,1995).

Muitas das complicações relacionadas com a doença coronária são de grande gravidade como algumas arritmias, disfunção do músculo cardíaco e sua ruptura, bem como trombose vascular e hemorragia associada (Fowles,1996).

Por todas estas razões a prevenção tem aqui um papel fundamental a desempenhar, tentando diminuir os factores de risco ao motivar a população para deixar

de fumar, aprender a lidar com o stress, evitar a obesidade praticando regularmente exercício físico e diminuindo a ingestão de gorduras, e procurar tratamento consistente e eficaz contra diabetes e hipertensão arterial.

O tabaco é responsável, pelo menos, por 20% das mortes associadas com as doenças do coração. Duplica a incidência de doença coronária e aumenta a sua mortalidade em 70% (Manson,1992). Nas mulheres, o tabaco é responsável por cerca de metade dos enfartes de miocárdio antes dos 55 anos. Após 3 anos de abstinência tabágica, o risco começa a ser igual ao dos não fumadores.

A taxa de enfarte de miocárdio reduz-se 2 a 3% por cada milímetro de descida da pressão diastólica; reduções semelhantes podem ser observadas com a descida da pressão sistólica. Reduzir a pressão arterial de 160/90 para 140/80 mm Hg pode diminuir o risco de doença cardíaca em mais de 30% (Fowles,1996).

A diminuição de 10% ao valor de colesterol sérico de uma população poderá levar à diminuição de 20% a 30% de doença coronária nessa população (Rose,1985).

Indivíduos seleccionados e motivados podem ter uma redução de risco de enfarte de miocárdio de 33% por tomarem aspirina, de 45% pela prática regular de exercício, de 35% a 55% por manterem um peso próximo do desejável e de 44% por usarem terapêutica substitutiva com estrogénios na menopausa. De realçar que estudos até agora efectuados mostram que a estrogenoterapia nas mulheres depois da menopausa se associa com subida dos níveis das lipoproteínas de alta densidade (HDL) e com descida dos níveis das lipoproteínas de baixa densidade (LDL), demonstravam também uma redução do risco cardio-vascular de cerca de 40% a 50% e da mortalidade global de 30% a 40% (Fowles,1996).

Cada vez mais as pessoas vivem mais tempo e, portanto, são mais vulneráveis à doença coronária. Todavia, o desenvolvimento de unidades de tratamento intensivo de doença coronária, a melhoria das condições de ressuscitação, dos cuidados médico-cirúrgicos disponíveis e dos cuidados pré-hospitalares, bem como os esforços efectuados para detectar e tratar cada vez mais cedo e melhor a população com hipertensão arterial e hipercolesterolemia irá fazer a diferença.

A Organização Mundial de Saúde, na sua publicação Saúde Para Todos no Ano 2000, sugere que deveria ser possível, entre 1980 e 2000, reduzir 15% a mortalidade por doenças vasculares nos europeus com idade inferior a 65 anos (OMS,2000).

Em conclusão podemos dizer que os factores de risco nas mulheres são mais prevalentes do que nos homens, embora surjam mais tarde e por isso dando repercussões vasculares dez anos depois das dos homens.

Tendo a doença coronária e o enfarte de miocárdio evolução mais grave nas mulheres e com soluções médicas e cirúrgicas menos conseguidas, é óbvio que a prevenção cardiovascular é mandatária para reduzir a mortalidade cardiovascular no sexo feminino.

#### 4.3. Algumas medidas acerca de mudança de estilo de alimentação

Na tentativa de solucionar algum dos problemas e no sentido de tentar melhorar a alimentação, torná-la mais saudável, mais barata e mais fácil de preparar, precisamos de aprender o que é e o que deve ser a alimentação.

Como principal medida é indispensável e urgente ensinar à população o que é a alimentação racional, suficiente, equilibrada, agradável e pouco dispendiosa. É necessário promover medidas de educação para criar hábitos alimentares correctos desde a infância.

Também é importante desenvolver toda uma política concentrada para adaptar a indústria alimentar aos princípios da alimentação saudável e das novas necessidades da alimentação colectiva, sem esquecer a instituição e o cumprimento de medidas legais adequadas que garantam, pela vigilância e fiscalização, a boa qualidade dos alimentos e a sua inocuidade e a sua adequação. Também é indispensável que, ao desencorajar o consumo de produtos considerados inúteis ou prejudiciais à boa nutrição e saúde.

Sabe-se que diversos tipos de doenças estão estritamente relacionados com a alimentação e, que há toda uma série de factores económicos, sociais, culturais e comportamentais que influenciam fortemente a escolha, o modo de preparação e, o consumo de alimentos, repercutindo-se de forma assinalada no estado nutricional de indivíduos e populações.

Concretizando, os portugueses, no geral, nutrem-se hoje melhor do que há vinte anos atrás, excepto aqueles a quem faltam meios financeiros. Essa melhoria deve-se sobretudo à compreensão individual da alimentação correcta em consequência de acções

avulsas de sensibilização e informação, pois continuamos sem um programa nacional de educação alimentar, embora legislado e com meios para se tornar operativo.

Faz falta definir uma política alimentar ajustada à nossa realidade.

## 5. RESULTADOS

Completaram o questionário 35 mulheres com 1º enfarte agudo do miocárdio internadas no Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

### Idade das 35 mulheres

<u>NºTotal</u>	<u>Média</u>	<u>Minímo</u>	<u>Máximo</u>
35	64.8	38	89

*Quadro 1* – Média de idades das mulheres nos casos encontrados

### Escolaridade das mulheres questionadas

<u>Escolaridade</u>	<u>nº de casos</u>	<u>Total/%</u>
0	14	40% *
1	1	2.85%
2	1	2.85%
3	4	11.4%
4	9	25.7%
6	1	2.85%
7	1	2.85%
9	1	2.85%
10	1	2.85%
16	1	2.85%
17	1	2.85%

*Quadro 2* – Escolaridade em anos

\* Em anos de frequência de escola

\* Cerca de 40% das mulheres inquiridas nem sequer frequentaram a escola

**Número de diabéticas em casos e controlos**

	Diabético	Não diabético	Total / %
Casos	12 34,5%	23 65,7%	35 100,0%
Controlos	4 5,7%	66 94,3%	70 100,0%
Total	16 15,2%	89 84,8%	105 100,0%

*Quadro 3* – Número de diabéticas no total de casos e controlos

\*Há uma grande percentagem dos casos que tem diabetes em relação aos controlos. ( $\chi_1^2=14.747$  ;  $p < 0.001$  e OR = 0.116)

\*Ter diabetes é factor de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares

**Número de mulheres na menopausa em casos e controlos**

	Menopausa	Sem menopausa	Total / %
Caso (1)	31 88,6%	4 11,4%	35 100,0%
Controlo (2)	59 84,3%	11 15,7%	70 100,0%
Total	90 85,7%	15 14,3%	105 100,0%

*Quadro 4* – número de mulheres na menopausa em casos e controlos

\* As mulheres dos casos e controlos, são em numero semelhantes em relação à menopausa. ( $\chi_1^2 = 0.35$  ;  $p < 0.56$  e OR = 1.445 [0.425 – 4.915] )

\* Ter menopausa é um factor de risco no desenvolvimento das doenças cardio vasculares

**Número de mulheres que praticam desporto**

	<b>Não praticam</b>	<b>Praticam</b>	<b>Total/%</b>
Casos	30 85,7%	5 14,3%	35 100,0%
Controlos	61 87,1%	9 12,9%	70 100,0%
Total	91 86,7%	14 13,3%	105 100,0%

**Quadro 5** – Número de mulheres que praticam desporto

\*As mulheres dos casos e controlos, praticam igualmente desporto.

( $\chi_1^2=0.04$  ;  $p < 0.84$  e OR = 0.885 [0.273 – 2.873] )

**Número de mulheres fumadoras**

	<b>Fumadora</b>	<b>Não fumadora</b>	<b>Total /%</b>
Casos	5 14,3%	30 85,7%	35 100,0%
Controlos	11 15,7%	59 84,3%	70 100,0%
Total	16 15,3%	89 84,7%	105 100,0%

**Quadro 6** – numero de mulheres fumadoras

\* O número de fumadoras e de não fumadoras está igualmente distribuído pelos casos e pelos controlos. (  $p < 0,848$  )

**Número de mulheres que bebem bebidas alcoólicas**

	<b>Bebedora</b>	<b>Não bebedora</b>	<b>Total /%</b>
Casos	12 34.3%	23 65.7%	35 100.0%
Controlos	36 51.4%	34 48.6%	70 100.0%
Total	48 45.7%	57 42.9%	105 100.0%

*Quadro 7* – numero de mulheres que bebem bebidas alcoólicas

\*As mulheres bebedoras são menos, do que as não bebedoras nos dois grupos ( OR = 0.500 [0.206 – 1.211] )

**Mulheres que habitualmente bebem café**

	<b>Não bebem</b>	<b>bebem</b>	<b>Total</b>
Casos	15 42.9%	20 57.1%	35 100.0%
Controlos	12 17.1%	58 82.9%	70 100.0%
Total	27 25.7%	78 74.3%	105 100.0%

*Quadro 8* – Mulheres que habitualmente tomam café

\*Não há diferenças significativas entre casos e controlos. (  $\chi_1^2=8.077$  ; p = 0.004 e OR = 0.276 [0.111 – 0.688] )

**Mulheres que habitualmente tomam chá**

	Não tomam	Tomam	Total
Casos	15 42.9%	20 57.1%	35 100.0%
Controlos	18 25.7%	52 74.3%	70 100.0%
Total	33 31.4%	72 68.6%	105 100.0%

**Quadro 9** – Mulheres que habitualmente tomam chá

\*Não há diferenças significativas entre o número de mulheres que consome chá nos dois grupos .

( $\chi_1^2=3.182$  ;  $p = 0.007$  e OR = 0.462 [0.196 – 1.088] )

**Rendimento médio por mês**

	Até 150 contos	Acima 150 contos	Total
Casos	27 77.1%	8 22.9%	35 100.0%
Controlos	42 65.6%	22 34.4	64 100.0%
Total	69 69.7%	30 30.3%	99 100.0%

**Quadro 10** – Rendimento médio por mês

\* Para rendimentos inferiores a 150 contos não há diferenças significativas entre os dois grupos.

( $\chi_1^2=1.944$  ;  $p = 0.059$  e OR = 1.768 [0.689 – 4.538] )

**Avaliação antropométrica**

Casos/cont	Número	Média	Desvio padrão
IMC 1,0 0	35	25,874	4,582
2,00	70	27,988	5,041
PB 1.00	35	27.734	3.468
2.00	69	29.833	4.268
PC 1.00	35	91.542	12.975
2.00	69	90.927	13.222
PCT 1.00	35	11.954	4.439
2.00	69	20.926	9.729
PA 1.00	35	100.885	8.079
2.00	69	102.513	11.405
PCB 1.00	35	11.757	8.079
2.00	69	12.108	11.405
PCSE 1.00	35	12.565	3.958
2.00	68	20.029	6.058
PCSI 1.00	35	12.714	4.205
2.00	68	17.601	11.063
PCA 1.00	35	13.905	3.841
2.00	68	25.844	11.372

**Quadro 11** – Avaliação antropométrica

\*Para estas medidas descritivas e para modelos comparativos teve de ser efectuado um teste não paramétrico, que não segue uma distribuição normal

	IMC	PB	PC	PCT	PA	PCB	PCSE
Mann-Witney	816,00	741.50	1152.50	271.00	1111.50	11.64.50	347.00
Significância	0.033	0.001	0.705	0.000	0.509	0.767	0.000

**Quadro 12** – Avaliação antropométrica através de um teste não paramétrico

	PCSI	PCA
Mann-Witney	717.50	195.50
Significância	0.001	0.000

**Quadro 13** – Avaliação antropométrica através de um teste não paramétrico (continuação)

\* Classes adoptadas de IMC

Classificação	IMC
Normal	20,0 – 24,9
Excesso peso	25,0 – 29,9
Obesidade	30,0 – 39,9
Obesidade mórbida	>40,0

Quadro 14 – Classificação do índice de massa corporal

#### Classes de IMC

	Normal	Excesso peso	Obesidade	Obesidade mórb.
Casos	16 45,7%	13 37,1%	4 11,4%	2 5,7%
Controlos	21 32,3%	26 40,0%	12 18,5%	4 6,2%
Total	37 37,4%	39 39,4%	16 16,2%	5 5,1%

Quadro 15 - IMC dos casos e controlos

Não há diferenças significativas . Existe o mesmo número de casos versus controlos. (  $\chi_1^2=2,940$  ; p = 0.568 )

#### Dados analíticos

	Glicose	Triglicéridos	Colesterol	HDL	LDL
Mann-Witney	748.50	538.00	558.00	554.00	516.50
Significância	0.025	0.785	0.980	0.940	0.585

Quadro 16 -Dados analíticos através de um teste não paramétrico

5.1- Influência dos hábitos alimentares no risco de primeiro enfarte agudo do miocárdio nas mulheres.

Frequência com que usa os seguintes tipos culinários :

**Cozidos**

	≤4 x por semana	≥4x por semana	Total
Casos	26 74.3%	9 25.7%	35 100.0%
Controlos	29 41.4%	41 58.6%	70 100.0%
Total	55 52.4%	50 47.6%	105 100.0%

**Quadro 17** - Frequência do uso de cozidos

\* Nos casos há um maior numero de mulheres que comem cozidos em relação aos controlos. ( OR = 0.245 [0.100 – 0.599] )

**Assados**

	≤4 x por semana	≥4x por semana	Total
Casos	5 22.7%	17 77.3%	22 100.0%
Controlos	1 1.4%	69 98.6%	70 100.0%
Total	6 6.5%	86 93.5%	92 100.0%

**Quadro 18** - Frequência do uso de assados

\*Nos casos e controlos há um menor numero de mulheres que comem assados.p= 0,003 ,( OR = 0.049 [0.005 – 0.450] )

**Fritos**

	≤4 x por semana	≥4x por semana	Total
Casos	9 50.0%	9 50.0%	18 100.0%
Controlos	18 25.7%	52 74.3%	70 100.0%
Total	27 30.7%	61 69.3%	88 100.0

**Quadro 19** - Frequência do uso de fritos

\* Não há diferenças significativas entre casos e controlos . (  $\chi_1^2=3.971$  ; p = 0.046 e OR = 2.889 [0.993 – 8.407] )

**Grelhados**

	≤4 x por semana	≥4x por semana	Total
Casos	20 69.0%	9 31.0%	29 100.0%
Controlos	17 24.3%	53 75.7%	70 100.0%
Total	37 37.4%	62 62.6%	99 100.0%

**Quadro 20** - Frequência do uso de grelhados

\*Nos casos há uma grande maioria de mulheres que comem grelhados versus controlos .(OR = 0.144 [0.055 – 0.376] )

**Estufados**

	≤4 x por semana	≥4x por semana	Total
Casos	8 38.1%	13 61.9%	21 100.0%
Controlos	14 20.0%	56 80.0%	70 100.0%
Total	22 24.2%	69 75.8%	91 100.0%

**Quadro 21** - Frequência do uso de estufados

\*Nos casos e controlos não há diferenças significativas. (  $\chi_1^2=2.885$  ; p = 0.089 e OR = 0.406 [0.141 – 1.170] )

**Como come o peixe na maioria das vezes :**

	Cozido/grelhado	Assado/frito	Total
Casos	25 71.4%	10 28.6%	35 100.0%
Controlos	55 78.6%	15 21.4%	70 100.0%
Total	80 76.2%	25 23.8%	105 100.0%

**Quadro 22** – Como come o peixe na maioria das vezes

\*Nos casos e controlos grande maioria de mulheres come peixe cozido ou grelhado. ( $\chi_1^2=0.656$  ;  $p = 0.418$  e OR = 1.467 [0.579 – 3.715] )

**Como come a carne na maioria das vezes :**

	Cozido/grelhado	Assado/frito	Total
Casos	25 71.4%	10 28.6%	35 100.0%
Controlos	55 78.6%	15 21.4%	70 100.0%
Total	80 76.2%	25 23.8%	105 100.0%

**Quadro 23** – Como come a carne na maioria das vezes

\*Nos casos e controlos grande maioria de mulheres comem carne cozida ou grelhada .

( $\chi_1^2=1.822$  ;  $p = 0.177$  e OR = 0.447 [0.130 – 1.469] )

**O que faz com a gordura visível da carne:**

	Tira toda	Não tira	Total
Casos	31 88,6%	4 11,4%	35 100,0%
Controlos	62 91,2%	6 8,8%	68 100,0%
Total	93 90,3%	10 9,7%	103 100,0%

**Quadro 24** – O que faz com a gordura visível da carne

Não há grande diferença entre casos e controlos.( $\chi_1^2=0.179$  ;  $p = 0.672$ e OR = 1.333 [0.350 – 5.075] )

**O que faz com a pele do frango:**

	<b>Tira toda</b>	<b>Não tira</b>	<b>Total</b>
Casos	31 88.6%	4 11.4%	35 100.0%
Controlos	65 92.9%	5 7.1%	70 100.0%
Total	96 91.4%	9 8.6%	105 100.0%

**Quadro 25** – O que faz com a pele do frango

\*Não há diferenças significativas entre casos e controlos. ( $\chi_1^2=0.179$  ;  $p = 0.425$  e OR = 1.677 [0.421 – 6.685] )

**Acrescenta sal à mesa**

	<b>Sempre</b>	<b>Nunca</b>	<b>Total</b>
Casos	8 22.9%	27 77.1%	35 100.0%
Controlos	9 12.9%	61 87.1%	70 100.0%
Total	17 16.2%	88 83.8%	105 100.0%

**Quadro 26** – Acrescenta sal à mesa

\*Nos casos há grandes diferenças entre casos e controlos. ( $\chi_1^2=4.578$  ;  $p = 0.101$  e OR = 2.008 [0.699 – 5.766] )

**Questionário de frequência de consumo de alimentos**

Casos/cont	Numero	Média	Desvio padrão
<b>Calorias</b> 1,0 0	35	2723 *	674
	70	1869	534
<b>Proteínas</b> 1,0 0	35	133,3 *	50,2
	70	81,5	25,2
<b>Gordura t</b> 1.00	35	100,16 *	34,72
	69	58,51	20,64
<b>Gord. Satu.</b> 1.00	35	27,49	11,75
	69	17,34	7,15
<b>Gord. Poli</b> 1.00	35	20,82	8,31
	69	10,59	4,59
<b>Gord.Mono.</b> 1.00	35	43,09	14,43
	69	25,40	8,84
<b>H.C.</b> 1.00	35	327,26	68,72
	69	246,42	71,45
<b>Colester.</b> 1.00	35	397,80 *	215,42
	68	240,43	104,13
<b>Fibra</b> 1.00	35	34,22	10,0
	68	23,27	9,62
<b>Açucar</b> 1.00	35	128,41	37,23
	68	90,68	34,34
<b>Alcool</b> 1,0 0	35	3,17	6,49
	70	8,98	12,88
<b>Cafeína</b> 1.00	35	40,36	47,19
	70	53,87	41,02
<b>Vitami tot</b> 1.00	35	2908	1697
	70	1520	841
<b>Retinol</b> 1.00	35	809,90	1433,80
	70	385,75	510,06
<b>Caroteno</b> 1.00	35	2076,31	1162,76
	70	1128,68	634,46
<b>Tiamina</b> 1.00	35	2,23	0,64
	70	1,56	0,45
<b>Riboflavina</b> 1.00	35	2,73	1,02
	70	1,75	0,59

INFLUÊNCIA DOS HÁBITOS ALIMENTARES NO RISCO DE 1º ENFARTE DE MIOCÁRDIO NAS MULHERES

<b>Vit. B6</b>	1.00	35	2,96	0,81
	2.00	70	1,88	0,63
<b>Vit. B12</b>	1.00	35	15,24	0,81
	2.00	70	6,75	0,63
<b>Folatos</b>	1.00	35	395,03	156,68
	2.00	70	251,25	97,51
<b>Pantoténico</b>	1.00	35	6,91	2,06
	2.00	70	4,35	1,38
<b>Vitami.C.</b>	1.00	35	233,02	77,47
	2.00	70	126,17	68,84
<b>Vitami.D.</b>	1.00	35	6,05	2,89
	2.00	70	2,81	1,79
<b>Vitami.K.</b>	1.00	33	20,29	10,36
	2.00	66	16,80	11,05
<b>Cálcio</b>	1.00	35	1242,03	412,22
	2.00	70	772,08	103,02
<b>Magnésio</b>	1.00	35	433,32	110,28
	2.00	70	299,90	387,78
<b>Fósforo</b>	1.00	35	1809,88	492,56
	2.00	70	1188,11	387,78
<b>Potássio.</b>	1.00	35	5070,54	1154,24
	2.00	70	3342,01	1062,29
<b>Sódio.</b>	1.00	35	2564,94	1207,11
	2.00	70	1820,60	631,48
<b>Selénio.</b>	1.00	35	122,34	48,87
	2.00	70	97,23	40,97
<b>Zinco.</b>	1.00	35	14,96	5,53
	2.00	70	9,81	3,22
<b>Água</b>	1.00	35	2335,51	583,42
	2.00	70	1558,01	508,93
<b>Ómega 3</b>	1.00	35	2,01	0,55
	2.00	70	1,10	0,37
<b>Omega 6</b>	1.00	35	15,44	7,22
	2.00	70	7,83	3,68

Quadro 27- Questionário de frequência de consumos de alimentos

\* Para estas medidas descritivas casos/controlos e para modelos comparativos teve de ser efectuado um teste não paramétrico, que não segue uma distribuição normal.

INFLUÊNCIA DOS HÁBITOS ALIMENTARES NO RISCO DE 1º ENFARTE DE MIOCÁRDIO NAS MULHERES

	<b>Calorias</b>	<b>Proteínas</b>	<b>H.C.</b>	<b>Gordura tot</b>	<b>G.Saturada</b>	<b>G.Polinsat.</b>
Mann-Witney	378,500	349,500	514,500	271,000	470,000	235,500
Significância	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Quadro 28 - Questionário de frequência de consumos de alimentos através de um teste não paramétrico

	<b>GMonoinsat</b>	<b>Colesterol</b>	<b>Fibra</b>	<b>Açucar</b>
Mann-Witney	277,000	561,500	466,500	559,500
Significância	0,000	0,000	0,000	0,000

Quadro 29 - Questionário de frequência de consumos de alimentos através de um teste não paramétrico

	<b>Alcool</b>	<b>Cafeína</b>	<b>Vitam.total</b>	<b>Vitamina A</b>	<b>Carotenos</b>	<b>Tiamina</b>
Mann-Witney	837,000	915,000	545,000	1016,000	632,000	465,000
Significância	0,004	0,035	0,000	0,156	0,000	0,000

Quadro 30 - Questionário de frequência de consumos de alimentos através de um teste não paramétrico

	<b>Riboflavina</b>	<b>Niacina</b>	<b>Vitami.B6</b>	<b>Vitami.B12</b>	<b>Folatos</b>	<b>Pantoténico</b>
Mann-Witney	488,000	485,000	358,000	345,000	501,000	336,000
Significância	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Quadro 31 - Questionário de frequência de consumos de alimentos através de um teste não paramétrico

	<b>Vitami.C</b>	<b>Vitami.D</b>	<b>Vitami.K</b>	<b>Cálcio</b>	<b>Magnésio</b>	<b>Fósforo</b>
Mann-Witney	350,000	329,000	885,000	467,500	452,500	380,500
Significância	0,000	0,000	0,130	0,000	0,000	0,000

Quadro 32 - Questionário de frequência de consumos de alimentos através de um teste não paramétrico

	<b>Potássio</b>	<b>Selénium</b>	<b>Sódio</b>	<b>Zinco</b>	<b>Água</b>	<b>Biotina</b>
Mann-Witney	311,000	908,500	674,000	463,500	370,500	735,500
Significância	0,000	0,031	0,000	0,000	0,000	0,002

Quadro 33 - Questionário de frequência de consumos de alimentos através de um teste não paramétrico

INFLUÊNCIA DOS HÁBITOS ALIMENTARES NO RISCO DE 1º ENFARTE DE MIOCÁRDIO NAS MULHERES

	Omega 3	Omega 6
Mann-Witney	195,000	314,500
Significância	0,000	0,000

Quadro 34- Questionário de frequência de consumos de alimentos através de um teste não paramétrico

	OR univariado	Intervalo de confiança
Calorias (Kcal)	1,0026	1,0015 – 1,0036
Proteínas (g)	1,0588	1,0334 – 1,085
H.C.(g)	1,0161	1,0089 – 1,0232
Gordura total (g)	1,076	1,0454 – 1,1076
G. Saturada *	1,1675	1,0862 – 1,2548
G.Monoinsaturada*	1,1918	1,1114 – 1,278
G. Poliinsaturada *	1,3455	1,1925 – 1,5181
Colesterol	1,008	1,0038 – 1,0122
Fibra *	1,116	1,0605 – 1,1745
Açucar	1,0303	1,0157 – 1,0452
Alcool	0,9376	0,8873 – 0,9908
Cafeína	0,9924	0,9826 – 1,0024
Vitamina A	1,0005	1,000 – 1,0011
Caroteno	1,0012	1,0006 – 1,0018
Tiamina *	13,7518	4,449 – 42,510
Riboflavina *	6,7695	2,9389 – 15,5927
Vitamina B *	8,9702	3,7095 – 21,6917
Folatos *	1,0102	1,055 – 1,0149
Pantoténico *	3.035	1,9207 – 4,7957
Vitamina D *	1,8511	1,4161 – 2,4197
Vitamina K	1,0300	0,9908 – 1,0708
Cálcio	1,0035	1,0021 – 1,0050
Magnésio	1,0114	1,0066 – 1,0163
Fósforo	1,0035	1,0021 – 1,0050
Potássio	1,0014	1,0009 – 1,0020
Selénium	1,0128	1,0031 – 1,0226
Sódio	1,0012	1,0005 – 1,0019
Zinco *	1,4687	1,2344 - 1,7473
Água	1,0028	1,0017 – 1,0039

INFLUÊNCIA DOS HÁBITOS ALIMENTARES NO RISCO DE 1º ENFARTE DE MIOCÁRDIO NAS MULHERES

Omega 3 *	103,3363	18,2996 – 583,530
Omega 6	1,2103	1,2103 – 1,5761

*Quadro 35-* Questionário de frequência de consumos de alimentos através da análise univariada

## 6. DISCUSSÃO

Pela sua natureza, os constituintes da alimentação e todos os factores relacionados com os métodos de preparação, partilham influências nos factores de risco, criando um meio favorável ou desfavorável. Outros factores ambientes e a predisposição genética e a adquirida vão interagir determinando a vulnerabilidade individual e influenciando o desenvolvimento da doença específica. As doenças cardiovasculares poderão ser, assim como o cancro, consequência de um conjunto de características metabólicas causadas por estilos de vida, consequentes ao desenvolvimento e à industrialização, levando à penetração dos factores de risco nas sociedades ocidentais

As doenças cardiovasculares, de que faz parte o enfarte de miocárdio, são um dos principais problemas de saúde pública nos países desenvolvidos e o envelhecimento populacional faz esperar um aumento no número de mortes por esta causa, nas mulheres.

O aumento simultâneo das taxas de incidência e de mortalidade para estas doenças em países que eram inicialmente baixas e o nivelamento em valores altos, poderá reflectir uma tendência sistemática para a uniformização dos estilos de vida, incluindo os hábitos alimentares e reprodutivos.

A incapacidade de resolver satisfatoriamente o problema com prevenção secundária, obriga a identificar factores de risco e a sua expressão particular na população portuguesa, com o objectivo de estabelecer estratégias preventivas primárias, de forma a reduzir a frequência da doença na comunidade. Apesar de internacionalmente terem vindo a ser realizados inúmeros estudos sobre alimentação, não foram ainda convenientemente estudados. O conhecimento de que alimentos e nutrientes estão associados ao risco de enfarte pode fornecer directivas para prevenção. É importante identificá-lo a partir de estudos realizados na mesma população, usando métodos comuns de forma a atenuar as diferenças entre populações e as inerentes a diferentes desenhos de investigação.

Os viéses na estimativa dos consumos alimentares, poderão ter sido suficientemente grandes para mascarar verdadeiras associações, resultando erros de classificação não diferenciais e levando a erros tipo II. Contudo, a sua avaliação para dados recolhidos retrospectivamente sobre alimentação tanto para micronutrientes como para macronutrientes, (Friedenreich e col.), e para grupos de alimentos, (Holmberg e

col.), mostrou na maioria, mas não em todos os estudos, que parecem ser inexistentes, não explicando as diferenças nas estimativas dos riscos relativos entre estudos de desenhos diferentes.

O estudo caso-controlo de base hospitalar foi conduzido para avaliar a relação entre aspectos alimentares e o risco de primeiro enfarte de miocárdio, independentemente do efeito dos estilos de vida e dos factores reprodutivos.

O facto de os casos terem sido seleccionados no Cento Hospitalar de Vila Nova de Gaia e os controlos em Paranhos, parece não reflectir características de referência ou áreas de recrutamento diferentes, pois todas as participantes moravam no distrito do Porto.

A informação sobre alimentação foi recolhida segundo o depoimento da participante.

Foram avaliadas tantas associações, que poderíamos esperar encontrar algumas estatisticamente significativas apenas por acaso. Este problema deve ser considerado na interpretação dos resultados, não valorizando probabilidades de significâncias próximas de 0,05.

Desde há algumas décadas que o nível sócio-económico pouco elevado tem sido relacionado, de forma consistente, com aumento de risco de primeiro de miocárdio. Neste estudo usamos a educação e o rendimento médio por mês, como indicador sócio-económico, por se associar com muitas características relacionadas com estilo de vida, por estar mais frequentemente relacionada com a doença do que outros factores como ocupação.

No nosso estudo, maior proporção de mulheres com primeiro enfarte de miocárdio, tem nível educacional bastante baixo; cerca de 40% nunca frequentou a escola, assim como o rendimento médio por mês é inferior a 150 contos, conforme resultados publicados, embora isto não nos permita inferir sobre o seu papel no primeiro enfarte de miocárdio.

Não foi possível valorizar a actividade física, incluindo a prática de desportos, pois o número de mulheres que a realizavam era muito baixo.

A maioria dos estudos avalia apenas o índice de massa corporal e não a adiposidade. Este índice varia apenas em função do peso e da altura, não sendo só por si bom indicador de gordura corporal. Apesar de se correlacionar de forma aceitável com a percentagem de gordura corporal, é fortemente confundido pela massa muscular.

Embora as mulheres com primeiro enfarte tenham sido consideradas com peso em excesso, com índice de massa corporal de  $25,9 \text{ kg/m}^2$  e os controlos ainda tinham um índice de massa corporal superior, de  $28 \text{ kg/m}^2$ .

Ao contrário dos trabalhos que sugerem que valores elevados de gordura intra-abdominal, medida pela razão entre perímetro da cinta/e perímetro da anca sejam factor de risco importante para doenças cardiovasculares, no entanto não encontramos grandes diferenças entre os grupos.

Com a menopausa, a produção de estrogénio pelo tecido adiposo predomina, e, em mulheres pós-menopáusicas, com excesso de peso, os aumentos concomitantes de triacilglicerol e insulina podem resultar numa exposição mais prolongada a maiores quantidades e a formas biologicamente mais activas de estrogénios.

Neste estudo evidenciou-se um risco aumentado de doenças cardiovasculares em mulheres com menopausa, embora os intervalos de confiança surgiram que o tamanho amostral poderá ser pequeno para que possam ser demonstradas.

No presente estudo avalíamos especificamente a frequência do consumo de cada tipo de preparação culinária, mais frequentemente usada para carne e peixe, assim como a frequência do uso de cozidos, assados, fritos, grelhados e estufados. Grande percentagem das mulheres inquiridas, usavam mais cozidos e grelhados.

Para os lipídeos, os nossos resultados sugerem aumento da gordura total, de ácidos gordos saturados e polinsaturados, apesar de no grupo destas mulheres, se verificar um aumento de risco para os ácidos gordos monoinsaturados

Na meta-análise dos estudos casos-controlos realizada por (Howe e col.), observou-se associação directa para elevados consumos de ácidos gordos saturados e monoinsaturados e protecção modesta para a gordura polinsaturada. É possível que as nossas doses sejam demasiado baixas para demonstrar esse efeito. Pelo contrário (Willett e col.), num dos poucos estudos prospectivos que avaliou o efeito dos diferentes tipos de lipídeos, encontraram protecção para a gordura monoinsaturada.

A variabilidade do consumo de lipídeos em estudos conduzidos apenas numa população, poderá não ser suficiente para demonstrar uma associação significativa.

De acordo com os nossos resultados, as vitaminas do complexo B, é o nutriente mais consistentemente associado a uma diminuição significativa do risco. Encontramos também protecção marginalmente significativa para a ingestão de carotenos e fibras. A alimentação rica em vegetais, para além de fornecer fibras, vitaminas e minerais, fornece

também inúmeras substâncias não nutritivas, que podem conferir protecção e que poderão actuar sinérgicamente.

Alguns fornecedores de ácidos gordos  $\omega_3$  ; ácido pantoténico, folatos, vitaminas do complexo B, Vitamina A e K, selénio e zinco, e consumo relevantes de alimentos hortofrutícolas, mostram-se significativamente protectores.

Igualmente preventivo são a preferência culinária por cozidos, assados e grelhados.

Concausas não nutri-alimentares que emerge significativamente como provocadores são diabetes e menopausa.

Outras relações não se salientam do trabalho feito sem dúvida, pelo número de casos. Mas as relações encontradas como se demonstra nos sucessivos quadros de resultados, apontam a alimentação como grande responsável pela doença coronária aterósclerótica, juntando-se a numerosas investigações concordantes.

## 7. CONCLUSÕES

O Universo possível do estudo, condiciona o número de casos.

O trabalho desenvolvido confirma a adequação dos meios de análise para os objectivos delineados e revela o valor do grupo testemunha. Apesar do número de casos não ser grande, foi suficiente para demonstrar a importância de factores alimentares como concausas de enfarte de miocárdio em mulheres.

1 – Identificaram-se como factores associados a um aumento do risco de primeiro enfarte do miocárdio nas mulheres:

- 1.1. Elevados consumos de energia, de proteínas e de gorduras saturadas, mono e polinsaturadas;
- 1.2. baixo consumo de fibra;
- 1.3. quantidades elevadas de carne vermelha gorda e de frango;
- 1.4. a baixa actividade fisica e um índice de massa corporal superior a  $26\text{kg/m}^2$  ;
- 1.5. baixa escolaridade, cerca de 40% nunca frequentaram a escola, e baixo rendimento mensal;
- 1.6. diabetes;
- 1.7. menopausa;
- 1.8. triglicéridos, colesterol, HDL, LDL e glicose elevados.

2 – De realçar tambem:

- 2.1 A ingestão de café e chá parecem não aumentar o risco;
- 2.2 A ingestão de álcool, e o ser fumadora, não se anuncia como um risco aumentado.

## 8. BIBLIOGRAFIA

### Bibliografia do texto

- \* Santos, Beja; Carvalho, Odete; Duarte, Teresa; - A educação do consumidor - guia para professores, formadores e animadores. Editora, Lisboa 1ª edição, 1991.
- \* Lavie, C.J.: Doença coronária. Postgraduate Medicine, vol 10, nº 1, Julho 1998; 100 - 105.
- \* Jackson, G: Angina de peito. Update, Fevereiro 1996; 6 - 10.(b)
- \* Carson, I.A - Comida e Civilização. Editora assírio & Alvim, Lisboa, 1995
- \* Willet WC. Nutritional Epidemiology. New York, Oxford University Press 1990
- \* Tjonneland A, Haraldsdóttir J, Overad K, Stripp C, Ewertz M, Jensen OM. Influence of individually estimated portion sizes data on the validity of a semiquantitative food frequency questionnaire. Int J Epidemiol 1992; 21: 770-7
- \* Rose, G.: Sick individuals and sick populations. International Journal of Epidemiology, 14, 1985; 32 - 38.(i)
- \* Patterson, H.R.: Rastreamento dos factores de risco da doença coronária. Update, Março 1994; 36 - 43.
- \* OMS: Saúde para todos no ano 2000.
- \* O'Keefe J.H.Jr., Nelson J., Harris W.S.: Mudanças do estilo de vida necessárias na doença coronária. Postgraduate Medicine, vol 7, nº 3, Março 1997; 33 - 43.(f)
- \* O'Keefe J.H.Jr., Lavie C.J.Jr, McCallister B.D.: Insights into the pathogenesis and prevention of coronary artery disease. Mayo Clin. Proc., 70 (1), 1995; 69 - 79.
- \* Manson J.E., Tosteson H., Ridker P.M. et al: The primary prevention of myocardial infarction. New England Journal of Medicine, 326 (21), 1992; 1406-16.
- \* Hunter DJ, Sampson L, Stampfer MJ, Colditz GA, Rosner B, Willet WC. Variability in portion sizes of commonly consumed foods among a population of women in the United States. Am J Epidemiol 1988; 127: 1240-9.
- \* Holland B, Welch AA, Unwin ID, Buss DH, Paul AA, Southgate DAT. The Composition of Foods. 5th revised. London. The Royal Society of Chemistry and Ministry of Agriculture, Fisheries and Food, 1991.
- \* Hernandez-Ávila M, Master C, Hunter DJ. Influence of additional portion size information on the validity of a semiquantitative food frequency questionnaire. Am J Epidemiol 1988; 128: 891.
- \* Fowles, R.E.: Enfarte de miocárdio nos anos 90. Postgraduate Medicine, vol 5, nº 5, Maio 1996; 37 - 59.
- \* Ferreira FAG, Graça MÊS. Tabela de Composição dos Alimentos Portugueses. Lisboa. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 1985.

- \* Elliot, W.J.: Factores de risco cardio-vascular. Postgraduate Medicine, vol 4, nº 2, Setembro 1995; 45 - 51.(g)
- \* Ramalheira ACP, Cardoso SM. A Caracterização do Risco. Lisboa. Almedina, 1995

#### Bibliografia consultada

- \* Amaral T, Nogueira C, Paiva I, Lopes C, Cabral S, Fernandes P, Barros V, Silva T, Calhau S, Cardoso R, Almeida MD. Pesos e porções de alimentos. Rev. Port. Nutr . 1993; 5: 13-23.
- \* Armstrong BK, White E, Saracci R. Principles of Exposure Measurement in Epidemiology. Monographs in Epidemiology and Biostatistics. New York. Oxford University Press 1994.
- \* Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. Lancet 1986.
- \* Block G, Thompson FE, Hartman Am, Larkin FA, Guire KE. Comparação de two dietary questionnaire validated against multiple dietary records collected during a 1-year period. J Am Diet Assoc. 1992
- \* Cameron M, Staveren WAV. Manual on Methodology for food Consumption Studies. Oxford University Press 1998.
- \* Campbell TC, Parpia B, Chen J. Diet lifestyle and the etiology of coronary artery disease: The Cornell China study. Am J Cardiol 1998 Nov 26;82 (10B): 18T- 21T.
- \* De la Fuente M, Fernandez MD, Burgos MS, Soler A, Prieto A, Miquel J. Immune function in aged women is improved by ingestion of vitamins C and E. Can J Physiol Pharmacol 1998 Apr;76(4):373-80.
- \* Faria MC, Mateus CL, Coelho F, Martins R, Barros H. Inquéritos postais. Uma estratégia útil para o seguimento de doentes com acidente vascular cerebral ? Acta Médica Portuguesa 1997; 10: 61-5
- \* Fleschler R. Heart- healthy eating. AWHONN lifelines 1998 Apr;2 (2):32-7.
- \* Frank GC, Farris RP, Berenson GS. Comparison of dietary intake by 2 computerised analysis systems. J Am Diet Assoc. 1994.
- \* Garg A - Treatment of diabetic dyslipidemia. Am J Cardiol 1998 Feb 26; 81 (4A): 47 B- 51B.
- \* Glick M, Michel AC, Dorn J, Horwitz M, Rosenthal T, Trevisan M. Dietary cardiovascular risk factors and serum cholesterol in an Old Order Mennonite community. Am J Public Health 1998 Aug;88(8):1202-5.
- \* Gouveia A. Doença Coronária na Mulher – Factores de Risco. Cardiologia actual. Vol. 9,nº 79, Fevereiro de 1999.
- \* Guthrie HÁ. Selection and quantification of typical food portions by young adults. J Am Diet Assoc. 1984.
- \* Hu FB, Stampfer MJ, Manson JE, Rimm E, Colditz GA, Rosner BA, Hennekens CH, Willett WC. Dietary fat intake and the risk of coronary heart disease in women. N Engl J Med 1997 Nov 20;337(21):1491-9.

- \* Hu FB, Stampfer MJ, Manson JE, Rimm EB, Colditz GA, Rosner BA, Speizer FE, Hennekens CH, Willett WC. Frequent nut consumption and risk of coronary heart disease in women : Prospective cohort study. *BMJ* 1998 Nov 14;317(7169):1341-5.
- \* Jacobs DR, Elmer PJ, Gorder D, Hall Y, Moss D. Comparison of nutrient calculation systems. *Am J Epidemiol* 1985.
- \* La Rosa JC. Triglycerides and coronary risk in women and the elderly. *Arch Intern Med* 1997 May 12;157(9):961-8.
- \* Livingstone BEM, Prentice AM, Strain JJ, Coward WA, Black AE, Barker ME, McKenna PG, Whitehead RG. Accuracy of weighed dietary records in studies of diet and health. *BMJ* 1990.
- \* Longneker MP, Lissner L, Holden JM, Flack VF, Taylor PR, Stampfer MJ, Willett WC. The reproducibility and validity of a self-administered semiquantitative food frequency questionnaire in subjects from South Dakota and Wyoming. *Epidemiology* 1993.
- \* Lugasi A, Blazovics A, Dworschk E, Feher J. Cardio-protective effect of red wine as reflected in the literature. (article in Hungarian). *Orv Hetil* 1997 Mar 16;138 (11): 673-8.
- \* Margetts BM, Cade JE, Osmond C. Comparison of a food frequency questionnaire with a diet record. *Int J Epidemiol* 1989.
- \* McCance RA, Widdowson EM. The composition of foods. London, Medical Research Council 1969.
- \* Pietnen P, Hartman AM, Haapa E, Rasanen L, Haapakoski J, Palmgren J Albanes D, Virtamo J, Huttunen Jk. Reproducibility and validity of dietary assessment instruments. *Am J Epidemiol* 1998.
- \* Rimm EB, Giovannucci EL, Stampfer MJ, Colditz GA, Litin LB, Willett WC. RE: " Inveted commentary: some limitations of semiquantitative food frequency questionnaires". *Am J Epidemiol* 1992.
- \* Rimm EB, Willett WC, Hu FB, Sampson L, Colditz Ga, Manson JE, Hennekens C, Stampfer MJ, Folate and vitamin B6 from diet and supplements in relation to risk of coronary heart disease among women. *Jama* 1998 Feb 4;279(5):359-64.
- \* Samet JM , Humble CG, Skipper BE. Alternatives in the collection and analysis of food frequency interview data. *Amm J Epidemiol* 1994.
- \* Tjnneland A, Haraldsdóttir J, Overad K, Stripp C, Ewertz M, Jensen OM. Influence of individually estimated portions sizes data on the validity of a semiquantitative food frequency questionnaire. *Int J Epidemiol* 1992.
- \* Westerveld HT, Meijer E, Erkelens DW, de Bruin TW. Postprandial reduction in high-density lipoprotein cholesterol concentrations in postmenopausal women : improvement by 17beta-estradiol. *Metabolism* 1996 Jul; 45 (7):827-32.
- \* Willet WC, *Nutritional Epidemiology*. New York, Oxford University Press 1990.
- \* Willet WC, Sampson L, Stampfer MJ, Rosner B, Bain C, Witschie J, Hennekens CH, Speizer FE. Reproducibility and validity of a semiquantitative food frequency questionnaire. *Am J Epidemiol* 1985.
- \* Willett WC, Reynolds RD, Cottrel- Hoehner S, Sampson L, Browne ML. Validation of a semiquantitative food frequency questionnaire : comparison with a 1-year diet record. *J Am Diet Assoc*.1997.

\* Yasmin, Mascie-Taylor CG, Brown MJ, Hughes M. The effect of dietary intervention on changes in the total cholesterol, blood pressure and weight in a Cambridge study. *Int J Clin Pract* 1998 Jun;52(4):241-5.

### Agradecimentos

Agradeço especialmente a todas as participantes deste estudo, por terem fornecido a sua informação, tornando-o possível.

Também quero expressar os meus agradecimentos :

- ao Prof. Doutor Henrique de Barros por me ter motivado para os estudos epidemiológicos, pelos conhecimentos que me transmitiu e por me ter proporcionado a realização deste estudo e toda a sua contribuição para este trabalho;
- ao Dr. Emílio Peres pela sua preciosa ajuda, interesse, permanente disponibilidade e grande amizade. Agradeço também os conhecimentos que me transmitiu e toda a sua contribuição para este trabalho;
- ao Director do Departamento de Cardiologia , Dr. Vasco da Gama ; ao responsável pelo internamento do Serviço de Cardiologia , Dr. Lino Simões e a todo o pessoal do Serviço de Cardiologia, agradeço a excelente colaboração prestada;
- à Prof. Doutora Zaida Azeredo pela sua amizade , disponibilidade , por todas as informações transmitidas e pelas inúmeras cópias de publicações fornecidas ;
- aos colegas Dra. Luisa Almeida, Dra. Eduarda Matos, Dra. Luisa Nogueira, Dr David Costa por todas as sugestões e ajudas ;
- a todo o Pessoal do Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com especial referência à Dra, Elisabete Ramos, por toda a ajuda e colaboração;
- ao Raimundo e à Xana por toda a ajuda e força que me deram para a realização deste mestrado e por terem facilitado e “permitido” as minhas “ausências”.

**ANEXO 1 – Questionário**





## ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES

### História Familiar de doença

18. Os seus pais sofrem ou alguma vez sofreram de: 0  Não 1  Sim 2  Não sabe

Se sim: qual ou quais?

	(1)Mãe	(2)Pai	(3) Mãe e Pai
Diabetes NID			
Diabetes ID			
Hipertensão			
AVC			
Enfarte			
Out. dça cardíaca			
Morte súbita			

Se tiveram AVC ou Enfarte foi (p/ qualquer um deles):

1  < 55 anos 2  55-65 anos 3  > 65 anos 4  NS

1  < 55 anos 2  55-65 anos 3  > 65 anos 4  NS

( Não preencher)

18.

18a.

18b.

18c.

18d.  18.1.

18e.  18.2.

18f.

18g.

19a. Quantos irmãos tem?

19b. Quantas irmãs tem?

19a.   19b.

20. E os seus irmãos sofrem ou alguma vez sofreram de: 0  Não 1  Sim 2  Não sabe

Se sim: quantos irmãos tem ou tiveram essa(s) doença(s)?

	Nº de irmãos c/ doença	
	Masculino	Feminino
Diabetes NID		
Diabetes ID		
Hipertensão		
AVC		
Enfarte		
Outra dça. cardíaca		
Morte súbita		
Outr. causas morte		

Se tiveram AVC ou Enfarte foi (para qualquer um deles):

1  < 55 anos 2  55-65 anos 3  > 65 anos 4  NS

1  < 55 anos 2  55-65 anos 3  > 65 anos 4  NS

20.1.  20.2.

20a.   20b.

20c.   20d.

20e.   20f.

20g.   20h.

20i.   20j.

20k.   20l.

20m.   20n.

20o.   20p.

20q.   20r.

20.5. Algum dos seus tios ou avós tiveram Enfarte (antes dos 65 anos)? 0  Não 1  Sim 2  Não sabe

20.5.

### Antecedentes pessoais de doença

21. Alguma vez lhe foi dito que tinha:

	(0)Não	(1)Sim	(2)Não sabe
Tensão arterial elevada			
"Colesterol" elevado			
Angina de peito			
Enfarte do miocárdio			
Acidente vascular cerebral			
Outra doença cardíaca*			

\* Qual? \_\_\_\_\_

21a.

21b.

21c.

21d.

21e.

21f.

22. Mediu a tensão arterial no último ano?

0  Não 1  Sim

22.

23. Fez análises ao colesterol/triglicérides no último ano?

0  Não 1  Sim 2  Não sabe

23.

SECÇÃO A: Dor Torácica de Esforço

( Não preencher)

24.1. Alguma vez sentiu dor ou desconforto no peito? 0  Não 1  Sim

24.1

24.1a. Se Não, alguma vez sentiu pressão ou peso no peito? 0  Não 1  Sim

24.1a

Se Não, prossiga à questão nº 25.

Se Sim, faça a próxima pergunta. (Se nas restantes questões da secção A for registada alguma resposta assinalada com \*, prossiga para a secção B.)

24.2. Tem essa sensação quando caminha a subir ou apressadamente?  
0  Não\* 1  Sim 2  Nunca caminha em subidas ou apressadamente

24.2

24.3. Tem essa sensação quando caminha a passo normal em plano? 0  Não 1  Sim

24.3

24.4. O que costuma fazer quando tem essa sensação enquanto caminha?  
1  Pára ou abranda o passo 2  continua a caminhar\*

24.4

(Registe "Pára ou abranda o passo" se os indivíduos continuam a caminhar depois de tomarem nitroglicerina)

24.5. Se ficar parado, o que é que acontece à dor? 1  alivia 2  continua\*

24.5

24.6. Quanto tempo demora a aliviar? 1  10 min. ou menos 2  Mais de 10 min.\*

24.6

24.7. Pode-me indicar onde sentiu a dor? (Registe todas as áreas mencionadas)

1  Esterno (superior ou médio) 2  Esterno (inferior)  
3  Tórax anterior esquerdo 4  Braço esquerdo 5  Outro

24.7

24.8. Sente a dor em algum outro sitio? 0  Não 1  Sim  
(Se sim, registe a informação adicional em cima)

24.8

24.9. Consultou algum médico por causa dessa dor (ou desconforto)? 0  Não 1  Sim

24.9

Se Sim, o que é que ele lhe disse que era? \_\_\_\_\_

SECÇÃO B: Possível Enfarte

24.10. Alguma vez sentiu uma dor retro-esternal ("tabua" do peito) durante meia hora ou mais?  
0  Não 1  Sim

24.10

(Se não, prossiga à questão nº 25)

24.11. Consultou algum médico por causa dessa dor? 0  Não 1  Sim

24.11

Se Sim, o que é que ele lhe disse que era? \_\_\_\_\_

24.11a. Quantos ataques destes já teve?

24.11a

24.11b. 1º ataque: data \_\_\_\_\_ (ano) duração da dor \_\_\_\_\_ (min)

b1   b2

24.11c. 2º ataque: data \_\_\_\_\_ (ano) duração da dor \_\_\_\_\_ (min)

b1   b2

25. É diabético? 0  Não 1  Sim 2  Não sabe

(Não preencher)

25.

25a. Se sim, desde que idade?   meses/anos\*

25a.    anos

- Que tipo de tratamento faz? 25b. Tratamento actual 25c. Desde 25d. Tratamento inicial

- Dieta 1    anos 1
- Exercício físico regular 2    anos 2
- Dieta +Exercício físico regular 3    anos 3
- Comprimidos (anti-diabéticos orais) 4    anos 4
- Insulina 5    anos 5
- Insulina + comprimidos 6    anos 6

25b1.

25c1.

25b2.

25c2.

25d.

26. Sofre actualmente de alguma doença que o obriga a cuidados médicos regulares, i.e., tratamentos, análises, consultas, etc? 0  Não 1  Sim

26.

26a. Se sim, qual ou quais?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

26a1.

26a2.

26a3.

27. No último ano quantas vezes consultou um Médico?

27.

27a. E um Dentista?

27a.

28. Toma habitualmente medicamentos (considere a medicação crónica no último ano)? 0  Não 1  Sim

28.

28a. Se sim, quais?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

28a1\*.

28a2\*.

28a3\*.

28a4\*.

28a5\*.

28a6\*.

28a7\*.

28a8\*.

28a9\*.

28a10\*.

28a11\*.

28b. No último ano tomou algum suplemento de vitaminas ou minerais? 0  Não 1  Sim

28b.

28c. Se sim, quais?

\_\_\_\_\_ Que quantidade? \_\_\_\_\_ /mês Duração: \_\_\_\_\_ meses

\_\_\_\_\_ Que quantidade? \_\_\_\_\_ /mês Duração: \_\_\_\_\_ meses

\_\_\_\_\_ Que quantidade? \_\_\_\_\_ /mês Duração: \_\_\_\_\_ meses

28c2.    /ano

28c3.

28c5.    /ano

28c6.

28c8.    /ano

28c9.

(\* Riscar o que não interessa)

# HISTÓRIA OBSTÉTRICA

29. A que idade teve a 1ª menstruação?	<input type="text"/> <input type="text"/>	(Não preencher)	29 <input type="text"/> <input type="text"/>
30. Quantas vezes esteve grávida?	<input type="text"/> <input type="text"/>		30 <input type="text"/> <input type="text"/>
31. Quantos filhos vivos teve?	<input type="text"/> <input type="text"/>		31 <input type="text"/> <input type="text"/>
32. Teve algum abortamento?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não responde		32 <input type="checkbox"/>
33. Se sim:			
33a. quantos abortos espontâneos	<input type="text"/> <input type="text"/>		33a <input type="text"/> <input type="text"/>
33b. quantos abortos provocados	<input type="text"/> <input type="text"/>		33b <input type="text"/> <input type="text"/>
34. Alguma vez esteve mais de um ano a tentar engravidar sem conseguir?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim		34 <input type="checkbox"/>
Se sim:			
0 <input type="checkbox"/> nunca esteve grávida			34a <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> antes da 1ª gravidez			
2 <input type="checkbox"/> depois de já ter estado grávida	_____	1 <input type="checkbox"/> após aborto	34b <input type="checkbox"/>
		2 <input type="checkbox"/> após já ter 1 filho	
3 <input type="checkbox"/> infertilidade masculina			
35. Toma ou tomou contraceptivos orais?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim		35 <input type="checkbox"/>
Se sim:			
35a. Durante quanto tempo tomou?	<input type="text"/> <input type="text"/> (anos)		35a <input type="text"/> <input type="text"/>
35b. De que tipo?	_____		35b <input type="checkbox"/>
36. Ainda é menstruada?			
0 <input type="checkbox"/> Não, deixou de o ser há 12 meses ou mais.			36 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/> Não, deixou de o ser no mínimo há 3 meses e no máximo há 12 meses (exclusivé).			
1 <input type="checkbox"/> Sim, e continua como habitualmente			
36a. Se não: com que idade deixou de ser menstruada?	<input type="text"/> <input type="text"/>		36a <input type="text"/> <input type="text"/>
37. Foi naturalmente ou devido a cirurgia?	1 <input type="checkbox"/> Espontânea 2 <input type="checkbox"/> Cirúrgica		37 <input type="checkbox"/>
37a. Se cirúrgica, retirou os ovários?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não sabe		37a <input type="checkbox"/>
38. Fez ou faz terapêutica hormonal de substituição?	0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não sabe		38 <input type="checkbox"/>
38a. Se sim: que medicação?	_____		38 <input type="checkbox"/>
38b. Durante quanto tempo	<input type="text"/> <input type="text"/> (anos)		38a** <input type="checkbox"/>
			38b <input type="text"/> <input type="text"/>

\*25b. (1 = altas doses; 2 = baixas doses; 9 = "missing")

\*\* 38a. (1 = estrogénios; 2 = estrogénios + progesterona; "missing")



# ACTIVIDADE FÍSICA ACTUAL

Dormir/descansar:

42. Quantas horas dorme em média por dia?    horas

Na profissão: (Se não trabalha passe a questão 47)

43. Quantas horas por semana trabalha?   horas/sem

44. Como se desloca para o emprego e quanto tempo demora?

a pé

min/dia/sem\*

carro ou transportes públicos

min/dia/sem\*

outro (especifique) \_\_\_\_\_

min/dia/sem\*

45. Que tipo de actividade tem no seu emprego?

1  Está sentado a maior parte do tempo

2  Está de pé e anda, mas sem outra actividade física

3  Está de pé e anda, mas também sobe escadas e carrega objectos

4  Tem actividade física pesada

46. Há quanto tempo exerce esta profissão?   anos

No trabalho doméstico:

47. Costuma fazer trabalhos domésticos? 0  Não 1  Sim

Se sim, de que tipo e quanto tempo?

cozinhar, lavar a louça, passar a ferro

min/dia/sem\*

limpar a casa, fazer compras, tratar dos filhos, jardinagem

min/dia/sem\*

polir o chão, bricolage, agricultura

min/dia/sem\*

outro (especifique) \_\_\_\_\_

min/dia/sem\*

Nos tempos livres:

48. Quanto tempo passa por dia sentado, a ver televisão, a ler, a escrever, jogar cartas, etc?

min/dia

49. Costuma fazer algum desporto ou actividade física? 0  Não 1  Sim

Se sim: Qual o tipo e a duração dessa actividade física?

Caminhar calmamente, golfe, ténis de mesa, bilhar

min/dia/sem\*

Caminhar apressado, ténis, dança, natação, ciclismo

min/dia/sem\*

Correr, aeróbica, basquetebol, futebol, atletismo

min/dia/sem\*

outro (especifique) \_\_\_\_\_

min/dia/sem\*

(Não preencher)

42.

43.

44a.     dia

44b.     dia

45.

46.

47.

47a.     dia

47b.     dia

47c.     dia

48.     dia

49.

49a.     dia

49b.     dia

49c.     dia

(\* Riscar o que não interessa)

# ACTIVIDADE FÍSICA ANTERIOR

42.a. Há quanto tempo alterou a sua actividade física?    anos

**Dormir/descansar:**

42.1. Quantas horas dormia em média por dia?    horas

**Na profissão: (Se não trabalha passe à questão 47.1)**

43.1. Quantas horas por semana trabalhava?   horas/sem

44.1. Como se deslocava para o emprego e quanto tempo demorava?

a pé

min/dia/sem\*

carro ou transportes públicos

min/dia/sem\*

outro (especifique) \_\_\_\_\_

min/dia/sem\*

45.1. Que tipo de actividade tinha no seu emprego?

1  Está sentado a maior parte do tempo

2  Está de pé e anda, mas sem outra actividade física

3  Está de pé e anda, mas também sobe escadas e carrega objectos

4  Tem actividade física pesada

46.1. Quanto tempo exerceu esta profissão?   anos

**No trabalho doméstico:**

47.1. Costumava fazer trabalhos domésticos? 0  Não 1  Sim

Se sim, de que tipo e quanto tempo?

cozinhar, lavar a louça, passar a ferro

min/dia/sem\*

limpar a casa, fazer compras, tratar dos filhos, jardinagem

min/dia/sem\*

polir o chão, bricolage, agricultura

min/dia/sem\*

outro (especifique) \_\_\_\_\_

min/dia/sem\*

**Nos tempos livres:**

48.1. Quanto tempo passava por dia sentado, a ver televisão, a ler, a escrever, jogar cartas, etc?

min/dia

49.1. Costumava fazer algum desporto ou actividade física?

0  Não 1  Sim

Se sim: Qual o tipo e a duração dessa actividade física?

Caminhar calmamente, golfe, ténis de mesa, bilhar

min/dia/sem\*

Caminhar apressado, ténis, dança, natação, ciclismo

min/dia/sem\*

Correr, aeróbica, basquetebol, futebol, atletismo

min/dia/sem\*

outro (especifique) \_\_\_\_\_

min/dia/sem\*

(Não preencher)

42.a    anos

42.1

43.1

44.1.a     /dia

44.1.b     /dia

45.1

46.1

47.1

47.1.a     /dia

47.1.b     /dia

47.1.c     /dia

48.1     /dia

49.1

49.1.a     /dia

49.1.b     /dia

49.1.c     /dia

(\* Riscar o que não interessa)

# HÁBITOS TABÁGICOS E ALCÓOLICOS

(Não preencher)

50. Fuma ou alguma vez fumou?

- 1 Fumador (pelo menos 1 vez/dia)       3 Não-fumador  
 2 Fumador ocasional (menos de 1 vez/dia)       4 Ex-fumador

- 50a. Cigarros n°    por dia/semana\*  
 50b. Charutos ou cigarrilhas n°    por dia/semana\*  
 50c. Cachimbo n°    gramas por dia/semana\*

51a. Iniciou o consumo aos   anos      51b. Se é ex-fumador, parou aos   anos

52. Bebe ou alguma vez bebeu bebidas alcoólicas?

- 1 Bebedor (pelo menos 1 copo/sem)       3 Não-bebedor  
 2 Bebedor ocasional (menos de 1 copo/sem)       4 Ex-bebedor

Bebe vinho?

52a. N° de copos   dia/semana/mês\*      52b. Tipo de copo \_\_\_\_\_

52c. Que tipo bebe mais frequentemente?

- 1 Verde branco       2 Verde tinto  
 3 Maduro branco       4 Maduro tinto  
 5 Americano/Morangueiro       6 Verde + Maduro

52d. Iniciou o consumo de vinho aos   anos      52e. Se é ex-bebedor, parou aos   anos

Bebe cerveja?

53a. N° de copos   dia/semana/mês\*      53b. Tipo de copo \_\_\_\_\_

53c. Que tipo bebe mais frequentemente?       1 Com álcool       2 Sem álcool

53d. Iniciou o consumo de cerveja aos   anos      53e. Se é ex-bebedor, parou aos   anos

54. Bebe bebidas brancas (aguardente, whisky, gin, vodka, etc)?

54a. N° de copos   dia/semana/mês\*      54b. Tipo de copo \_\_\_\_\_

54c. Iniciou o consumo aos   anos      54d. Se é ex-bebedor, parou aos   anos

55. Bebe outras bebidas espirituosas (vinho do Porto, licores, etc)?

55a. N° de copos   dia/semana/mês\*      55b. Tipo de copo \_\_\_\_\_

55c. Iniciou o consumo aos   anos      55d. Se é ex-bebedor, parou aos   anos

50.

50a.    dia

50b.    dia

50c.    dia

51a.        51b.

51c. (MUDT)

52.

52a.   /sem

52b.

52c.

52d.        52e.

52f. (MUDV)

53a.   /sem

53b.

53c.

53d.        53e.

53f. (MUDC)

54a.   /sem

54b.

54c.        54d.

54e. (MUDB)

55a.   /sem

55b.

55c.        55d.

55e. (MUDE)

(\* Riscar o que não interessa)

# HÁBITOS ALIMENTARES

56. Modificou os seus hábitos alimentares? 0  Não 1  Sim

56a. Se sim, ha quanto tempo?   meses/anos\*

57. Quantas refeições faz habitualmente por dia?   /dia

58. Quantas refeições (principais) faz habitualmente fora de casa?   /sem

59. Bebe ou alguma vez bebeu Café? 0  Não 1  Sim

Se sim: Quantos bebe, de que tipo e desde que idade até que idade?

Expresso   dia/semana/mês\*  
Desde os   até aos   anos

Descafeinado   dia/semana/mês\*  
Desde os   até aos   anos

Saco/filtrado (100% café)   dia/semana/mês\*  
Desde os   até aos   anos

Saco/filtrado (mistura)   dia/semana/mês\*  
Desde os   até aos   anos

Instantâneo (100% café)   dia/semana/mês\*  
Desde os   até aos   anos

Instantâneo (mistura)   dia/semana/mês\*  
Desde os   até aos   anos

(Tipo de chávena \_\_\_\_\_)

(Tipo de chávena \_\_\_\_\_)

(Tipo de chávena \_\_\_\_\_)

(Tipo de chávena \_\_\_\_\_)

(Tipo de chávena \_\_\_\_\_)

(Não preencher)

56.   /anos

57.

58.

59.

59a.   /sem

59b.  59c.

59d.   /sem

59e.  59f.

59g.   /sem

59h.  59i.

59j.   /sem

59k.  59l.

59m.   /sem

59n.  59o.

59p.   /sem

59q.  59r.

59s. {MUDCAF}

60.

60a.   /sem

60b.  60c.

60d.   /sem

60e.  60f.

60. Bebe ou alguma vez bebeu Chá? 0  Não 1  Sim

Se sim: Que quantidade bebe, de que tipo e desde que idade até que idade?

Chá (preto)   dia/semana/mês\*  
Desde os   até aos   anos

Outras infusões   dia/semana/mês\*  
Desde os   até aos   anos

Qual(ais)? \_\_\_\_\_

Quantidade de água que bebe:

61. Água: N° de copos   dia/sem/mês\* Tipo de copo

62. Água Gaseificada: N° de copos   dia/sem/mês\* Tipo de copo

Nome Comercial \_\_\_\_\_

(\* riscar o que não interessa)

61.    /dia

62.    /dia

(Não preencha)

63. Com que frequência usa os seguintes tipos de culinária?

	1	2	3	4
	1 ou + vezes/dia	4-6 vezes/sem	1-3 vezes/sem	< 1 vez/sem
Cozidos				
Assados				
Fritos				
Grelhados				
Estufados				

- 63a.
- 63b.
- 63c.
- 63d.
- 63e.

	1	2	3	4	5
64. Como come o peixe na maioria das vezes?	Cozido	Grelhado	Frito	Assado	Estufado
65. Como come a carne na maioria das vezes?	Cozido	Grelhado	Frito	Assado	Estufado
66. O que faz com a gordura visível da carne?	Tira toda	Tira a maioria	Tira um pouco	Não tira	
67. O que faz com a pele do frango?	Tira toda	Tira a maioria	Tira um pouco	Não tira	
68. Costuma usar sal na mesa?	Sempre	Algumas vezes	Nunca		
69. Costuma comer a comida picante?	Sempre	Algumas vezes	Nunca		
70. Costuma usar alho no prato?	Sempre	Algumas vezes	Nunca		

- 64.
- 65.
- 66.
- 67.
- 68.
- 69.
- 70.

71. Que tipo de gordura utiliza mais frequentemente para fritar?

- 1  Manteiga
- 2  Margarina
- 3  Óleos
- 4  Azeite
- 5  Azeite + óleo
- 6  Banha

71.

72. Que tipo de gordura utiliza mais frequentemente para outros cozinhados?

- 1  Manteiga
- 2  Margarina
- 3  Óleos
- 4  Azeite
- 5  Azeite + óleo
- 6  Banha

72.

73. Que tipo de gordura utiliza mais frequentemente para temperar?

- 1  Manteiga
- 2  Margarina
- 3  Óleos
- 4  Azeite
- 5  Azeite + óleo

73.

(\* Riscar o que não interessa)

**75. ASPECTOS PSICOSOCIAIS**  
(Escala de Avaliação de Bortner)

	Muito	Bastante	Pouco	Neutro	Pouco	Bastante	Muito		Não preencher
75a. É sempre pontual								Descuida-se com os horários	75a <input type="checkbox"/>
75b. Não é competitivo (no emprego, nos jogos, na família)								É muito competitivo	75b <input type="checkbox"/>
75c. Não espera que os outros acabem de falar (interrompe, acaba por eles)								Escuta com atenção até ao fim	75c <input type="checkbox"/>
75d. Anda sempre apressado								Nunca tem pressa mesmo sobre pressão	75d <input type="checkbox"/>
75e. Tem paciência para esperar								É impaciente quando espera	75e <input type="checkbox"/>
75f. Costuma dar o máximo em tudo que se empenha								Costuma participar irregularmente	75f <input type="checkbox"/>
75g. Faz uma coisa de cada vez								Tenta fazer muitas coisas ao mesmo tempo e já a pensar no que vai fazer a seguir	75g <input type="checkbox"/>
75h. Ao falar é enérgico e explosivo								Fala calmo e devagar	75h <input type="checkbox"/>
75i. Deseja um bom emprego, que seja apreciado pelos outros								Preza acima de tudo a sua satisfação pessoal seja qual for a opinião dos outros	75i <input type="checkbox"/>
75j. Costuma ser rápido (a comer, a andar, etc.)								É lento no que faz	75j <input type="checkbox"/>
75l. Em geral é despreocupado								É muito empenhado em conseguir grandes objectivos	75l <input type="checkbox"/>
75m. Costuma "engolir" o que sente (não conta os seus problemas a ninguém)								Exprime abertamente o que sente (e desabafa com alguém os seus problemas)	75m <input type="checkbox"/>
75n. Interessa-se por muitas coisas além do trabalho (actividades desportivas, ações na comunidade, etc.)								Vive só para o trabalho	75n <input type="checkbox"/>
75o. Está satisfeito com o seu emprego								Ambiciona sempre mais e melhor	75o <input type="checkbox"/>
	Muito	Bastante	Pouco	Neutro	Pouco	Bastante	Muito		

76. Tem animais de estimação? 0  Não 1  Sim  
76a. Se sim, quais? \_\_\_\_\_

76\*   
76a.

\*76. (1=gato; 2=cão; 3=pássaros, 4=outros; 9="missing")

**RENDIMENTOS:**

77.- Qual é o seu rendimento médio por mês?	(0) <input type="checkbox"/> Sem rendimentos	(1) <input type="checkbox"/> ≤50	(2) <input type="checkbox"/> 51-100	(3) <input type="checkbox"/> 101-150	(4) <input type="checkbox"/> 151-200	(5) <input type="checkbox"/> 201-250	(6) <input type="checkbox"/> 251-300	(7) <input type="checkbox"/> >300	(8) <input type="checkbox"/> Não sabe	(Não preencher)
										77. <input type="checkbox"/>
(Não aplicável a solteira(o)s)										
77a.- Qual é o rendimento médio por mês do cônjuge (inclui pensão de viuvez e pensão de divórcio)?	(0) <input type="checkbox"/> Sem rendimentos	(1) <input type="checkbox"/> ≤50	(2) <input type="checkbox"/> 51-100	(3) <input type="checkbox"/> 101-150	(4) <input type="checkbox"/> 151-200	(5) <input type="checkbox"/> 201-250	(6) <input type="checkbox"/> 251-300	(7) <input type="checkbox"/> >300	(8) <input type="checkbox"/> Não sabe	77a. <input type="checkbox"/>

--	--	--	--

**DADOS ANTROPOMÉTRICOS**

(Não preencher)

78. Peso máximo


78.			
-----	--	--	--

79. Peso actual

				79a. Quanto pesa?			
79a. Quanto pesa?							

78a.		
------	--	--

79.			
-----	--	--	--

80. Altura

				80a. Quanto mede?			
80a. Quanto mede?							

79a.			
------	--	--	--

80.			
-----	--	--	--

80b. Calcânhar-joelho

--	--	--

80a.			
------	--	--	--

80b.		
------	--	--

81. Perímetros:

81a. Braço

--	--	--

81a.			
------	--	--	--

81b. Cintura

--	--	--	--

81b.			
------	--	--	--

81c. Anca

--	--	--	--

81c.			
------	--	--	--

82. Pregas Cutâneas:

82a. PCT

--	--	--

82a.			
------	--	--	--

82b. PCB

--	--	--

82b.			
------	--	--	--

82c. PCSE

--	--	--

82c.			
------	--	--	--

82d. PCSI

--	--	--

82d.			
------	--	--	--

82e. PCA

--	--	--

82e.			
------	--	--	--

**IMPEDÂNCIA BIOELÉTRICA**

83a. Resistência (R)

--	--	--

83a.			
------	--	--	--

83b1. Reactância (Xc)

--	--	--

83b.1			
-------	--	--	--

83b2. Capacitância (C)

--	--	--	--

83b2				
------	--	--	--	--

**TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTORIZADA (TAC)**

83c. GIA

--	--	--	--

83c.				
------	--	--	--	--

83d. GSC

--	--	--	--

83d.				
------	--	--	--	--

84. Tensão arterial:

84a. Sistólica

--	--	--

84a.			
------	--	--	--

84b. Diastólica

--	--	--

84b.			
------	--	--	--

84c. Evidência de lesão isquêmica electrocardiográfica: 0  Não 1  Sim

84c.	
------	--

84d. (FC)			
-----------	--	--	--

Muito obrigada pelo tempo dispendido e pelo contributo que deu a esta investigação!

DADOS ANALÍTICOS

Nº ID do Inquirido

--	--	--	--

(Não preencher)

85 Hemograma:

85a. Hemoglobina (HGB) 

--	--	--

 g/dl

85a. 

--	--	--

85b. Vol. Globular (HCT) 

--	--	--

 %

85b. 

--	--	--

85c. Leucócitos (WBC) 

--	--	--	--	--

 /mm<sup>3</sup>

85c. 

--	--	--	--	--

86. Glicose 

--	--	--

 g/l

86. 

--	--	--

87. Ácido Úrico 

--	--	--

 mg/l

87. 

--	--	--

88. Creatinina 

--	--	--

 mg/l

88. 

--	--	--

PERFIL LIPÍDICO ÀS 24H

89. Colesterol sérico Total 

--	--	--

 g/l

89. 

--	--	--

90. LDL 

--	--	--

 g/l

90. 

--	--	--

91. HDL 

--	--	--

 g/l

91. 

--	--	--

92. Triglicéridos 

--	--	--

 g/l

92. 

--	--	--

93. Apo A1 

--	--	--	--

 mg/dl

93. 

--	--	--	--

94. Apo B 

--	--	--	--

 mg/dl

94. 

--	--	--	--

PERFIL LIPÍDICO APÓS 24H

Data da colheita

dia		mês		ano	

--	--	--	--	--	--

89a. Colesterol sérico Total 

--	--	--

 g/l

89a. 

--	--	--

90a. LDL 

--	--	--

 g/l

90a. 

--	--	--

91a. HDL 

--	--	--

 g/l

91a. 

--	--	--

92a. Triglicéridos 

--	--	--

 g/l

92a. 

--	--	--

93a. Apo A1 

--	--	--	--

 mg/dl

93a. 

--	--	--	--

94a. Apo B 

--	--	--	--

 mg/dl

94a. 

--	--	--	--

## 74. INQUÉRITO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR

Agora vou perguntar-lhe sobre os alimentos que costuma consumir. Pense durante o último ano quantas vezes por dia, semana ou mês em média consumiu cada um dos alimentos que vou referindo

	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia
<b>I. P. LÁCTEOS</b>									
1. Leite gordo (1 chávena, 250 ml)			s			d			
2. Leite meio-gordo (1 chávena, 250 ml)			s			d			
3. Leite magro (1 chávena, 250 ml)			s			d			
4. Iogurte (Um, 125 g)			s			d			
5. Queijo curado, semi-curado ou cremoso (Uma fatia, 30g)			s			d			
6. Sobremesas lácteas: pudim flan, pudim de chocolate, etc (Um)			s			d			
7. Gelados (Um, 2 bolas ou copo)			s			d			
<b>II. OVOS, CARNES E PEIXES</b>									
8. Ovos (Um)			s			d			
9. Frango (1 porção ou 2 peças, 150g)			s			d			
10. Peru, coelho (1 porção ou 2 peças, 150g)			s			d			
11. Carne vaca, porco, cabrito como prato principal (1 porção, 120g)			s			d			
12. Fígado de vaca, porco, frango (1 porção, 130g)			s			d			
13. Língua, mão de vaca, tripas, chispe, coração, rim (1 porção, 100g)			s			d			
14. Fiambre, chouriço, salpicão, presunto, etc (1 porção, 20g)			s			d			
15. Salsichas (3 médias)			s			d			
16. Toucinho, bacon (2 fatias, 50g)			s			d			
17. Peixe gordo: sardinha, cavala, carapau, etc (1 porção, 125g)			s			d			
18. Peixe magro: pescada, faneca, linguado, etc (1 porção, 125g)			s			d			
19. Bacalhau (1 porção, 125g)			s			d			
20. Peixe conserva: atum, sardinhas, etc (1 lata)			s			d			
21. Lulas, polvo (1 porção, 100g)			s			d			
22. Camarão (1 porção, 100g) ameijoas, mexilhão, etc. (1/2 chávena)			s			d			
<b>III. ÓLEOS E GORDURAS</b>									
23. Azeite (1 colher sopa)			s			d			
24. Óleos: girassol, milho, soja (1 colher sopa)			s			d			
25. Margarina (1 colher chá)			s			d			
26. Manteiga (1 colher chá)			s			d			
<b>IV. PÃO, CEREAIS E SIMILARES</b>									
27. Pão branco ou tostas (Um ou 2 fatias forma, 40g)			s			d			
28. Pão (tostas) integral, centeio, mistura (1 ou 2 fatias forma, 50g)			s			d			
29. Broa, broa de avintes (1 fatia, 80g)			s			d			
30. Arroz cozinhado (Meio prato, 100g)			s			d			
31. Massas: esparguete, macarrão cozinhadas (Meio prato, 100g)			s			d			
32. Batatas fritas (1 porção, 100g)			s			d			
33. Batatas cozidas, assadas, estufadas (2 batatas médias, 160 g)			s			d			
<b>V. DOCES E PASTEIS</b>									
34. Bolachas tipo maria, água e sal ou integrais (3 bolachas)			s			d			
35. Outras bolachas ou biscoitos (3 bolachas)			s			d			
36. Croissant, pasteis (Um) ou bolos caseiros (uma fatia)			s			d			
37. Chocolate barra (3 quadrados) ou em pó (1 colher sopa)			s			d			
38. Marmelada, compota, geleia, mel (1 colher sobremesa)			s			d			
39. Açúcar (1 colher sobremesa ou 1 pacote)			s			d			

V. HORTALIÇAS E LEGUMES	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia
40. Couve branca, c. lombarda cozinhadas (1/2 chávena, 75g)			s			d			
41. Penca, tronchuda cozinhadas (1/2 chávena, 65g)			s			d			
42. Couve galega cozinhada (1/2 chávena, 65g)			s			d			
43. Bróculos cozinhados (1/2 chávena, 85g)			s			d			
44. Couve-flor, couve-bruxelas cozinhada (1 chávena, 135g)			s			d			
45. Grelas, nabiças, espinafres cozinhados (1/2 chávena, 72g)			s			d			
46. Feijão verde cozinhado (1/2 chávena, 65g)			s			d			
47. Alface, agrião (1/2 chávena, 15g)			s			d			
48. Cebola (uma média)			s			d			
49. Cenoura (uma média)			s			d			
50. Nabo (um médio)			s			d			
51. Tomate fresco (1/2 médio, 63g)			s			d			
52. Pimento (1/2 médio, 68g)			s			d			
53. Pepino (1/4 médio, 50g)			s			d			
54. Leguminosas cozinhadas: feijão, grão de bico (1 chávena)			s			d			
55. Ervilha grão, fava cozinhadas (1/2 chávena)			s			d			
VI FRUTOS	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia
56. Maça, pêra (uma média)			s			d			
57. Laranjas (1 média) tangerinas (2 médias)			s			d			
58. Banana (uma média)			s			d			
59. Kiwi (um médio)			s			d			
60. Morangos (1 chávena)			s			d			
61. Cerejas (1 chávena)			s			d			
62. Pêssego (1 médio), ameixa (3 médios)			s			d			
63. Melão, melancia (1 fatia média, 150g)			s			d			
64. Diospíro (1 médio)			s			d			
65. Figo fresco, nêspêras, damascos (3 médios)			s			d			
66. Uvas (1 cacho médio)			s			d			
67. Frutos conserva: pêssego, ananás (2 metades ou rodelas)			s			d			
68. Frutos secos: amêndoas, avelãs, amendoins, etc (meia-chávena)			s			d			
69. Azeitonas (6 unidades)			s			d			
VII BEBIDAS E MISCELANEAS	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia
70. Vinho (1 copo, 125 ml)			s			d			
71. Cerveja (1 garrafa ou 1 copo, 330 ml)			s			d			
72. Bebidas brancas: aguardente, whisky, brandy, etc. (1 cálice, 40 ml)			s			d			
73. Refrigerantes: sumol, laranjada, etc (1 garrafa ou 1 copo, 330 ml)			s			d			
74. Coca-cola (1 garrafa ou 1 copo, 330 ml)			s			d			
75. Café (1 chávena café)			s			d			
76. Chá preto (1 chávena)			s			d			
77. Croquetes, rissois, bolinhos de bacalhau, etc (3 unidades)			s			d			
78. Maionese (1 colher sobremesa)			s			d			
79. Molho de tomate, ketchup (1 colher sopa)			s			d			
80. Pizza (meia pizza-tamanho normal)			s			d			
81. Hamburger (Um médio)			s			d			
82. Sopa de legumes (1 prato)			s			d			

existe algum alimento ou bebida que eu não tenha mencionado e que tenha consumido pelo menos 1 vez por semana, mesmo em pequenas quantidades, ou numa época em particular. Por ex: flocos de cereais, frutas exóticas, farinha de pau, canja, alheiras, prinheiras, produtos dietéticos, rebuçados, cevada, ice-tea, bebidas espirituosas, etc.

ALIMENTOS	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia
			s			d			
			s			d			
			s			d			
			s			d			

ANEXO 2 - Declaração de consentimento

### Consentimento Informado e confidencialidade

Serão respeitadas neste estudo a generalidade das regras de conduta expressas na Declaração de Helsínquia e a legislação nacional em vigor, sendo garantida a necessária confidencialidade das informações pessoais recolhidas. Todos os participantes terão que fornecer consentimento informado. Todas as folhas com informações que identifiquem os participantes serão tratadas separadamente e introduzidas numa base de dados para o efeito à qual só terá acesso o investigador responsável.

### Declaração de Consentimento

Conforme a “ Declaração de Helsínquia ” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983).

Designação do Estudo: “Influência dos hábitos alimentares no risco de 1º enfarte do miocárdio nas mulheres : um estudo comunitário”

Eu, abaixo assinado,-----,  
Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

Tomei também conhecimento de que, de acordo com as recomendações da declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos e o eventual desconforto.

Por isso, consinto participar no estudo respondendo a todas as questões propostas.

Vila Nova de Gaia,-----de -----de 199----

Assinatura:-----

Pelos responsáveis:

Assinatura:-----