

# Avaliação de risco cardiovascular em colaboradores de um Centro Universitário

## *Cardiovascular risk assessment in employees a university center*

### *Rianne Lage Reis Cândido*

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM).  
E-mail: rianne@grupor4.com.br

### *Cleide Chagas da Cunha Faria*

Enfermeira; Mestre em Promoção da Saúde; Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família; Professora orientadora (UNIPAM).  
E-mail: cleide@unipam.edu.br

### *Júnia Patrícia Ferreira Silva*

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM).  
E-mail: juniapatricia@hotmail.com

### *Isa Ribeiro de Oliveira Dantas*

Enfermeira; Doutora em Ciências; docente no Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM).  
E-mail: isa@unipam.edu.br

---

**Resumo:** As doenças cardiovasculares (DCV) estão entre as principais causas de morte no Brasil. Correspondem a quase 30% do total de óbitos no país em um ano. Este trabalho teve por objetivo identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares em trabalhadores de um Centro Universitário, estratificando o risco para eventos cardiovasculares em 10 anos, a partir do uso do Escore de Risco Global. Foram feitas pesquisas documental, descritiva e quantitativa. Foram revisados prontuários de 107 mulheres e de 107 homens, de qualquer idade, que participaram de uma ação de saúde desenvolvida na instituição no ano de 2014. A maioria dos participantes tinha idade inferior a 30 anos e escolaridade em nível superior. Houve prevalência de sobrepeso ou obesidade entre os homens (60,7%). Percebeu-se que uma parte apresentou níveis de colesterol total acima de 200 mg/dL (26,6%) e níveis de HDL-c abaixo de 60 mg/dL (47,2%). Verificou-se que os níveis de estresse, ansiedade e depressão são mais elevados nas mulheres. Constatou-se, ainda, que a população masculina estudada tem risco aumentado para eventos cardiovasculares quando comparados à feminina, sendo 56% dos homens classificados como risco intermediário e 9% como alto risco, enquanto 86% das mulheres apresentavam baixo risco para eventos cardiovasculares. Os resultados reforçam a importância da implementação de medidas de prevenção e promoção de saúde no controle dos fatores de risco modificáveis para a redução da incidência das doenças cardiovasculares e adoção de hábitos de vida saudáveis.

**Palavras-chave:** Fatores de risco. Saúde do trabalhador. Doenças cardiovasculares.

**Abstract:** Cardiovascular diseases (CVD) are among the main causes of death in Brazil, corresponds to almost 30% of all deaths in the country in a year. This study aimed to identify risk factors for cardiovascular disease among workers of a University Center, stratifying the risk for cardiovascular events in 10 years, from the use of the Global Risk Score. Documental, descriptive and quantitative research. Medical records of 107 women and 107 men, of any age, and who participated in a health action developed by the institution in the year 2014, were reviewed. Most of the participants were younger than 30 years and education at the university level. There was prevalence of overweight or obesity among men (60.7%). It was noticed that some had total cholesterol levels above 200 mg/dL (26.6%) and HDL-c levels below 60 mg/dL (47.2%). It was found that levels of stress, anxiety and depression are higher in women. It was further observed that the studied male population have increased risk for cardiovascular events compared to female, with 56% of men classified as intermediate risk and 9% as high risk, while 86% of women had low risk for cardiovascular events. The results reinforce the importance of implementing prevention actions and health promotion in the control of modifiable risk factors to reduce the incidence of cardiovascular disease and adoption of healthy lifestyle habits.

**Keywords:** Risk factors. Occupational Health. Cardiovascular diseases.

---

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, as doenças cardiovasculares (DCV) estão entre as principais causas de morte no Brasil e no mundo, impondo grandes desafios para os líderes das políticas públicas de saúde, uma vez que comprometem as condições de vida da população, além de aumentarem os gastos do governo. Segundo a Organização Mundial de Saúde, as doenças cardiovasculares correspondem a quase 30% do total de óbitos no país em um ano (RIBEIRO, 2012).

A principal característica das DCV é a presença da aterosclerose, acúmulo de placas de gorduras nas artérias ao longo dos anos que impede a passagem do sangue. Os principais eventos cardiovasculares são Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Encefálico (AVE) (BRASIL, 2011).

Uma ligação direta entre as manifestações cardiovasculares e os fatores genéticos, ambientais e de estilo de vida tem sido estabelecida, evidenciando que a ação proliferativa da simultaneidade desses fatores de risco aumenta consideravelmente o risco da doença arterial coronariana (OLIVEIRA, 2009).

Para Correia *et al.* (2010), esses fatores de risco podem ser classificados como modificáveis, incluindo os ambientais e comportamentais, e não modificáveis que são os genéticos e biológicos. Diversos fatores estão ligados ao elevado risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, sendo assim, quanto maior o número de fatores de risco presente, maior será a chance de manifestar-se um evento cardiovascular no futuro.

Nesse sentido, a identificação do risco cardiovascular global pelo somatório de riscos decorrentes de múltiplos fatores é mais importante do que simplesmente identificar um indivíduo pelos riscos atribuíveis à elevação de fatores isolados, como a pressão arterial ou o colesterol sérico. Sob esse enfoque, a orientação é maximizar benefícios e minimizar riscos e custos, por meio de estratégias específicas para diferentes perfis de risco. A intensidade das intervenções preventivas deve ser

determinada pela classificação de risco cardiovascular estimada (PETTERLE; POLANCZYK, 2011).

A estratificação do risco cardiovascular pode ser entendida como a contagem dos fatores de risco como forma de identificar o grau da ameaça para desenvolvimento de doenças coronarianas. Para essa estratificação do risco cardiovascular global, diferentes escores têm sido utilizados, entre eles o Escore de Risco Global (ERG) utilizado neste estudo, que avalia o risco de IAM, AVE, insuficiência vascular periférica e insuficiência cardíaca em 10 anos. Deve ser empregado na avaliação inicial de pessoas que não foram adequadas em condições de alto risco (SBC, 2013).

Considerando-se que as doenças crônicas, entre elas as cardiovasculares, têm um forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, causando morte prematura e gerando grandes e subestimados efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral, é necessário conferir ações que integrem a promoção da saúde, a prevenção primária dos fatores de risco e o controle dessas enfermidades quando já instaladas (SILVA *et al.*, 2013).

Refletindo o cenário escolhido para a realização desta pesquisa, percebe-se a importância da realização desse trabalho, uma vez que muitos autores concordam que o ambiente de trabalho é uma fonte importante de estresse psicoemocional, que associado a outros fatores de risco como a idade e o sexo e vários fatores de risco modificáveis como os hábitos alimentares inadequados, o sedentarismo, a obesidade, o tabagismo, o consumo abusivo de bebidas alcóolicas aumentam o número de profissionais acometidos pelas DCV (ELLER *et al.*, 2009).

Xavier (2015) afirma que, na perspectiva da prevenção das DCV e redução do seu impacto no ambiente de trabalho, ações que criem ambientes favoráveis à saúde e favoreçam escolhas saudáveis são fundamentais na modificação dos fatores de risco cardiovasculares que impactam na diminuição da morbidade e mortalidade por essas doenças.

A prevenção cardiovascular engloba evitar a instalação dos fatores de risco cardiovascular modificáveis e construir estratégias eficazes para que se faça a promoção da saúde cardiovascular do indivíduo e da população. Para tanto, torna-se necessária a ação conjunta de equipes multidisciplinares e intersetoriais de forma contínua e simultânea (SBC, 2013).

Diante do exposto, este trabalho teve por objetivo identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares em trabalhadores de um Centro Universitário, estratificando o risco cardiovascular em 10 anos a partir do uso do Escore de Risco Global.

## 2 METODOLOGIA

Foram feitas pesquisas documental, descritiva e quantitativa, que visaram a identificar fatores de risco e estratificar, com base em dados relacionados à saúde de funcionários, o risco para doenças cardiovasculares em trabalhadores do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM.

O estudo foi realizado no UNIPAM por meio da consulta de dados de saúde dos funcionários, obtidos e registrados em formulário próprio (prontuários), durante

uma ação de saúde na Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - SIPAT no ano de 2014.

A amostra foi composta por formulários de dados (prontuários) dos funcionários, obtidos a partir de uma ação de saúde, promovida pelo UNIPAM durante a SIPAT de 2014. A instituição possui, em seu quadro de colaboradores, um total de 842 funcionários, sendo 360 mulheres e 482 homens. Esse total subdivide-se em funcionários dos setores de obra e administrativo, professores e estagiários.

Foram incluídos todos os formulários de dados (prontuários) disponíveis, de funcionários de ambos os sexos, sendo 107 mulheres e 107 homens, de qualquer idade, que participaram da referida ação de saúde. A coleta de dados foi realizada de fevereiro a março de 2015.

Para o levantamento de dados e a estratificação do risco cardiovascular dos funcionários, foram utilizados dois instrumentos. O primeiro é o formulário de dados de saúde obtido durante a SIPAT/2014 e arquivado em pasta pessoal do funcionário no setor de recursos humanos. Nesse formulário, consta a identificação, as patologias instaladas, as medidas antropométricas, os valores da pressão arterial, os hábitos de vida, os exames laboratoriais e os aspectos emocionais. O segundo, para a estratificação do risco cardiovascular, é o ERG.

O risco cardiovascular global é determinado como a possibilidade de uma pessoa ter um evento cardiovascular, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência vascular periférica e insuficiência cardíaca, durante um período de 10 anos. Consideram-se dados como idade, sexo, valor da pressão arterial, presença de tabagismo ou diabetes e perfil lipídico do paciente mediante exames laboratoriais diferenciando os valores de referência entre homens e mulheres na estratificação pelo ERG (SBC, 2013).

O ERG avalia o risco de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência vascular periférica e insuficiência cardíaca em 10 anos. Deve ser empregado na avaliação inicial de pessoas que não foram adequadas em condições de alto risco. Após estratificação, são considerados de baixo risco aqueles com probabilidade menor que 5% de apresentarem os principais episódios cardiovasculares em 10 anos. No grupo de risco intermediário, são considerados homens com risco  $\geq 5\%$  e  $\leq 20\%$  e mulheres com risco  $\geq 5\%$  e  $\leq 10\%$  de ocorrência de algum episódio cardiovascular. São considerados alto risco homens com risco calculado  $> 20\%$  e mulheres  $> 10\%$  em 10 anos (SBC, 2013).

Para o cálculo do risco cardiovascular pelo ERG, a idade mínima é de 30 anos. Dessa forma, o risco cardiovascular foi calculado para 57 homens e 51 mulheres. A totalidade de participantes foi considerada para o levantamento dos fatores de risco cardiovasculares de forma isolada.

Os dados resultantes desse estudo foram analisados por meio de estatísticas descritivas com frequência absoluta e percentual e apresentados em tabelas e gráficos, utilizando-se o software Microsoft Excel – 2010.

O projeto foi submetido e aprovado pelo CEP do UNIPAM sob CAAE 39253014.5.0000.5549 em conformidade com a Resolução 466/12, com destaque para a manutenção da privacidade e da confidencialidade dos dados utilizados, preservando-se integralmente o anonimato dos funcionários.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o cálculo do risco cardiovascular pelo ERG, a idade mínima é de 30 anos, por estar na faixa de risco e/ou por fazer parte de um grupo atendido por um serviço de caráter preventivo contínuo. Dessa forma, o risco cardiovascular foi calculado para 57 homens e 51 mulheres. A totalidade de participantes foi considerada para o levantamento dos fatores de risco cardiovasculares de forma isolada.

Conforme os dados da Tabela 1, observa-se a igualdade na participação de homens e mulheres no estudo. Observa-se, ainda, o predomínio de pessoas com menos de 30 anos, solteiras, e com escolaridade em nível superior.

Para Oliveira *et al.* (2009), as doenças cardiovasculares são apontadas mundialmente como a causa crucial de morte e de invalidez. Uma ligação direta entre as manifestações cardiovasculares, os fatores genéticos, os ambientais e de estilo de vida tem sido estabelecida. Para os autores, a simultaneidade desses fatores de risco aumenta consideravelmente o risco da doença arterial coronariana.

**Tabela 1** - Caracterização dos colaboradores do Centro Universitário de Patos de Minas – MG, 2014.

	Sexo				
	Masculino		Feminino		Total
	N	%	N	%	N
<b>Idade</b>					
< 30 anos	50	46,8	56	52,4	106
30-34 anos	9	8,4	12	11,2	21
35-39 anos	6	5,6	12	11,2	18
40-44 anos	10	9,3	6	5,6	16
45-49 anos	12	11,2	10	9,3	22
50-54 anos	8	7,5	8	7,5	16
55-59 anos	5	4,7	2	1,9	7
60-64 anos	5	4,7	0	0	5
65-69 anos	1	0,9	0	0	1
70-74 anos	1	0,9	1	0,9	2
<b>Estado Civil</b>					
Solteiro (a)	53	49,5	59	55,1	112
Casado (a)	45	42	40	37,4	85
Viúvo (a)	2	1,9	2	1,9	4
Divorciado (a)	5	4,7	4	3,7	9
União Estável	2	1,9	2	1,9	4
<b>Escolaridade</b>					
Analfabeto	1	0,9	0	0	1
Ensino Fundamental	31	29	18	16,8	49

(Continuação)

Ensino Médio	24	22,4	18	16,8	42
Ensino Superior	50	46,8	71	66,4	121
Não referido	1	0,9	0	0	1
<b>Total</b>	107	100	107	100	214

Fonte: Autoria própria, 2015.

No Brasil, assim como em outros países, há uma variação no perfil de mortalidade da população, evidenciando-se o aumento dos óbitos por doenças crônicas na população acima de 40 anos, entre essas doenças, as DCV se destacam e são responsáveis por 35% das mortes (BRASIL, 2013).

Dessa forma, é importante não desconsiderar que 32,2% dos pesquisados tinham idade igual ou superior a 40 anos e, mesmo que os resultados deste estudo demonstrem predomínio de pessoas jovens, torna-se necessário refletir sobre os efeitos do envelhecimento na morbimortalidade das DCV ao longo do tempo (BRASIL, 2011). Essa constatação evidencia a necessidade de estimular a adoção ou manutenção de hábitos saudáveis de vida na população pesquisada por meio da informação adequada, buscando prevenir o adoecimento e, conseqüentemente, o acometimento por doenças cardiovasculares.

Quanto à escolaridade, a literatura traz evidências de que pessoas com menor renda e escolaridade são as mais afetadas pelas doenças crônicas, porque podem estar mais expostas aos fatores de risco, com menor acesso às informações e aos serviços de saúde (BRASIL, 2011). Consoante essa afirmativa, Xavier (2015) verificou, em seu estudo, uma menor prevalência de alto risco cardiovascular entre os indivíduos que apresentavam maior escolaridade.

Resultados semelhantes também foram verificados por Muniz *et al.* (2012), que observam menor prevalência de fatores de risco comportamentais entre aqueles que tinham maior escolaridade e maior renda.

Dessa forma, os resultados encontrados no presente estudo quanto à prevalência de trabalhadores mais jovens e mais escolarizados, conforme a literatura, podem configurar como fatores de proteção à saúde.

Mesmo que a idade, a raça e o sexo sejam fatores de risco não modificáveis, a maioria dos fatores de risco para as DCV está relacionada ao estilo de vida e comportamentos que podem ser modificados (MUNIZ *et al.* 2012).

**Tabela 2 - Hábitos de vida dos colaboradores do Centro Universitário de Patos de Minas – MG, 2014.**

	<b>Sexo</b>				
	<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>		<b>Total</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
<b>Pratica atividade física</b>					
Sim	58	54,2	40	37,4	98
Não	49	45,8	67	62,6	116
<b>Etilista</b>					
Sim	53	49,5	28	26,2	81
Não	54	50,5	79	73,8	133
<b>Tabagista</b>					
Sim	14	13,1	4	3,7	18
Não	93	86,9	103	96,3	196
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	<b>214</b>

Fonte: Autoria própria, 2015.

Avaliando-se as tabelas 2 e 3, observa-se que a maioria das mulheres dessa pesquisa é sedentária, ainda que dentro da normalidade de índice de massa corpórea (IMC) e da relação cintura/quadril. Ao contrário, entre os homens, mesmo que 54,2% tenham afirmado a prática de atividade física, verificou-se que 60,7% apresentavam IMC entre  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>, caracterizando-se sobrepeso e obesidade. A relação cintura/quadril encontrava-se normal para a maioria dos homens (96,3%).

A tabela 2 evidencia 8,5% de tabagistas, e 37,9% referiram uso de diferentes bebidas alcóolicas em variadas proporções.

A maioria das mortes de pessoas tabagistas é por DCV. Aproximadamente 50% delas poderiam ser evitadas se esse hábito fosse extinto. O risco de infarto agudo do miocárdio entre os fumantes, quando comparado ao dos indivíduos não fumantes, apresenta-se duas vezes maior para idade superior a 60 anos e cinco vezes maior para idade inferior a 50 anos (SBC, 2013). Embora a quantidade de tabagistas seja pequena, neste estudo, ressalta-se a importância de se trabalhar a prevenção à iniciação de fumar e medidas que minimizem ou cessem esse hábito entre os participantes desse estudo.

Ainda que o uso do álcool seja lícito em nossa cultura, encontramos uma menor quantidade de usuários de bebida alcoólica neste estudo. Não foram especificados os tipos de bebidas nem quantidades consumidas. Notou-se, então, que o consumo de álcool está relacionado ao hábito de vida de cada um, sendo um fator modificável passível de ser controlado pelo próprio indivíduo (STIPP *et al.* 2007).

**Tabela 3** - Medidas antropométricas dos colaboradores do Centro Universitário de Patos de Minas – MG, 2014.

	Sexo				Total N
	Masculino		Feminino		
	N	%	N	%	
<b>Índice de Massa corpórea (IMC)</b>					
< 18,5	2	1,9	6	5,6	8
18,5-24,9	40	37,4	59	55,1	99
25-29,9	41	38,3	25	23,4	66
≥ 30	24	22,4	17	15,9	41
<b>Relação Cintura/Quadril (RCQ)</b>					
≤ 0,85			71	66,4	71
> 0,85			36	33,6	36
≤ 1	103	96,3			103
> 1	4	3,7			4
<b>Total</b>	107	100	107	100	214

Fonte: Autoria própria, 2015.

Corroborando a realidade apresentada pela população estudada aqui, Barbosa *et al.* (2013) também deparou com uma maioria de homens com sobrepeso e com colesterol elevado, mesmo praticando mais atividade física.

Muniz *et al.* (2012), no objetivo de estimar a prevalência e identificar fatores associados ao acúmulo de comportamentos de risco para as DCV entre adultos, verificaram um elevado acúmulo desses fatores de risco na população estudada. O destaque foi para a inatividade física (75,6%), seguido do consumo habitual de gordura aparente da carne (52,3%). Dois terços daquela população apresentaram dois ou mais fatores de risco comportamentais.

Em outro estudo realizado por Xavier (2015) com trabalhadores de uma universidade pública mineira, constatou-se que os perfis antropométricos e de saúde da população de trabalhadores mostraram-se com hábitos de vida ruins, como sobrepeso, obesidade, sedentarismo, consumo de bebida alcoólica, altas concentrações de colesterol total e níveis reduzidos de HDL-c, baixo consumo de frutas, verduras e legumes e consumo em excesso de gordura na carne.

Para Bassanesi *et al.* (2008), o índice de mortalidade por doenças cardiovasculares pode ser reduzido em pelo menos 50% a partir do controle dos fatores de risco. Assim como a diminuição das desigualdades sociais, observada por meio da escolaridade, também pode reforçar a redução de mortalidades por afecções cardiovasculares.

Outro resultado importante encontrado refere-se aos valores do colesterol total, verificando-se que 57 participantes (26,6%) mostravam níveis acima de 200 mg/dL. Para o colesterol HDL, 47,2% da amostra apresentou índice considerado baixo, dos quais 37,6% eram mulheres e 62,4% homens. Mesmo que em menor quantidade, na tabela 4, é possível verificar que 26,6% dos participantes desse estudo apresentavam valores pressóricos acima do limite recomendado, desses 20% eram homens.

Em cenário semelhante, Pimenta *et al.* (2012) buscaram estimar a associação entre trabalho noturno e alto risco cardiovascular com 211 trabalhadores de ambos os sexos, de idades entre 30 e 64 anos, do campus saúde de uma universidade pública em Belo Horizonte com base no escore de Framingham. Verificou-se que a maioria dos participantes era jovem (< 40 anos de idade); as prevalências de hipercolesterolemia e de baixos níveis de HDL-c foram, respectivamente, 55,4% e 45,9%; o tabagismo foi uma característica relatada por 12,3%; a hipertensão arterial foi verificada em 27,5%, enquanto a hiperglicemia foi diagnosticada em 16,1% dos participantes.

A maior parte dos indivíduos estudados por Costa (2012) estava com níveis de HDL fora do padrão. Em 88,3% dos trabalhadores, os níveis de colesterol HDL estavam < 60 mg/dL. Nesse sentido, os baixos níveis de HDL podem ser considerados como fator independente para doenças cardiovasculares, sendo o valor estimado como fator protetor igual ou superior a 60 mg/dL.

**Tabela 4** - Dados clínicos dos colaboradores do Centro Universitário de Patos de Minas – MG, 2014.

	Sexo				
	Masculino		Feminino		Total
	N	%	N	%	
<b>Pressão Arterial (PA)</b>					
≤ 120x80 mmHg	61	57	96	89,7	157
> 120x80 mmHg	46	43	11	10,3	57
<b>Colesterol total (mg/dL)</b>					
< 160	39	36,4	19	17,7	58
160-199	43	40,2	56	52,3	99
200-239	20	18,7	25	23,4	45
240-279	3	2,8	5	4,7	8
≥ 280	2	1,9	2	1,9	4
<b>HDL (mg/dL)</b>					
≥ 60	3	2,8	22	20,6	25
50-59	19	17,7	34	31,8	53
45-49	22	20,6	13	12,1	35
35-44	41	38,3	28	26,2	69
< 35	22	20,6	10	9,3	32
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	<b>214</b>

Fonte: Autoria própria, 2015.

De acordo com Moraes e Freitas (2012), a alteração nos níveis de colesterol é um fator que pode estar associado às mortes por DCV, e este estudo mostrou que, embora em minoria, 11,7% dos homens e 15% das mulheres estudadas mostraram valores elevados em mais de 200 mg/dL.

No estudo de Pimenta *et al.* (2012), é possível verificar a obesidade abdominal ≥ 88 cm - sexo feminino; CC ≥ 102 cm - sexo masculino e os níveis de triglicérides ≥ 150 mg/dL associaram-se ao alto risco cardiovascular. Em contrapartida, a maior

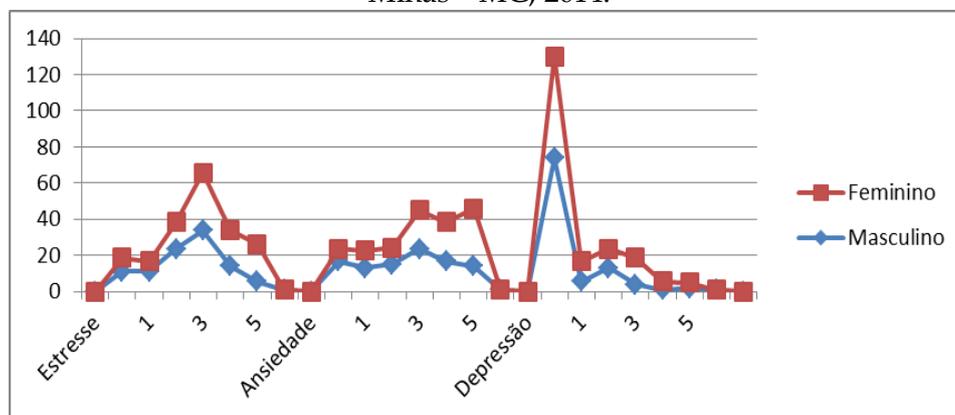
escolaridade e a renda familiar  $\geq 6$  salários-mínimos se associaram a um menor risco cardiovascular.

Em virtude da associação entre os fatores modificáveis e o alto risco cardiovascular encontrada por Xavier (2015), a autora ressalta a importância da prática de medidas preventivas primárias que podem ser usadas de maneira efetiva para diminuir a prevalência desse agravo e o seu impacto na saúde dos trabalhadores com ênfase, principalmente, na criação de ambientes de trabalho favoráveis à saúde.

A dosagem de glicemia pós-prandial foi realizada em todos os participantes da pesquisa e em nenhum deles foi encontrado resultado superior ao preconizado.

Quanto aos aspectos emocionais, o gráfico 1 mostra o predomínio nos níveis de estresse, ansiedade e depressão nas mulheres. No geral, houve prevalência nos níveis de estresse e ansiedade.

**Gráfico 1** - Aspectos emocionais colaboradores do Centro Universitário de Patos de Minas – MG, 2014.



Fonte: Autoria própria, 2015.

Conforme SBC (2013), a falta de apoio social, o estresse no trabalho e na vida familiar, a depressão e a ansiedade fazem parte dos chamados fatores de risco psicossociais para as DCV, que dificultam a adesão a estilo de vida saudável, orientações e tratamentos. Frequentemente, esses fatores de risco coexistem.

No estudo de Gorayeb *et al.* (2012), foi demonstrada uma alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão entre os paciente cardiopatas pesquisados. Esses autores enfatizam que esses sintomas podem funcionar tanto como elementos que contribuem para um pior prognóstico das DCV, quanto como gatilhos para manifestação da enfermidade.

Mesmo com os grandes avanços tecnológicos e com a ampliação do conhecimento clínico dos fatores de risco para as DCV, os psicossociais ainda precisam ser mais bem elucidados. Entretanto, a relação entre os aspectos emocionais e as doenças físicas vem sendo definida, sendo a depressão e a ansiedade as principais alterações psiquiátricas associadas ao desenvolvimento e ao prognóstico dos eventos cardiovasculares (ALVES, 2009).

Portanto, refletindo sobre a correspondência entre os estados psicológicos e as doenças cardiovasculares, considera-se relevante que sejam avaliados, acompanhados

e tratados a partir de intervenções multiprofissionais que levem a uma redução ou prevenção desses fatores de risco (SCHERR, 2010; GORAYEB *et al.*, 2012).

Em uma pesquisa realizada por Xavier (2015) com trabalhadores de uma universidade pública mineira, o estresse no trabalho mostrou-se como um fator fortemente associado ao alto risco cardiovascular. Diante do achado, faz-se necessário discutir os processos de gestão e de recursos humanos com vistas à diminuição do estresse no ambiente de trabalho como medida de prevenção essencial para diminuição do risco cardiovascular.

Diante da crescente morbimortalidade por DCV, a avaliação do risco cardiovascular global torna-se essencial na prática clínica atual. O cálculo desse risco exige revisão sempre que haja alteração nos fatores de risco presentes. O resultado obtido deve ser alvo de avaliação, considerando-se aspectos que não são tidos em conta nas escalas e adequando-se as decisões ao indivíduo avaliado (MAFRA; OLIVEIRA, 2008).

Para Mafra e Oliveira (2008), as escalas de risco existentes, apesar das limitações que têm, são instrumentos valiosos, contribuindo para decisões clínicas baseadas em estudos e evidência. O risco cardiovascular global deve ser aplicado em indivíduos que apresentam fatores de risco, mas sem DCV estabelecida. Nessa perspectiva, para este estudo, utilizou-se a Escala de Risco Global.

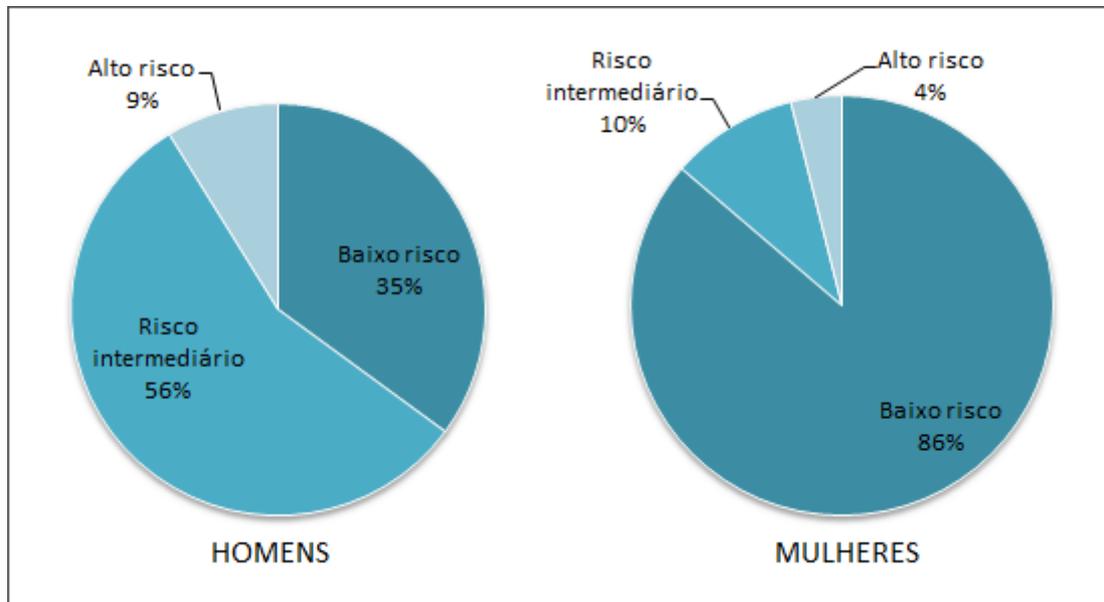
De acordo com o gráfico 2, verifica-se que a população masculina estudada tem risco aumentado para eventos cardiovasculares quando comparados à feminina, sendo 56% dos homens com risco intermediário e 9% com alto risco para doenças cardiovasculares em 10 anos, enquanto a maioria (86%) das mulheres foi classificada como baixo risco.

De acordo com a Política Nacional de Saúde do Homem, muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência do gênero masculino à atenção primária aumenta não somente os custos financeiros da sociedade, mas também o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas (BRASIL 2008).

Na perspectiva do gênero, a literatura afirma que há diferenças na prevalência dos fatores de risco entre homens e mulheres. Quanto ao risco cardiovascular, as mulheres têm a proteção que o estrógeno proporciona durante a idade fértil, porém após a menopausa essa proteção decai, desmistificando a falsa ideia da proteção ligada ao sexo (STRAMBA-BADIALE *et al.*, 2006; MAFRA; OLIVEIRA, 2008).

Na população de trabalhadores de uma universidade estudada por Xavier (2015), a prevalência do alto risco cardiovascular foi elevada (28%) e observou-se que essa proporção foi maior entre os homens (33,8%) em relação às mulheres (24,4%), apesar da diferença não ter sido estatisticamente significativa. A apresentação sistemática de todos os fatores de risco cardiovasculares mais elevados em homens em comparação com as mulheres também foi observada por Oliveira *et al.* (2013).

**Gráfico 2** - Classificação, conforme o gênero, do risco cardiovascular de colaboradores do Centro Universitário de Patos de Minas – MG, 2014, segundo o Escore de Risco Global.



Fonte: Autoria própria, 2015.

Em uma pesquisa que buscou estimar a associação entre trabalho noturno e alto risco cardiovascular, com base no escore de Framingham, entre trabalhadores universitários, Pimenta *et al.* (2012) verificaram alto risco cardiovascular em 28% da amostra, e a frequência do alto risco cardiovascular foi maior entre os trabalhadores noturnos.

Mesmo que não tenha sido realizado o cálculo do risco cardiovascular global, Oliveira *et al.* (2013) encontraram um elevado percentual de fatores de risco na população de servidores universitários na cidade de Viçosa. Entre as variáveis analisadas, o excesso de peso, o colesterol total alterado, os níveis reduzidos de HDL-c e aumentados de LDL-c foram os fatores de risco mais prevalentes.

Diante dos resultados, os autores citados anteriormente enfatizam a necessária adoção de medidas de controle e prevenção dos fatores de risco encontrados, como campanhas de conscientização de hábitos de vida saudável, como uma alimentação balanceada e prática regular de atividade física, visando a diminuir esse quadro.

#### 4 CONCLUSÃO

A estratificação do risco cardiovascular resume-se na contagem dos fatores de risco como forma de identificar o grau da ameaça para desenvolvimento de eventos cardiovasculares, num período de 10 anos, por meio do Escore de Risco Global. A maioria dos trabalhadores avaliados apresentou baixo risco de evento cardiovascular em 10 anos. Considerando-se todos os dados, constatou-se que a população masculina estudada tem risco aumentado para eventos cardiovasculares quando comparada à feminina, ressaltando o risco intermediário (56%) e 9% como alto risco, enquanto 86% das mulheres apresentavam baixo risco para eventos cardiovasculares em 10 anos.

Após análise dos dados, foi observado sobrepeso ou obesidade em grande parte dos homens, que se destacaram, ainda, em níveis de colesterol total acima e HDL-c abaixo dos valores de referência. Por outro lado, as mulheres se sobressaíram em relação aos níveis de estresse, ansiedade e depressão e em sedentarismo.

O reconhecimento do perfil dos trabalhadores em relação a esses fatores de risco torna-se relevante e reforça a importância da implementação de medidas de prevenção e promoção de saúde no controle dos fatores de risco modificáveis com a adoção de hábitos de vida saudáveis que contribuam na redução do risco para as DCV.

Considerando-se o cenário desta pesquisa, a ação conjunta de equipes multidisciplinares resultante da parceria de profissionais e alunos dos diferentes cursos da área da saúde da própria instituição, de forma contínua, pode constituir-se uma das estratégias no controle dos fatores de risco para as DCV entre os trabalhadores, incentivando aqueles que já possuem bons hábitos de saúde a mantê-los e motivando os demais para a iniciação dessas práticas.

É importante que a instituição, de posse desses resultados e da análise da relevância do controle dos fatores de risco para a prevenção das DCVs, articule-se para que ações como a que permitiu o levantamento desses fatores de risco se repitam. Nesse sentido, entende-se que sua realização durante a jornada de trabalho dos colaboradores poderia possibilitar maior adesão à estratégia.

## REFERÊNCIAS

ALVES, T. C. T. F. *et al.* Depressão e infarto agudo do miocárdio. *Revista Psiquiatria Clínica*. 2009. 36(3):88-92.

BARBOSA, J. P. A. S. *et al.* Risco cardiovascular e prática de atividade física em adultos de Muzambinho/MG: influência do gênero e da idade. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. 2013. p. 242-252

BASSANESI, S.L. *et al.* Mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e desigualdades sociais em Porto Alegre: da Evidência à Ação. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. 2008; 90(6): 370-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Hipertensão Arterial Sistêmica*. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf)>. Acesso em: 30 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do*

*Homem: Princípios e Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_homem.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf)>.

CORREIA, B. R. et al. A prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes universitários. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 25-29, jan. 2010.

COSTA, D. K. R. et al. Prevalência de risco cardiovascular entre trabalhadores de uma instituição de ensino superior privada. *Ciências da Saúde*. Brasília. 2012. v. 10, n. 1, p. 9-14.

ELLER, N.H. et al. Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. *Revista Cardiologia*. 2009; 17:83-97

GORAYEB, R. et al. Ansiedade e Depressão Pré-Cirúrgica numa Enfermaria de Ginecologia Oncológica e Mastologia. *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 13, n. 2, 2012.

MAFRA, Filipa, OLIVEIRA, Helena. Avaliação do risco cardiovascular: metodologias e suas implicações na prática clínica. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. 2008; 24:391-400.

MORAES, S.A., FREITAS, I. C. M. Doença isquêmica do coração e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, SP. *Revista Saúde Pública*. 2012. 46(4): 591-601

MUNIZ, L. C. et al. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas - RS, 2012.

OLIVEIRA, M. A. M. de et al. Relação de Indicadores Antropométricos com Fatores de Risco para Doença Cardiovascular. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.

OLIVEIRA, R. A. R. et al. Variáveis bioquímicas, antropométricas e pressóricas como indicadores de risco cardiovascular em servidores públicos. *Fisioter Mov*. Curitiba. 2013. v. 26, n. 2, p. 369-377, abr./jun. 2013

PETTERLE, W. C., POLANCZYK, C. A. Avaliação crítica dos escores de risco. *Revista de Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul*. 2011. Disponível em:  
<<file:///F:/Artigos/araujo.pdf>>. Acesso em 07 nov. 2014.

PIMENTA, A. M. et al. Trabalho noturno e risco cardiovascular em funcionários de universidade pública. *Revista Associação Médica Brasileira*. 2012; 58(2):168-177.

RIBEIRO, Amanda Gomes et al. *A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares*. Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa. Viçosa – MG, 2012.

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 101, n. 6, Supl. 2, p.1-63, dez. 2013.

SCHERR, C. et al. Prevalência da síndrome metabólica e fatores associados na transição e após a menopausa. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2010. 94 (6).

SILVA, L.S. et al. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Revista Panam Saúde Pública*. 2013; 34(5):343–50

STIPP, M. A. C. et al. O consumo do álcool e as doenças cardiovasculares: uma análise sob o olhar da enfermagem. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*. 2007; 11 (4): 581 - 5

STRAMBA-BADIALE, M. et al. *Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology*. *Eur Heart J* 2006 Apr; 27 (8): 994-1005.

XAVIER, Helena Chaves. *Estresse no trabalho e alto risco cardiovascular em funcionários do campus saúde de uma universidade pública*. 90 f. Monografia (Especialização). Escola de enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte - MG. 2015.