

## PERFIL DE MULHERES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO, SEGUNDO O MODELO DE “CAMPO DE SAÚDE”

Rosana Aparecida Spadoti Dantas\*  
Roberta Cunha Rodrigues Colombo\*\*  
Olga Maimoni Aguillar\*\*\*

DANTAS, R.A.S.; COLOMBO, R.C.R.; AGUILLAR, O.M. Perfil de mulheres com infarto agudo do miocárdio, segundo o modelo de “campo de saúde”. *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 63-68, julho 1999.

*O estudo apresenta o perfil de 49 mulheres infartadas de dois hospitais universitários, do estado de São Paulo. Os resultados obtidos, segundo o referencial de “Campo de Saúde” foram: a) biologia humana - 79,6% na faixa dos 50 - 80 anos; 71,4% hipertensas; 57,2% com peso acima do normal e 42,4% diabéticas; 57,1% com antecedente familiar positivo de hipertensão arterial; b) meio ambiente (social): 63,2% donas de casa; 53% casadas; 55,1% com renda mensal menor que três salários-mínimos e 51% analfabetas; c) estilo de vida: 93,8% sedentárias; 79,6% referiram estresse no ambiente doméstico e 34,7% tabagistas; d) atenção à saúde: 53,1% conheciam seu diagnóstico e 48,9% faziam uso de serviços da rede básica de saúde para acompanhamento clínico. Constatou-se, portanto, a presença de fatores de risco para o infarto, no perfil das mulheres estudadas, segundo o referencial utilizado.*

*UNITERMOS: infarto agudo do miocárdio, gênero, fatores de risco*

### INTRODUÇÃO

A Doença Isquêmica Cardíaca (DIC), de progressão insidiosa, tem como principais manifestações clínicas: angina *pectoris*, infarto agudo do miocárdio (IAM) e morte súbita (BATLOUNI, 1993). Estudos vêm demonstrando que é a principal causa de morte entre mulheres de meia idade e idosas, as quais são tão vulneráveis ao ataque cardíaco quanto os homens da mesma idade (EAKER et al., 1993; ABUDERNE & NAISBITT, 1994; BERRY, 1995).

O termo “fator de risco” relacionado ao desenvolvimento de DIC, entre outras doenças cardiovasculares, foi usado pela primeira vez no estudo de Framingham. Atualmente, os principais fatores de risco são: dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica, tabagismo e intolerância à glicose. Eles podem ser classificados de acordo com as possibilidades de modificação, quer seja através de mudanças de comportamentos, quer seja por outros tipos de tratamento. No grupo dos modificáveis temos a hipertensão arterial

sistêmica, a intolerância à glicose e Diabetes mellitus não insulino-dependente, sedentarismo, alcoolismo e uso de anticoncepcionais hormonais. Os não modificáveis são: raça, sexo e idade, história familiar positiva e ocorrência da menopausa (KANNEL, 1995).

O modelo conceitual denominado de *Campo de Saúde*, proposto por LALONDE (1974), possibilita análise mais ampla dos problemas da área da saúde por considerar, além dos aspectos biológicos, outros fatores que podem contribuir para a determinação de doenças, como o IAM. Ele é composto por quatro elementos, sendo que, cada um tem o mesmo valor na determinação da saúde do indivíduo e precisam estar em equilíbrio para que tal condição se estabeleça. São eles: *biologia humana* (inclui todos os aspectos da saúde, física e mental, os quais pertencem ao corpo humano e a constituição orgânica do indivíduo); *meio ambiente* (aspectos relacionados à saúde e que estão externos ao corpo humano, quer pertençam ao ambiente físico quer pertençam ao ambiente social que envolve os indivíduos, e sobre os quais eles têm pouco ou nenhum controle);

\* Professora Assistente junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

\*\* Professora Colaboradora junto ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas

\*\*\* Professora Doutora junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

*estilo de vida* (consiste no conjunto de decisões tomadas pelo indivíduo, sobre as quais ele possui maior ou menor controle, e que afetam a sua saúde, os chamados riscos autocriados); e, *organização dos serviços de saúde* (refere-se à qualidade, quantidade, administração, natureza e relações de pessoas e recursos no oferecimento do cuidado de saúde, sendo comumente definido como *sistema de atenção à saúde*).

Com relação ao estilo de vida, a presença de hábitos destrutivos pode acarretar enfermidade como, por exemplo, as doenças cardiovasculares. Tais hábitos estão presentes no uso de drogas (ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, fumo e abuso de medicamentos) e na relação dieta-exercícios (super alimentação; alta ingestão de gorduras e carboidratos; falta de exercícios físicos e de recreação e relaxamento das tensões diárias) (LALONDE, 1974).

O objetivo deste estudo é caracterizar mulheres acometidas por primeiro infarto agudo do miocárdio quanto aos aspectos: biologia do indivíduo, meio ambiente, estilo de vida e sistema de atenção à saúde, segundo o modelo de *Campo de Saúde*, com vistas à identificação de fatores de risco presentes e, portanto, predisponentes à doença.

## METODOLOGIA

O estudo foi realizado nos Serviços de Cardiologia do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A população foi constituída por 49 mulheres com diagnóstico de IAM, que estiveram internadas nas respectivas unidades, no período de maio a dezembro de 1994.

O projeto deste estudo foi submetido à apreciação das comissões de normas ética, dos hospitais envolvidos, os quais consentiram na realização da pesquisa.

As participantes atenderam aos seguintes requisitos: ter sofrido primeiro episódio de IAM (confirmado através de história clínica, traçado eletrocardiográfico e dosagem enzimática), estar em condições físicas e psicológicas de participar da entrevista e concordar em participar da pesquisa. Foram obtidos os consentimentos das participantes por escrito (consentimento informado).

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada e consulta ao prontuário médico. Para padronizar a coleta dos dados foi elaborado um roteiro, dividido em grupos de dados específicos para cada elemento que compõe o modelo de *Campo de Saúde*.

A escolha das informações levantadas e pertinentes a cada elemento do modelo foi feita mediante a definição proposta por LALONDE (1974) e engloba os fatores de risco para doenças cardiovasculares encontrados na literatura consultada.

As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre 48 horas após a internação até o momento da alta hospitalar. Os dados foram coletados em impresso próprio, utilizado para cada uma das entrevistadas e contendo o roteiro de entrevistas. Posteriormente, tais dados sofreram uma análise descritiva e percentual.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentamos os resultados agrupados, segundo o referencial teórico e com base no instrumento proposto para coleta, em dados da biologia humana, do meio ambiente, dos relacionados ao estilo de vida e da organização dos serviços de saúde.

### a - Dados da biologia humana

Na Tabela 1, estão apresentados os dados referentes à incidência do IAM por faixa etária. Observa-se que, 87,8% do grupo, apresentou a doença após os 50 anos. Nota-se, também, que a faixa de maior incidência foi a de 60-70 anos, 36,7%.

**Tabela 1 – Distribuição das 49 pacientes infartadas, segundo faixa etária**

FAIXA ETÁRIA (anos)	N	%
30 - 40	1	2,0
40 - 50	5	10,2
50 - 60	10	20,4
60 - 70	18	36,7
70 - 80	11	22,5
80 - .	4	8,2
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>

A proteção das mulheres, antes da menopausa, parece estar relacionada a alguns mecanismos da fisiologia reprodutiva, responsáveis por uma menor tendência trombolítica e uma proteção hormonal. Após os 50 anos, com o advento da menopausa, as mulheres tornam-se tão vulneráveis ao infarto quanto os homens da mesma faixa etária (JOHANSSON et al., 1983; KANNEL, 1987).

Das 49 entrevistadas, 89,7% já haviam passado pela menopausa e destas, apenas 11,3% faziam uso da terapêutica de reposição hormonal. Segundo SULLIVAN

et al. (1990) e EVANS et al. (1995), mulheres que já atingiram a menopausa apresentam alterações no metabolismo lipídico, favorecendo a arteroesclerose. Têm-se recomendado a terapia de reposição estrogênica com a finalidade de diminuir a incidência da DIC, entre outras doenças cardiovasculares.

A obesidade foi outro aspecto investigado por ser considerada como um fator de risco ou de agravamento para várias doenças, entre elas hipertensão arterial, hipercolesterolemia e diabetes mellitus (BRASIL, 1993; KANNEL, 1995). Para verificar a presença deste fator de risco utilizamos o Índice de Massa Corporal (IMC), valor obtido através da divisão do peso do indivíduo, em quilos, pelo quadrado de sua altura, em metros (kg/m<sup>2</sup>) (INTERNATIONAL LIPID INFORMATION BUREAU LATINO-AMERICA, 1994) (Tabela 2).

**Tabela 2 – Distribuição das 49 entrevistadas, segundo o índice de massa corporal (IMC)**

CATEGORIA DE IMC	N	%
Normal (IMC 20-25 kg/m <sup>2</sup> )	21	42,8
Sobrepeso (IMC 25-27,5 kg/m <sup>2</sup> )	9	18,4
Obesidade grau I ou leve (IMC 27,5-29,9 kg/m <sup>2</sup> )	8	16,4
Obesidade grau II ou moderada (IMC 30-39,9 kg/m <sup>2</sup> )	9	18,4
Obesidade grau III ou severa (IMC > 40 kg/m <sup>2</sup> )	1	2,0
Não verificado	1	2,0
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>

Tivemos que 57,2% das mulheres estudadas possuíam peso acima do normal. Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 1993) mostram que há, aproximadamente, 6,8 milhões de pessoas obesas no país, sendo que destas, mais de 70% são mulheres. No “Nurses’s Health Study”, as mulheres que estavam no peso normal, mas que ganharam peso desde os 18 anos de idade, apresentaram maior risco de IAM, comparado àquelas que mantiveram o peso com o avançar da idade (WILLET et al., 1995).

Outro item investigado foi a presença de história familiar positiva, para doença cardiovascular. Verificamos que 57,1% das mulheres tinham antecedentes familiares para hipertensão arterial; 36,7% para acidente vascular cerebral; 32,6% para infarto agudo do miocárdio e 28,5% para morte súbita. Também possuíam antecedentes para diabetes mellitus (32,6%) e dislipidemias (18,3%). Encontramos, portanto, pacientes com história familiar positiva para uma ou mais doença cardiovascular ou para doenças tidas como fatores de risco coronarianos, como as dislipidemias e o diabetes.

A história familiar positiva para doença cardiovascular, entre parentes consangüíneos, é um fator de risco importante na determinação da ocorrência e prognóstico de DIC, especialmente quando associada a outros fatores de risco (GUIMARÃES, 1992).

O último dado abordado foi a história clínica das pacientes. A hipertensão arterial sistêmica foi o antecedente pessoal mais prevalente, atingindo 71,4% das entrevistadas. No estudo de Framingham constatou-se que a hipertensão dobrou o risco de DIC (KANNEL, 1987).

Outros antecedentes pessoais relatados foram: Diabetes mellitus (42,8%); dislipidemias (22,4%); doença vascular periférica (18,4%) e acidente vascular cerebral (6,1%). Acreditamos que tais valores possam estar subestimados, principalmente no que se refere às dislipidemias, uma vez que, de 34,7%, não se obteve esta informação. Para KANNEL (1995), tal desconhecimento é preocupante uma vez que a hipercolesterolemia, dentre as dislipidemias, é tida como um dos quatro principais fatores de risco para DIC.

**b - Dados do meio ambiente**

Para a análise destes dados, buscou-se informações que caracterizassem as condições sócio-econômicas das 49 infartadas, levando-se em consideração a ocupação, grau de instrução, renda familiar, número de filhos e estado civil. Os resultados obtidos indicaram que o nível de instrução era precário, sendo que 51% delas eram analfabetas e 42,8% tinham o primeiro grau incompleto. Quanto à ocupação, 63,2% eram donas de casa e 22,3% aposentadas. Apenas 14,3% delas exerciam atividades fora do lar e remuneradas. A renda familiar variou entre menor que três salários-mínimos (55,1%); de 3 e 6 salários (22,4%); acima de 6 salários (10,2%) e 12,3% não soube informar.

Pesquisas apontam maior presença de fatores de risco entre aqueles indivíduos com menor número de anos de estudo e sugerem que mudanças no estilo de vida ficam mais evidentes naqueles com maior escolaridade, levando a crer que há uma associação inversa entre estrato social, nível educacional e DIC, entre outras doenças cardiovasculares. Ao considerar-se as características sócio-econômicas dos grupos pode-se observar o desenvolvimento, maior ou menor, de determinados tipos de doenças. (BANCO MUNDIAL, 1991).

Com relação ao estado civil, 53% eram casadas; 30,5% viúvas; 8,4% solteiras; 6,3% desquitadas e 2,0% divorciadas. Das participantes 89,7% tinham filhos, sendo que 75,5% tinham mais de três. Estudos têm demonstrado que o estado civil, muitas vezes, está relacionado com taxas mais elevadas de morbi-mortalidade por DIC, sendo o coeficiente maior entre os viúvos, solteiros e separados (KOSKENVUO, 1980).

### c - Dados relacionados ao estilo de vida

A dieta é um dos principais fatores do estilo de vida associado ao aparecimento de DIC, uma vez que determina outros fatores de risco como aumento de colesterol total e LDL-colesterol; hipertensão arterial sistêmica; obesidade e diabetes mellitus não insulino-dependente (KANNEL, 1987; GUIMARÃES, 1992). Devido às suas contribuições para desenvolvimento da arteroesclerose, foi abordado a frequência de ingestão de alimentos de origem animal e ricos em gorduras. O elevado consumo de gorduras saturadas é associado ao desenvolvimento de DIC, enquanto o consumo de gorduras insaturadas parece estar associado à diminuição deste risco (HADLEY & SAAMANN, 1991).

Os alimentos ricos em gorduras saturadas e que, portanto, também devem ser restritos, são as gorduras de origem animal (gordura das carnes, leite e derivados), alguns óleos vegetais (palma, coco e dendê) e alguns frutos principalmente o abacate e o coco. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1996). O consumo excessivo de alimentos ricos em açúcares, como doces e refrigerantes, e de bebidas alcóolicas, levam ao aumento da obesidade, hipercolesterolemia e diabetes clínico (BOOG et al., 1985; GUIMARÃES, 1992).

A maioria das mulheres estudadas consumia carnes vermelhas e ovos de acordo com as recomendações da SOCIEDADE BRASILEIRA de CARDIOLOGIA (1996), para uma dieta de baixo nível de gordura animal, ou seja, até três vezes por semana. O leite teve uma frequência de consumo maior que três vezes por semana, para 67,3% das entrevistadas (Tabela 3).

**Tabela 3 – Distribuição das 49 pacientes, segundo a frequência de consumo de alimentos de origem animal**

FREQÜÊNCIA	≥ 3 VEZES/ SEMANA (%)	< 3 VEZES/ SEMANA (%)
Carne bovina	40,8	59,2
Carne suína	-	100
Aves	38,7	61,3
Ovos	12,3	87,7
Leite	67,3	32,7

Quanto à gordura utilizada no preparo das refeições, 83,7% das entrevistadas referiram fazer uso exclusivo de óleos de origem vegetal, principalmente o de soja, reconhecidos como os saudáveis para o organismo (MONDINI & MONTEIRO, 1994). As demais faziam uso de óleos vegetais e gordura de porco (14,3%) ou só de gordura de porco (2,0%). A ingestão de gorduras, através do consumo de alimentos fritos, ocorreu para 34,7% do grupo, com frequência maior ou igual a três

vezes por semana. O consumo de doces e refrigerantes, como fonte de carboidratos de rápida absorção, foi menor que três vezes por semana para 69,4% das pacientes, sendo preocupante para 12,2% que referiu consumir tais produtos diariamente.

Diante dos resultados obtidos pode-se considerar que, as participantes, na sua maioria, não apresentavam hábitos alimentares de risco para o desenvolvimento da DIC. Porém, deve-se salientar que o objeto deste estudo foi, prioritariamente, averiguar os aspectos qualitativos dos alimentos consumidos, não permitindo, portanto, uma análise que justifique a incidência de 55,2% das mulheres com peso acima do normal.

Outro importante risco auto-criado, presente no estilo de vida é o tabagismo. O cigarro é um dos maiores responsáveis por mortes prematuras por cardiopatia, sendo a causa mais importante de mortes por afecções das coronárias (KANNEL, 1995). Das mulheres entrevistadas, 34,7% eram fumantes; 6,2%, ex-fumantes e 59,1% não fumantes. O risco de primeiro infarto para as mulheres fumantes é de 3,6 vezes maior quando comparado ao risco de mulheres não fumantes, segundo McBRIDE (1992). Tal proporção não foi observada no estudo, uma vez que a relação entre fumantes e não fumantes, foi, praticamente, de ½.

Quanto ao número de cigarros consumidos teve-se que 88,2% das fumantes, consumiam até 20 cigarros por dia e 11,8% consumiam entre 21 e 40 cigarros. Tais resultados ultrapassam os valores apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BANCO MUNDIAL, 1991) os quais relatam que a fumante média brasileira consome entre 5 e 10 cigarros por dia.

Outro fator de risco investigado foi o sedentarismo. Foi investigada a realização de atividade física regular, entendendo-se com isso a programação rotineira de um período para exercícios, visando a melhoria das condições físicas e, conseqüentemente, da saúde. Apenas 6,2% referiu exercitar-se regularmente, sendo o sedentarismo o fator de risco mais prevalente no grupo estudado, o que pode ser explicado pela idade avançada da maioria das entrevistadas.

Mesmo as atividades físicas que exigem pequena intensidade de esforços físicos são consideradas importantes quando realizadas diariamente, podendo a longo prazo trazerem benefícios à saúde e diminuir o risco cardiovascular. Tais atividades são pertinentes à pessoas de meia idade e idosos e incluem caminhadas por prazer, danças, jardinagem, tarefas domésticas e jogos como ping-pong, peteca, bocha e boliche (FLETCHER et al., 1992).

O último aspecto do estilo de vida abordado foi o estresse, tido como um dos fatores de risco possível, mas ainda não claramente estabelecido para a DIC. O estresse foi por nós investigado levantando-se três aspectos: a) *ambiente referido como facilitador de estresse para as pacientes* (79,6% referiram o ambiente

doméstico como sendo gerador de angústias, preocupações e tensões); b) *recordação de fatos que tenham trazido preocupação e tristeza na época do infarto* (55,1% lembraram de fatos ocorridos nesta época e aos quais atribuíam o desencadeamento da doença) e, c) *alterações no padrão de sono* (59,2% referiram ter dificuldades para dormir).

O estresse foi referido por elas como sinônimo de “tensão nervosa”, “nervosismo” e “angústia” e associado às tensões do dia-a-dia doméstico, relacionadas às dificuldades financeiras e conflitos familiares. Alterações do padrão de sono foi um dos fatores de risco psicossociais considerados no estudo de Framingham para a DIC (KANNEL, 1987).

KANNEL (1987) observou o desenvolvimento de maior incidência de cardiopatia coronariana entre mulheres que trabalhavam fora de casa, tinham idade avançada, personalidades mais ansiosas e haviam sofrido maiores mudanças profissionais. Já entre as donas de casa, a incidência foi menor e os fatores de risco foram os sintomas de ansiedade e tensão.

#### **d – Dados da organização dos serviços de saúde (sistema de atenção à saúde)**

Das 49 mulheres, 48,9% faziam acompanhamento clínico para doenças associadas à DIC, tais como hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias.

Com relação ao conhecimento do diagnóstico de IAM, 53,1% sabiam o motivo da atual internação e as causas mais freqüentes, apontadas para justificar a ocorrência da doença, foram: estresse, esforço físico e tabagismo. Embora 71,4% das pacientes tivessem referido ser hipertensas, a hipertensão arterial foi citado por apenas 2,0%, como possível causa do infarto.

## **CONCLUSÕES**

Entende-se que os fatores de risco presentes nos quatro elementos do modelo de *Campo de Saúde* evidenciaram suas possíveis contribuições no desencadeamento do infarto. No elemento *biologia humana* tivemos a presença de fatores de risco modificáveis (hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias) e não modificáveis (sexo, idade e história familiar positiva para doença cardiovascular); no *meio ambiente* constatamos um meio social pobre, com mulheres de baixo nível educacional e com pequena renda familiar mensal; quanto ao *estilo de vida*, verificamos a presença de riscos autocriados para tabagismo, sedentarismo, falta de recreação e relaxamento das tensões diárias e, no que se refere ao elemento *sistema de atenção à saúde* vimos que a maioria já estava inserida no sistema de saúde para tratamento de doenças crônicas e de importância para o desenvolvimento de DIC; e pouco mais da metade do grupo, tinha conhecimento do diagnóstico de infarto.

As informações levantadas pelo presente estudo nos indicam a importância de elaborarmos programas de orientação para as mulheres infartadas, respeitando as limitações sócio-econômicas, culturais e biológicas da clientela atendida nestas instituições de saúde. O conteúdo do programa deverá orientá-las para a presença de fatores de risco em suas vidas, uma vez que poucas correlacionaram suas histórias clínicas e seus estilos de vida com a ocorrência do infarto, com vistas à prevenção de novos problemas de saúde e a melhoria da qualidade de vida.

---

## **PROFILE OF WOMEN WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN THE PERSPECTIVE OF THE HEALTH FIELD MODEL**

*The research aimed at finding out the profile of 49 women with myocardial infarction hospitalized in two hospitals at São Paulo state. The following results were analysed according to the “Health Field Model”: a) human biology: 79.6% of them were from 50 to 80 years old; 71.4% hypertension; 57.2% overweight; 42.4% diabetes mellitus; 57.1% had a positive family history of hypertension; b) socioeconomic characterization: 63.2% housewives; 53% married; 55.1% with a salary lower than 3 minimum wages and 51% illiterate; c) life style: 93.8% lived a sedentary life; 79.6% referred to daily stress and 34.7% are smokers; d) attention to health: 53.1% knew about their diagnosis and 48.9% were being treated in primary health services. According to the model there are risk factors to infarction in the four elements.*

**KEY WORDS:** acute myocardial infarction, gender; risk factors

---

## **EL PERFIL DE MUJERES INFARTADAS SEGÚN EL MODELO DE CAMPO DE SALUD**

*El estudio presenta el perfil de 49 mujeres infartadas de dos hospitales universitarios, del estado de São Paulo. Los resultados obtenidos, según el referencial de “Campo de Salud” fueron: a- biología humana: 79,6% en la faja etárea de los 50-*

80 años; 71,4% hipertensas; 55,2% con peso encima del normal y 42,4% diabéticas; 57,1% con antecedente familiar positivo de hipertensión arterial. b- medio ambiente (social): 63,2% amas de casa; 53% casadas; 55,1% con renta mensual menor de 3 salarios mínimos y 51% analfabetas. c- estilo de vida: 93,8% sedentarias; 79,6% refirieron estrés en el ambiente doméstico y 34,7% fuman tabaco. d- atención a la salud: 53,1% conocían su diagnóstico y 48,9% hacían uso de servicios de salud de la Red Básica. Se constató la presencia de factores de riesgo para el infarto, en el perfil de las mujeres estudiadas según el referencial utilizado.

**TÉRMINOS CLAVES:** infarto agudo del miocárdio, género, factores de riesgo

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ABURDENE, P.; NAISBITT, J. **Megatendências para as mulheres**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994. Cap. 5, p. 159-198: A megatendência da menopausa.
02. BANCO MUNDIAL. **Brasil novo desafio à saúde do adulto**. Washington, 1991. 134 p.
03. BATLOUNI, M. Interação placa, endotélio, coagulação e isquemia aguda. **RSCESP**, v.3, n.2, p. 6-13, 1993.
04. BERRY, T.A. Diagnosis and treatment of cardiac disease: gender bias in the diagnosis and treatment of coronary artery disease. **Heart & Lung**, v.24, n.6, p.427-35, 1995.
05. BOOG, M.C.F.; MOTTA, D.G.; BON, A.M.X. **Alimentação natural: prós & contras**. São Paulo: Ibrasa, 1985. cap. 2, p. 20-51: O que precisamos saber sobre nutrição.
06. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. **Doenças cardiovasculares no Brasil. Sistema Único de Saúde-SUS: dados epidemiológicos; assistência médica**. Brasília: MS, 1993. 36p.
07. EAKER, E.D. et al. Cardiovascular disease in women. **Circulation**, v. 88, p.1999-2009, 1993.
08. EVANS, M.P.; FLEMING, K.C.; EVANS, J.M. Hormone replacement therapy: management of common problems. **Mayo Clin. Proc.**, v. 70, p.800-05, 1995.
09. FLETCHER, G.F. et al. Statement on exercise. Benefits and recommendations for physical activity. Programs for all americans. **Circulation**, v. 86, n.1, p.340-3, 1992.
10. GUIMARÃES, A.S. Cardiopatia coronária: aspectos epidemiológico e preventivos. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 59, n.1, p.5-11, 1992.
11. HADLEY, S.A.; SAAMANN, L. Lipid physiology and nutritional considerations in coronary heart disease. **Crit. Care Nurs.**, v. 11, n. 10, p. 28-39, 1991.
12. INTERNATIONAL LIPID INFORMATION BUREAU (ILIB) LATINO AMÉRICA. Recomendaciones de ILIB para el diagnóstico de las dislipidemias en Latino América. **Cardiovasc. Risk Factors**, v. 3, n. 1, p. 10-27, 1994. Suplemento 1.
13. JOHANSSON, S.; VEDIN, A.; WILHELMSSON, C. Myocardial infarction in women. **Epidemiol. Rev.**, v. 5, p.67-95, 1983.
14. KANNEL, W.B. New perspectives on cardiovascular risk factors. **Am. Heart J.**, v. 114, n. 1, p.213-9, 1987. Part 2.
15. KANNEL, W.B. Natural history of cardiovascular risk. In: HOLLENBERG, N.K. (ed). **Hypertension: mechanisms and therapy**. New York: Ed. Current Medicine, 1995. Cap.5, p.2-22.
16. KOSKENVUO, M. et al. Differences in mortality from ischemic heart disease by marital status and social class. **J. Chron. Dis.**, v. 33, p. 95-106, 1980.
17. LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa, April 1974.
18. McBRIDE, P.E. The health consequences of smoking cardiovascular diseases. **Med. Clin. North Am.**, v. 76, n. 2, p. 333-53, 1992.
19. MONDINI, L.; MONTEIRO, C.A. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962-1988). **Rev. Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 433-9, 1994.
20. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 2º Consenso brasileiro sobre dislipidemias: detecção, avaliação, tratamento. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 67, n. 2, p. 1-16, 1996.
21. SULLIVAN, J.M. et al. Estrogen replacement and coronary artery disease effect on survival in postmenopausal women. **Arch. Intern. Med.**, v. 150, p. 2557-62, 1990.
22. WILLETT, W.C. et al. Weight, weight change, and coronary heart disease in women. **JAMA**, v. 273, p. 461-5, 1995.