

ARTIGO ORIGINAL

Prevalência dos fatores de risco cardiovasculares nos pacientes atendidos no ambulatório de geriatria da UNESC

Bibiana de Moraes Arns¹, Miguel Moretti², Marcelo Pasquali Moretti³, Thiago Mamôru Sakae⁴, Thays Helena Bonatteli¹, Aline Corrêa¹, Renata Dario Teodoro¹

Resumo

Objetivo: Conhecer a prevalência de fatores de risco cardiovasculares nos pacientes atendidos no Ambulatório de Geriatria da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) entre os anos de 2005 e 2007.

Método: Foi realizado um estudo transversal, documental, descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, onde foram analisados 120 prontuários de pacientes idosos que foram atendidos entre o período de março de 2005 e setembro de 2007, no Ambulatório de Geriatria da UNESC. As variáveis coletadas foram: idade, sexo e raça, presença de hipertensão arterial e diabetes melito, níveis de HDL-c, LDL-c, colesterol total e triglicérido, valor do IMC, presença de história familiar para doenças cardiovasculares, e prática de atividade física regular.

Resultados: A prevalência dos fatores de risco analisados foi de: sedentarismo 80%, história familiar positiva para DAC 76,7%, HAS 72,5%, obesidade 37,5%, DM 26,7%, tabagismo 6,7%, alterações nos níveis de HDL-c 19,8%, LDL-c 34,2%, colesterol total 27% e triglicéridos 18,8%.

Conclusões: A prevalência dos fatores de risco para DAC na população de idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria da UNESC é, de maneira geral, elevada, e as categorias associadas como fator de risco foram:

mulheres, raça negra e a faixa etária entre 60 e 69 anos. Dentre os fatores de risco modificáveis, o sedentarismo foi o que apresentou a maior prevalência, seguido pela presença de história familiar positiva para DAC, HAS, obesidade, dislipidemia, DM, e, por fim, tabagismo.

Descritores: 1. Fatores de risco;
2. Doença cardiovascular;
3. Idosos.

Abstract

Aim: To know the prevalence of cardiovascular risk factors in patients investigated in Geriatric Ambulatory from Extreme South of Santa Catarina University (UNESC) between 2005 and 2007.

Methods: It was realized a descriptive, retrospective, transversal study, where it was analyzed 120 records of elderly patients followed between March 2005 and September 2007, in Geriatric Ambulatory of UNESC. The collected variables were: age, sex, race, blood hypertension, and diabetes mellitus (DM); HDL-c, LDL-c, total cholesterol and triglycerides levels; BMI value, familial history of cardiovascular disease and regular physical activity practice.

Results: The prevalence of cardiovascular risk factors was: sedentarism 80%, familial history of cardiovascular disease 76,7%, blood hypertension 72,5%, obesity 37,5%, DM 26,7%, smoking 6,7%, HDL-c levels low 19,8%, LDL-c 34,2%, total cholesterol 27% and triglycerides 18,8%.

Conclusions: The prevalence of cardiovascular risk

1 Estudante de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC - Santa Catarina - Brasil.

2 Médico Cardiologista. Professor do Curso de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC - Santa Catarina - Brasil.

3 Médico em Estágio de Especialização em Cardiologia na Equipe do Dr. João Bosco - Hospital Beneficência Portuguesa – SP.

4 Médico. Doutorando em Ciências Médicas- Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC. Mestre em Saúde Pública- UFSC- Santa Catarina- Brasil.

factors in this population is high, and categories associated with these risk factors were women, black people and age between 60-69 years old. Among risk factors that can be modified, the sedentarism was the most prevalent, followed by familial history of cardiovascular disease, blood hypertension, obesity, dyslipidemia, DM and smoking.

Key Words: 1. Risk Factors;
2. Cardiovascular Disease;
3. Elderly.

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) são comuns na população em geral, e afetam a maioria dos idosos. Do total de DCV, a doença coronariana tem uma prevalência de aproximadamente um terço a metade dos casos¹. A doença coronariana é a principal causa de mortalidade entre os idosos dos Estados Unidos, e 20% da população com 80 anos de idade ou mais têm evidências clínicas de doença coronariana, com prevalência comparável entre os sexos².

A taxa de mortalidade por DCV e doença coronariana em homens e mulheres e em negros e brancos tem caído na maioria dos países de 24 para 28% desde 1975, embora o declínio esteja mais lento após 1990. Essa redução na mortalidade é atribuída ao aperfeiçoamento dos tratamentos médicos para as doenças coronarianas, e à redução dos fatores de risco, principalmente o declínio do tabagismo e o tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS)³.

Os fatores de risco foram classificados em fatores maiores – tabagismo, HAS, colesterol total elevado, HDL- colesterol reduzido, diabete melito (DM) e idade avançada; fatores predisponentes – obesidade, obesidade abdominal, história familiar de coronariopatia prematura, características étnicas e fatores psicossociais; fatores condicionais – triglicérides séricos elevados, pequenas partículas de LDL- colesterol, elevação da homocisteína sérica, lipoproteína (a) elevada, fatores pró-trombóticos e marcadores inflamatórios⁴.

Os fatores de risco cardiológicos são altamente prevalentes nos idosos. Devido a um excesso de ocorrência de eventos coronarianos na população idosa, o risco absoluto atribuído a cada um desses fatores aumenta com a idade. Portanto, os benefícios da redução desses

fatores de risco são maiores nos pacientes idosos do que nos jovens. Em geral, os idosos são conscientes de sua saúde e mostram-se dispostos e capazes de adotar um estilo de vida saudável².

A maioria dos fatores de risco cardiológicos conhecidos são passíveis de serem modificados através de medidas preventivas. Entre esses fatores encontram-se o tabagismo, dislipidemia, hipertensão arterial, diabete melito, obesidade, sedentarismo, dieta, fatores psicossociais, e consumo regular de álcool³. Há ainda os fatores de risco não modificáveis, como a história familiar, a idade e o sexo⁴.

O presente estudo busca conhecer a prevalência de fatores de risco cardiovasculares nos pacientes atendidos no Ambulatório de Geriatria da UNESC, caracterizar a população estudada de acordo com sexo, idade e raça, identificar os fatores de risco mais prevalentes de acordo com sexo, raça e faixas etárias.

Métodos

Realizou-se um estudo transversal, documental, descritivo, retrospectivo, com 120 idosos atendidos no período de 2005 e 2007, no Ambulatório de Geriatria da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Os dados foram coletados por meio de um protocolo elaborado pelos pesquisadores através da análise de 120 prontuários escolhidos aleatoriamente.

Foram analisadas as variáveis: idade, sexo e raça; hipertensão arterial e diabete melito; HDL-c, LDL-c, colesterol total e triglicérido; IMC; história familiar para doenças cardiovasculares em parentes de primeiro grau; e sedentarismo.

A obesidade foi classificada de acordo com o IMC, calculado através da fórmula PESO/ALTURA² e os resultados foram classificados em quatro categorias: normal (IMC entre 18.5 e 24.9), sobrepeso (IMC entre 25 e 29.9), obesidade classe I (IMC entre 30 e 34.9), obesidade classe II (IMC entre 35 e 39.9), e obesidade classe III ou obesidade extrema (IMC²>40)⁵.

Foram classificados como sedentários aqueles idosos que realizavam atividades físicas com frequência menor que três vezes por semana, independente da duração dessas atividades.

Para a HAS foram considerados valores e" 140/ 90 mmHg e/ou uso de terapia anti-hipertensiva⁶.

Com relação à dislipidemia, foram usados como parâmetro os valores ótimos para pacientes adultos: LDL-c <100mg/dL; triglicérides <150mg/ dL; HDL- c >40

mg/dL para homens e 50 para mulheres; e colesterol total <200 mg/dL^{5,7}.

Para o diagnóstico de DM, foram considerados os seguintes critérios: glicemia plasmática em jejum e²126mg/dL; glicemia plasmática e²200mg/dL, em qualquer circunstância, se acompanhada dos sintomas clássicos de DM; glicemia e²200mg/dL duas horas após 75 gramas de glicose administrada por via oral, e/ou uso de medicamentos para tratamento do DM⁷.

Em relação ao tabagismo, foram considerados apenas os tabagistas atuais.

Quanto à história familiar para doenças cardiovasculares foram classificados os portadores com parentesco de primeiro grau.

Os dados obtidos foram cadastrados no programa SPSS 15.0, posteriormente organizados em gráficos e tabelas utilizando-se para isso o programa Excel 2007, e foram analisados de forma descritiva.

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa- CEP da UNESC, sob o número 836/207 em 20 de fevereiro de 2008.

Resultados

Dos 120 questionários analisados, 22,5% (n=27) eram homens, e 77,5% (n=93) eram mulheres; 93 eram brancas (77,5%) e 27 negras (22,5%).

Entre os homens, 51,9% eram brancos (n=14) e 48,1% (n=13) eram negros. Para as mulheres 84,9% (n=79) eram brancas e 15,1% (n=14) eram negras.

A faixa etária variou de 57 a 90 anos, com média de 70,5 anos (DP=7,98). A maioria 51,7% (n=62) pertenceu à faixa mais jovem 60-69 anos, seguida pela faixa intermediária, 70-79 anos 32,5% (n=39), e pelos mais idosos, com 80 anos ou mais 15,8% (n=19). Igualmente, a maioria dos homens 37,03% (n=10) e das mulheres 55,91% (n=52) pertencem à faixa etária mais jovem, seguido pela faixa intermediária 33,34% (n=9) e 32,25% (n=30) respectivamente, e pelos mais idosos 29,62% (n=8) e 11,82% (n=11) respectivamente. .

A prevalência do sedentarismo foi de 80%, sendo maior entre os homens do que entre as mulheres (RP=1,21; IC95%: 1,04-1,42; p= 0,049). Entre os brancos (77,64%) a prevalência do sedentarismo foi 20% menor do que entre os negros (RP=0,78; IC95%: 0,68-0,90; p=0,014). A faixa etária que apresentou maior proporção de sedentários foi a dos mais idosos 89,47% (n=17), seguida pela faixa mais jovem 83,87% (n=52), e pela faixa intermediária 69,23% (n=27) (p=0,85).

A maioria dos indivíduos 76,7% (n=71) possuía história familiar positiva para DAC. A prevalência de história familiar de DAC foi 60% maior nas mulheres 83,9% comparadas aos homens 51,9% (RP=1,61; IC95%: 1,12-2,35; p=0,01). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas quanto à presença de história familiar para DAC de acordo com a raça (p=0,44).

A HAS teve prevalência de 72,5% (n=87), com predominância entre as mulheres 77,41% quando comparadas aos homens 55,6% (RP=1,97; IC95%: 1,12-3,46; p=0,03). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas de hipertensão arterial sistêmica de acordo com a raça (p=0,29) e faixa etária (p=0,38).

A prevalência de obesidade foi de 37,5%, e a maioria apresentava-se na faixa do sobrepeso 40,8% (gráfico 1). As mulheres tiveram maior prevalência de sobrepeso/obesidade (41,9%) quando comparadas aos homens (22,2%) (p=0,018), e em ambos os sexos a obesidade classe 1 foi a mais prevalente (tabela 1). Não foram encontradas diferenças de obesidade de acordo com a raça (p=0,78) e faixa etária (p=0,26)

A prevalência geral de DM foi de 26,7%. Destes, 30,1% das mulheres e 14,8% dos homens tinham DM (p=0,09). As taxas não foram diferentes de acordo com sexo (p=0,09), raça (p=0,56) e faixa etária (p=0,12).

Na população, 6,7% (n=8) eram de tabagistas atuais; 68,3% (n=82) eram de não tabagistas e 25% (n=30) eram de ex-tabagistas. Os homens apresentaram maior percentual de tabagistas 11,1% (n=3) e de ex-tabagistas 48,1% (n=13) em comparação as mulheres (5,4% e 18,3% respectivamente) (p=0,039).

Com relação à dislipidemia, os níveis de LDL-c aumentados foram a alteração de maior prevalência (Gráfico 2). A prevalência de dislipidemia foi maior entre as mulheres (Tabela 2). Os negros tiveram maiores taxas de triglicédeos >150mg/dl 48% (n=12) do que os brancos 42,35% (n=36), e estes tiveram maior prevalência de alteração nos níveis de HDL-c 51,76% (n=44), LDL-c 86,05% (n=74) e colesterol total 67,05% (n=57) em relação aos negros 32% (n=8), 72% (n=18) e 60% (n=15) respectivamente. As alterações dos níveis de HDL-c e LDL-c foram mais prevalentes na faixa etária mais jovem, e o aumento nos níveis de colesterol total foi maior na faixa intermediária. Já os resultados encontrados quanto ao aumento nos níveis de triglicédeos foram semelhantes nas três faixas etárias.

Entre os fatores de risco para DAC, as mulheres apresentaram maior prevalência de HAS, DM, obesidade, dislipidemia e história familiar para DAC; os homens

de tabagismo e sedentarismo. Os brancos tiveram maior prevalência de HAS, história familiar positiva para DAC, alteração de HDL-c, LDL-c e colesterol total; já o tabagismo, DM, obesidade, hipertrigliceridemia e sedentarismo foram maiores entre os negros. Os indivíduos pertencentes à faixa etária mais jovem, 60-69 anos, apresentaram maior prevalência de DM, obesidade, história familiar positiva para DAC e alterações nos níveis de HDL-c e LDL-c; os indivíduos da faixa intermediária, 70-79 anos, tiveram maior prevalência de HAS e aumento dos níveis de colesterol total; e nos mais idosos, >80 anos, a hipertrigliceridemia, sedentarismo e o tabagismo foram os fatores mais prevalentes.

Discussão

Este estudo avaliou a prevalência de diversos fatores de risco entre uma determinada população de idosos. Pelos dados, houve claro predomínio do sexo feminino (77,5%), de pessoas de raça branca (77,3%) e da faixa etária entre 60 e 69 anos (51,7%).

O fator de risco que apresentou maior prevalência foi o sedentarismo (80%), seguido pela presença de história familiar positiva para DAC, HAS, obesidade, dislipidemia, DM, e o tabagismo. O sedentarismo foi maior entre os homens (92,6%), os negros (100%) e os mais idosos (89,47%). Esta prevalência é semelhante às obtidas no Estudo Multicêntrico de Idosos Atendidos em Ambulatórios de Cardiologia e Geriatria de Instituições Brasileiras, no qual o sedentarismo entre os idosos foi de 74%, porém, maior nas mulheres (79%) do que nos homens (66%)⁸. Dados do Ministério da Saúde evidenciaram maior prevalência de sedentarismo entre as mulheres (41,7%) e entre indivíduos dos 50 aos 69 anos⁹.

Possuíam história familiar para DAC, 76,7%, mais evidente nas mulheres (83,87%) e nos de raça branca (77,64%). O estudo Fatores de Risco Convencionais e Doença Arterial Coronariana, que avaliou a prevalência dos fatores de risco em uma população de pacientes com DAC, revelou prevalência de história familiar para DAC de 39,6%¹⁰.

Pelo Estudo Internacional REACH Registry (Reduction of Atherothrombosis for Continued Health), a prevalência de HAS é elevada em todo o mundo. Na América Latina 77,6% da população é hipertensa¹¹. No Brasil, pelos dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), há 49,22% de indivíduos hipertensos com 60 anos ou mais, com prevalência do sexo feminino¹². No Estudo Multicêntrico de Idosos Atendidos em Ambulatórios de

Cardiologia e Geriatria de Instituições Brasileiras, 48% da população estudada era de hipertensos e a maioria desta de mulheres⁸. No presente estudo, as taxas encontradas foram maiores, 72,5% de hipertensos, e destes 77,41% eram mulheres.

A obesidade apresentou prevalência de 37,5%, com maioria de mulheres. No Brasil, segundo o INCA, a prevalência foi de 54,52%, com maior prevalência em homens¹². Uma pesquisa realizada em Veranópolis- RS, demonstrou obesidade em 5,7% dos homens e 18,2% das mulheres¹³.

A DM apresenta um aumento em suas incidência e prevalência no decorrer dos anos, devido em grande parte, ao envelhecimento populacional e ao estilo de vida atual, caracterizado por sedentarismo e hábitos alimentares inadequados. No Brasil, segundo o HIPERDIA, há mais de 243 mil diabéticos, com predomínio do sexo feminino¹⁴. Dados do Estudo Multicêntrico de Idosos Atendidos em Ambulatórios de Cardiologia e Geriatria de Instituições Brasileiras, 13% dos idosos eram diabéticos, com prevalência de mulheres e de indivíduos na faixa etária de 75-84 anos⁸. Nos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria da UNESC, 26,7% eram diabéticos com prevalência maior nas mulheres e nos indivíduos com idade entre 60 e 69 anos.

O tabagismo, responsável por uma em cada cinco mortes por DAC, apresenta nos últimos anos um declínio em sua prevalência, mais significativo no sexo masculino. Em 2003, a prevalência do tabagismo era de 22,4%, com 27,1% de homens e 18,4% de mulheres¹⁵. No estudo REACH Registry 15,3% da população avaliada é de fumantes atuais e 41,6% de ex-tabagistas¹¹. Na nossa avaliação, o tabagismo foi o fator de risco de menor prevalência (6,7%), com maior incidência nos homens (11,11%), negros e em idosos com 80 anos de idade ou mais. Entre os não-tabagistas, as mulheres apresentaram maior prevalência (76,34%). A prevalência de ex-tabagistas foi de 25%, maior nos homens, negros e nos com 80 anos ou mais.

A dislipidemia associa-se fortemente com a DAC, e o risco coronariano aumenta na medida em que os níveis de colesterol total, LDL-c e triglicerídeos aumentam, e os níveis de HDL-c diminuem. No Brasil, a prevalência de indivíduos com colesterol total acima de 200mg/dl é de 40%, com valores maiores nas mulheres¹⁶. Internacionalmente, segundo dados do REACH Registry, a prevalência de hipercolesterolemia é de 72,4%¹¹. No Estudo Multicêntrico de Idosos Atendidos em Ambulatórios de Cardiologia e Geriatria de Institui-

ções Brasileiras, 24% dos idosos do sexo masculino tinham LDL-c aumentados, 13% HDL-c diminuídos e 21% colesterol total elevado. Para as mulheres essas porcentagens foram maiores: 38%, 13% e 35% respectivamente. Segundo o mesmo estudo, o aumento do LDL-c teve prevalência de 33%, a redução do HDL-c de 15% e o aumento do colesterol total de 30%⁸. No nosso estudo, o LDL-c aumentado, foi a alteração de maior prevalência (34,2%), seguido pelo aumento do colesterol total (27%), pela redução do HDL-c (19,8%) e pelo aumento dos triglicérides (18,8%). A prevalência de dislipidemia foi maior entre as mulheres.

Conclusões

Os resultados deste estudo evidenciaram elevada prevalência dos fatores de risco na população de idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria da UNESC. O sedentarismo apresentou a maior prevalência, seguido pela presença de história familiar positiva para DAC, HAS, obesidade, dislipidemia, DM, e tabagismo. Houve claro predomínio do sexo feminino, da raça branca e da faixa etária mais jovem (60 e 69 anos), demonstrando a importância da implementação de medidas de prevenção e controle desses fatores de risco para reduzir a incidência de DAC, aumentar a sobrevida e proporcionar uma melhor qualidade de vida para esses pacientes.

Referências bibliográficas:

1. Wilson PWF, Cullerton BF. Estimation of cardiovascular risk in an individual patient without known cardiovascular disease. [base de dados na internet] Acesso em: 23 ago. 2007. Disponível em: <http://www.uptodateonline.com>.
2. Wenger NK. Cardiac rehabilitation: exercise training and secondary prevention of coronary heart disease in the elderly. [base de dados na internet]. Acesso em: 03 out. 2007. Disponível em: www.uptodateonline.com.
3. Hennekens CH. Primary prevention of coronary heart disease and stroke. [base de dados na internet]. Acesso em: 23 ago. 2007. Disponível em: <http://www.uptodateonline.com>
4. Mascia JAV. Fatores de Risco Coronariano. In: Michelin F. Doenças do Coração. SP: Robe Editorial, 2003.
- 5 - IV Diretriz Brasileira sobre Deslipidemias e Prevenção de Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras. Card. 2007; 88(I): 6-10.
- 6 - V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol, Portal, 2006; 10.
- 7 - I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arq. Bras. Card. 2005; 84 (I): 15.
8. Taddei CFG, Ramos LR, Moraes JC, et al. Estudo Multicêntrico de Idosos Atendidos em Ambulatórios de Cardiologia e Geriatria de Instituições Brasileiras. Arq Bras Cardiol. 1997; 69(5): 327-33.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. IDB - Indicadores e Dados Básicos - Brasil 2006. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>. Acesso em: 14 ago. 2007.
10. Rocha ASC, Pittella FJM, Carmo AF et al. Fatores de Risco Convencionais e Doença Arterial Coronariana. Editorial Laranjeiras, RJ, 2004; 1(4):1. Acesso em: 23 out. 2007. Disponível em: http://www.incl.rj.saude.gov.br/incl/rev_1/sumario.asp.
11. Bhatt DL, Steg PG, Ohman EM et al. International Prevalence, Recognition, and Treatment of Cardiovascular Risk Factors in Outpatients With Atherothrombosis. Jama. 2006. 295(2):180-9.
12. BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br>. Acesso em: 28 out. 2007.
13. Cruz IBM, Almeida MSC, Schwanke CHA et al. Prevalência de Obesidade em Idosos Longevos e sua Associação com Fatores de Risco e Morbidades Cardiovasculares. Revista da Associação Médica Brasileira. 2004; 50(2): 172-7.
14. BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br>. Acesso em: 28 out. 2007.
15. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC et al. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brasil (1989-2003). Bulletin Of The WHO. 2007; [s.l]: 527-34.
16. Martinez TLR, Santos RD, Armaganijan D, et al. Campanha Nacional de Alerta Sobre o Colesterol Elevado. Determinação do Nível de Colesterol de 81.262 Brasileiros. Arq Bras Cardiol. 2003; 80 (6): 631-34.

Gráfico 1: Prevalência de obesidade de acordo com IMC.

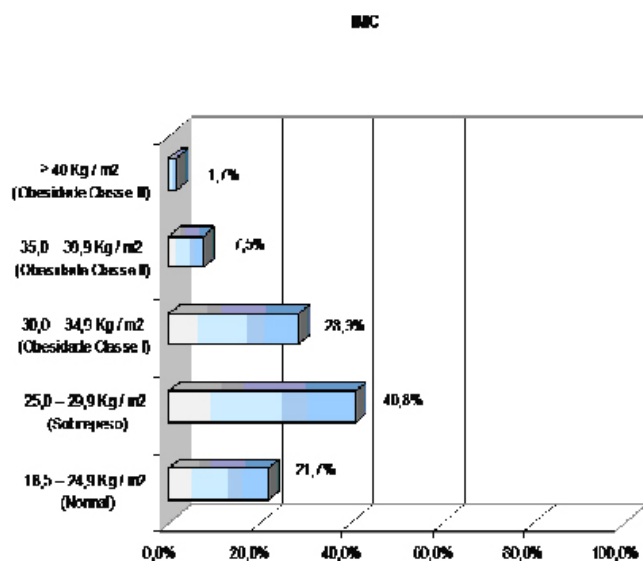


Tabela 2: Prevalência de dislipidemias em relação ao sexo.

Níveis	Sexo		
	Masculino	Feminino	Total
HDL Colesterol			
Mulheres: < 50 mg/dL	7 (12,0%)	52(88,0%)	59
Homens: < 40 mg/dL			
LDL Colesterol: > 100mg/dL	16 (16,2%)	83(83,8%)	99
Colesterol Total: > 200mg/dL	10 (12,8%)	68(87,2%)	78
Triglicerídeos: > 150mg/dL	9 (16,1%)	47(83,9%)	56

Gráfico 2: Prevalência de dislipidemias.

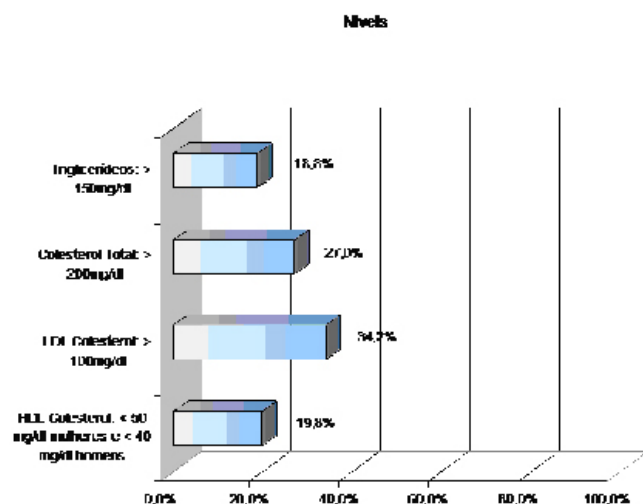


Tabela 1: Prevalência de obesidade de acordo com o sexo.

IMC	Sexo		
	Masculino	Feminino	Total
18,5 - 24,9 Kg / m ² (Normal)	10	16	26
25,0 - 29,9 Kg / m ² (Sobrepeso)	11	38	49
30,0 - 34,9 Kg / m ² (Obesidade Classe I)	5	29	34
35,0 - 39,9 Kg / m ² (Obesidade Classe II)	1	8	9
? 40 Kg / m ² (Obesidade Classe III)	0	2	2
Total	27	93	120

Endereço para Correspondência:
 Rua Dolário dos Santos, 250, bloco A, apto 305, Centro.
 CEP: 88802-080.
 Criciúma - SC - Brasil.