

273

Custo-efetividade da Campanha Nacional de Detecção do Diabetes Mellitus no Brasil

Carisí A Polanczyk, Alvaro Georg, Maria Ines Schmidt, Cristina M Toscano, Bruce B Duncan.

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia UFRGS Porto Alegre RS Brasil e Organização Panamericana da Saúde Brasília DF Brasil.

Introdução: Diabetes mellitus (DM) é uma condição prevalente e associada à elevada morbimortalidade cardiovascular. Dados nacionais demonstram que um percentual expressivo de indivíduos acometidos desconhece o seu diagnóstico. **Objetivos:** Avaliar a relação de custo-efetividade da Campanha Nacional de Detecção do Diabetes Mellitus (CNDDM) realizada pelo Ministério da Saúde, que realizou rastreamento do DM no Brasil. **Métodos:** Durante o período de 06/03/2001 a 07/04/2001, todos os indivíduos com mais de 40 anos foram convidados a participar da CNDDM, realizando exame de glicemia capilar na unidade de saúde mais próxima. A partir dos resultados alterados (glicemia em jejum > 100 mg/dl ou sem jejum > 140 mg/dl) foram estimados os casos prováveis de diabetes mellitus na população e construído um modelo de decisão analítico. Para análise dos custos foram incluídos custos totais federais e estimados os custos locais despendidos com a CNDDM. Ainda, foram considerados os custos de realização de glicemia sérica na rede SUS para confirmação diagnóstica dos indivíduos triados como suspeitos. Os resultados são expressos em reais (R\$) por DM detectado. As incertezas foram exploradas através de análises de sensibilidade. **Resultados:** A campanha teve uma cobertura de 73%, sendo que dos 21.757.255 exames de glicemia realizados, 16% (3,4 milhões) foram anormais. Assumindo uma prevalência de DM não conhecida de 4,8%, o número de casos novos prováveis obtido foi de 1.041.634. Considerando-se os custos federais, o custo direto por caso detectado teria sido de R\$ 44 (US 19), na eventualidade de todos os suspeitos da primeira etapa do rastreamento terem sido submetidos ao exame confirmatório. O custo direto mais plausível situa-se entre R\$ 81 (US 35) e R\$ 118 (US 51), considerando que somente 50% a 30% dos testados positivos na primeira etapa terem confirmado o resultado. **Conclusões:** Os valores absolutos obtidos são inferiores aos de outros países, que relatam um custo de US 100 por caso detectado. O real impacto econômico da CNDDM será obtido se os casos detectados precocemente foram manejados com o objetivo de reduzir ou retardar as complicações e mortalidade da doença. Para ser atrativa do ponto de vista econômico, esta redução das complicações deve ser superior ao custo cumulativo do rastreamento e subsequente tratamento, oferecido mais precocemente a esta população.

274

Projeto Bambuí: Estudo com base populacional do risco de doença isquêmica do coração na população com 30 ou mais anos.

Sandhi M Barreto, Valéria M A Passos, Alisson R A Cardoso, Maria Fernanda F Lima-Costa, Grupo BHAS.

Faculdade de Medicina, UFMG Belo Horizonte MG Brasil e Centro de Pesquisas René Rachou, FIOCRUZ Belo Horizonte MG Brasil.

Fundamento: O Estudo de Framingham mostrou que alguns fatores podem ser usados para prever o desenvolvimento de doença cardiovascular na população (Anderson KM et al, American Heart Journal, 1990; 121:293-8).

Objetivos: Este estudo objetivou determinar a contribuição global e individual de fatores clínicos, laboratoriais e de estilo de vida no risco de desenvolver doença isquêmica do coração (DIC).

Delineamento: Trata-se de um estudo transversal de base populacional.

Material e Método: Participaram do estudo uma amostra probabilística simples da população com 30-59 anos e toda a população com 60+ anos residentes em Bambuí, Minas Gerais. Os seguintes fatores foram considerados para a construção do escore de risco: gênero, idade, fumo, diabetes, pressão sistólica e diastólica, colesterol total e HDL. Foi utilizada a pontuação (escore) para cada fator e a probabilidade final de desenvolver DIC em 10 anos estimados pelo Estudo de Framingham (Wilson PWF et al, Circulation, 1998; 97:1837-47). O escore baseado na idade para cada gênero foi definido como escore esperado e foi comparado àquele obtido a partir da soma dos pontos de todos os fatores que compõem o perfil de risco em homens e mulheres. Foi analisada a contribuição de cada fator isoladamente para a diferença entre o risco observado e esperado com base na idade e sexo.

Resultado: Os resultados mostram que o escore observado em cada faixa etária se distancia gradativamente daquele esperado apenas com base no envelhecimento, sendo esta diferença aparente nos homens desde os 30 anos e nas mulheres a partir dos 50 anos. O tabagismo e a hipertensão arterial contribuíram para aumentar a diferença entre os escores observado e esperado desde os 30 anos, em ambos os sexos. A presença de diabetes e colesterol total >240mg% são responsáveis por elevar o risco de DIC a partir dos 50 anos em ambos os sexos, enquanto que um maior nível de HDL contribui para reduzir este risco entre os homens a partir dos 30 anos e entre as mulheres a partir dos 50 anos.

Conclusão: É a primeira vez, no Brasil, que esta metodologia quantitativa é utilizada para estimar o risco de DIC em uma comunidade. Os resultados alertam para a contribuição de medidas educativas, particularmente a redução do hábito de fumar, e de medidas terapêuticas para a hipertensão arterial na diminuição do risco de doença coronariana na população adulta e idosa.

275

Comportamento e associação de fatores de risco cardiovascular em uma população de motoristas de ônibus

Nelson R Mendes de Souza, Nelson A Souza e Silva.

Progr. de Pós graduação-Mestrado em Cardiologia-UFF Niterói RJ Brasil e Dep. de Clínica Médica da Faculdade de Medicina-UFRJ Rio de Janeiro RJ Brasil.

Fundamentos: Estudo de Framingham e de Morris sobre motoristas de ônibus (The Lancet, 28 nov 1953, p. 1111-1120).

Objetivo: Estudar as associações entre fatores de risco cardiovascular.

Delineamento: Estudo epidemiológico transversal em população pré-definida.

Paciente: 559 motoristas todos do sexo masculino, idade média de 41,4 anos.

Método: Questionário: idade, tempo de abandono do tabaco. Medidas: frequência cardíaca (FC), peso, altura, pressão arterial (PA) em posição sentada (PAS registrada no início da 1ª fase dos sons de Korotkoff e a PA D na 5ª fase). Dosagem de colesterol total (CT), glicose (G), HDL. Fatores de risco: idade >45 anos, HAS (PA \geq 140/90 mmHg e normotensos em tratamento medicamentoso), Hdl \geq 60 mg/dL (fator nega-tivo para risco), HDL < 35 mg/dL, Hipercolesterolemia (CT \geq 200mg/dL); obesidade (IMC \geq 27 Kg/m²), Diabetes (G \geq 126 mg/dL), efeito do cigarro - tabagista atual ou que parou há < 5 anos, Hist. familiar de coronariopatia precoce - pelo menos um de 1º grau com infarto, angina, revascularizados (< 65-mulher e 55-homem)

Estatística: Coef. correlação spearman, teste de K- Wallis, Qui-quadrado. Pacote Estatístico Stata 5.

Resultados: Soma dos fatores de risco: 5 motoristas (1,0%) com -1; 124 (23,9%) com 0; 186 (35,8%) com 1; 121 (23,3%) com 2; 62 (12,0%) com 3; 18 (3,47%) com 4 e 3 (0,6%) com 5. Cerca de 36,6% dos motoristas tinham 3 ou mais fatores de risco. As medianas dos seguintes fatores aumentaram conforme aumentava a soma dos fatores de risco: idade (p=0,0001), tempo como motorista (p=0,0000) IMC e cint. abdominal (p=0,0000), FC (p=0,0000), G (p=0,0000), CT (p=0,0000), triglicérides (p=0,0000), PAS (p=0,0000), PAD (p=0,0000), enquanto a mediana do HDL diminuiu quanto maior era a soma dos fatores de risco (p=0,0010). A escolaridade mostrou associação negativa com a soma dos fatores de risco (p=0,0000). A proporção de motoristas com mais de dois fatores de risco foi crescendo do abstêmio, ex-tabagista e tabagista (p=0,000) e de abstêmio em relação a usuários e ex de bebida alcoólica (p=0,008).

Conclusões: A população é de alto risco para doença cardiovascular. É provável que haja mecanismos fisiopatológicos comuns e influências recíprocas entre os fatores. O nível de escolaridade, nessa população, marca maior risco, o mesmo em relação a FC. O abstêmio ao álcool configurava menor risco ao contrário de ser ex ou usuário de álcool. Já em relação ao tabaco havia diferença entre as 3 categorias.

276

Perfil lipídico em mulheres atletas na pós menopausa sem terapia de reposição hormonal

Giuseppe S. Dioguardi, nabil ghorayeb, Patrícia Smith, Daniel Daher, Cláudio A. Baptista, Michel Batlouni.

Instituto Dante Pazzanese De Cardiologia S.Paulo SP Brasil.

Fundamentos: Na pós-menopausa habitualmente ocorre elevação do colesterol total, do LDL-colesterol e dos triglicérides e diminuição do HDL-colesterol. Em contrapartida, a atividade física regular contribui para melhorar o perfil lipídico. No entanto existem poucos estudos na literatura que observaram o perfil lipídico de atletas na fase pós-menopausa.

Objetivo: Analisar o perfil lipídico em atletas menopausadas comparando-o com o de atletas jovens que menstruam regularmente.

Delineamento: Estudo transversal comparativo de dois grupos.

População e métodos: Grupo I composto por 28 atletas, idades entre 22 e 40 anos (M=26,6 \pm 8,7) e Grupo II, 39 atletas menopausadas, sem TRH, idades entre 50 e 65 anos (M=57,6 \pm 6,5). Ambos os grupos seguiam dieta percalórica, normoproteica e hipolípídica. Todas as atletas eram competitivas e a modalidade esportiva predominante era a de fundista. Foram dosados, após 12 horas de jejum, o colesterol total, HDL-colesterol e triglicérides. O LDL-colesterol foi obtido pela fórmula de Friedwald. Todas foram submetidas também a teste ergométrico para avaliar a capacidade funcional e detectar possíveis anormalidades cardiovasculares não observadas ao exame clínico e eletrocardiográfico. A análise estatística foi efetuada por teste t de Student.

Resultados: Todas tiveram resposta cardiovascular normal ao teste ergométrico. A capacidade funcional do grupo I foi de 17,1 \pm 3,1 MET e do grupo II de 13,2 \pm 2,8 MET (p < 0,001) Tabela. Perfil lipídico em atletas pré e pós menopausa

PERFIL LIPÍDICO	PRÉ-MENOPAUSA	PÓS-MENOPAUSA	P
CT	180,7 \pm 53,4	228,6 \pm 37,7	0,04
LDL-C	100,7 \pm 23,3	145,9 \pm 39,0	0,02
HDL-C	77,0 \pm 10,1	69,6 \pm 13,6	NS
TG	75,2 \pm 28,3	139,5 \pm 66,1	0,03

Conclusão: O resultado deste estudo evidenciou que os níveis séricos de colesterol total, LDL-C, e triglicérides em mulheres atletas na pré e pós-menopausa, sem terapia de reposição hormonal diferem significativamente, porém não houve diferença estatisticamente significativa nos níveis de HDL-C. É provável que a atividade física regular e intensa contribua para a manutenção de níveis elevados de HDL-C em mulheres atletas menopausadas, mesmo sem TRH.