

ARTIGO ORIGINAL

Identificação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais da saúde

Identification of risk factors for cardiovascular health personnel

Camila dos Santos Chaves¹, Maria Paula Carvalho Leitão², Antonio Carlos Ricardo Braga Junior³, Ana Carolina de Aguiar Sirino⁴

¹Nutricionista do Hospital Santa Lúcia

²Nutricionista, Mestre em Ciências, Professora da Universidade Federal da Bahia – UFBA.

³Bacharel em Estatística, Professor Doutor da Universidade Federal da Bahia – UFBA.

⁴Nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde/Centro Municipal e Secretaria Estadual de Saúde/Hospital Geral de Vitória da Conquista.

Resumo

Introdução: As doenças cardiovasculares tornaram-se um grave e crescente problema de saúde pública no Brasil e para redução da sua incidência é fundamental o monitoramento dos fatores de risco. **Objetivos:** Avaliar o perfil nutricional e identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCVs) em trabalhadores de um Centro Municipal Especializado em Reabilitação Física e Auditiva (CEMERF). **Casística e Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo, transversal, com 64 funcionários, idade média (38,03 ± 8 anos), inseridos no Centro Municipal Especializado em Reabilitação Física e Auditiva, em Vitória da Conquista, BA. Os dados foram coletados por meio de entrevistas dirigidas, com a aplicação de um questionário estruturado, sendo avaliados: características sociodemográficas, morbidades, dados antropométricos, nível de atividade física, antecedentes familiares, etilismo, tabagismo, estresse ocupacional e consumo alimentar. Utilizou-se o teste qui-quadrado para a análise estatística ($P \leq 0,05$). **Resultados:** A amostra foi composta por 65,6% mulheres e 34,4% homens. Observou-se excesso de peso em 54,7%, obesidade abdominal em 48,4% pelo critério da International Diabetes Federation (IDF) e em 31,2% de acordo o National Cholesterol Education Program (NCEP) com diferenças significativas entre os sexos, 29,7% estavam com valores elevados de razão cintura e quadril. A inatividade física esteve presente em 14,1%, o etilismo em 10,9% com diferença significativa entre os sexos, tabagismo em 4,7%, 50% da amostra apresentou indicadores de estresse ocupacional. As prevalências de morbidades foram de: 20,3% de hipertensão, 9,4% de dislipidemias e 4,7% de diabetes. Em relação aos hábitos alimentares, foi observada associação significativa entre a frequência do consumo de cereais integrais, vegetais e leguminosas, frutas e sucos naturais, açúcares e doces, com o estado nutricional dos funcionários. **Conclusão:** A população embora jovem apresenta prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares evidenciando a necessidade de estratégias de intervenção que incentivem a prática de hábitos alimentares saudáveis e modos saudáveis de estilo de vida.

Descritores: Fatores de risco; Estado nutricional; Doenças cardiovasculares; Saúde do trabalhador; Ambiente de trabalho.

Abstract

Introduction: Cardiovascular diseases have become a serious and increasing problem of the public health in Brazil. In order to reduce its incidence, it is fundamental to keep track of its risk factors. **Objectives:** The aims of the present study are to evaluate the nutritional status and identify the risk factors for cardiovascular diseases (CVDs) affecting health personnel at the Centro Municipal Especializado em Reabilitação Física e Auditiva (CEMERF) (Specialized Municipal Center on Physical and Hearing Impairment Rehabilitation, free translation). **Patients and Methods:** We carried out a descriptive transversal study involving 64 employees of the Centro Municipal Especializado em Reabilitação Física e Auditiva. Patients' age ranged from 24 to 58 years with a mean age of 38.03±8 years. This facility is located in the city of Vitória da Conquista, Bahia, Brazil. We collected data through researcher-administered surveys along with a structured questionnaire, which evaluated the following variables: socio-demographic characteristics, morbidities, anthropometric data, physical activity levels, family history, alcohol consumption, smoking, occupational stress, and food intake. We used the chi-square test to perform all statistical analyses. We considered $P \leq 0.05$ as statistically significant. **Results:** The sample consisted of 72 employees. Of these, only 64 (88.9%) participated in the study. There were 42 (65.6%) women and 22 (34.4%) men. According to the International Diabetes Federation (IDF), we observed overweight in 54.7% and abdominal obesity in 48.4%. According to the National Cholesterol Education Program (NCEP), we observe overweight in 31.2%. This indicated significant differences between the genders. High values of the waist/hip ratio were seen in 29.7% of population. A sedentary lifestyle was present in 14.1% of the studied population, while alcoholism was present in 10.9%, with a significant difference between genders. Of the total sample, 4.7% smoked tobacco and 50% revealed indicators

Recebido em 12/08/2014

Aceito em 26/11/2014

Não há conflito de interesse

of occupational stress. The prevalence of morbidities was as follows: hypertension 20.2%; dyslipidemia 9.4%, and diabetes 4.7%. Regarding food habits, we observed a significant association between the frequency of food consumption, such as whole grains, vegetables and legumes, fruits and natural juices, sugars and candies and the nutritional status of the employees. **Conclusion:** Although the studied population was young, they present the prevalence of risk factors for cardiovascular diseases suggesting the need of intervention strategies that encourages both healthy food habits and life styles.

Descriptors: Risk factors; Nutritional status; Cardiovascular diseases; Occupational health; Work environment.

Introdução

As Doenças Cardiovasculares (DCVs) tornaram-se um dos maiores desafios da saúde pública da atualidade. As estimativas mostram que 17 milhões de pessoas morrem a cada ano de DCVs, representando aproximadamente 30% das mortes globais⁽¹⁾. Em 2010, no município de Vitória da Conquista, BA, as doenças do sistema circulatório constituíram a primeira causa de óbitos, representando 19,1% dentre todas as causas de mortalidade (564 óbitos)⁽²⁾.

Alguns dos principais fatores de risco para DCVs são conhecidos e comprovados. Entre os fatores de risco já descritos, encontram-se aqueles classificados como fatores de risco não modificáveis, como antecedentes familiares, sexo e idade avançada. A hipertensão arterial sistêmica (HAS), o hábito de fumar, a inatividade física, o consumo de álcool em excesso, a obesidade e o sobrepeso, as dislipidemias, o diabetes mellitus (DM) e o estresse psicológico são considerados fatores de risco modificáveis⁽³⁾.

A HAS é considerada um dos mais importantes fatores de risco modificáveis, visto que, o aumento da pressão arterial (PA), a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente, contribui para o aumento gradativo da mortalidade por DCV⁽⁴⁾. Os hábitos alimentares também são determinantes para a ocorrência das DCVs. Pesquisas demonstram que o consumo de ácidos graxos saturados e trans, além do recomendado, relacionam-se com a maior incidência dessas doenças. A substituição destes ácidos graxos por ácidos graxos poli-insaturados (derivados do ômega-3 e do ômega-6) e os monoinsaturados, é recomendada por ocasionar melhora do perfil lipídico⁽⁵⁾.

Nota-se que o controle da PA, do consumo alimentar e dos demais fatores de risco modificáveis podem minimizar ou excluir a ocorrência dessas doenças. Daí a importância da realização de estudos locais para uma correta avaliação epidemiológica, especialmente no ambiente de trabalho, local em que o indivíduo dedica grande parte do tempo de sua vida. O presente estudo teve como objetivos avaliar o perfil nutricional e identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares em trabalhadores de um Centro Municipal Especializado em Reabilitação Física e Auditiva (CEMERF).

Casuística e Métodos

Realizou-se um estudo descritivo, quantitativo, transversal, entre os funcionários inseridos no Centro Municipal de Reabilitação Física e Auditiva (CEMERF) de Vitória da Conquista/BA. Os sujeitos deste estudo foram todos os trabalhadores do CEMERF que consentiram em participar da pesquisa, no período de junho a julho de 2013. Foram utilizados como critérios de exclusão

mulheres no período gestacional e nutrízes.

Todos os participantes foram esclarecidos sobre a presente pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi autorizada pela Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa de Vitória da Conquista-BA e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS/CAT/UFBA), parecer nº 292.728.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas dirigidas, com a aplicação de um questionário estruturado, abordando características clínicas e hábitos comportamentais. As variáveis incluídas no presente estudo foram: demográficas, sexo, idade (em anos completos, categorizados em faixas etárias: 24-29, 30-39, 40-49, 50-58 anos), estado civil, escolaridade, raça/cor, renda familiar, profissão, tempo de serviço; relacionadas a hábitos de vida: consumo de bebida alcoólica e alimentar, tabagismo, atividade física e estresse ocupacional; o consumo de álcool foi avaliado pelo questionário CAGE⁽⁶⁾, validado desde 1983, elaborado especificamente para detectar alcoolistas crônicos.

Com relação ao tabagismo, os participantes foram identificados como não fumantes (nunca fumaram), ex-fumantes e fumantes. Quanto ao nível de atividade física: o instrumento utilizado foi à versão seis do *Internacional Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), formato longo. A classificação inicial como “muito ativos”, “ativos”, “irregularmente ativos” e “sedentários” seguiu o consenso entre o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul e *Centers for Disease Control and Prevention*⁽⁷⁾. Foram considerados como dois grupos, “muito ativos/ativos” e “irregularmente ativos/sedentários”, para a análise da distribuição da atividade física em relação às características sociodemográficas da população do estudo. Para o estresse ocupacional: Utilizou-se a Escala de Estresse no Trabalho (EET)⁽⁸⁾, composta por 23 itens. Para análise da escala, calcularam-se os escores entre os participantes que responderam todos os itens da escala (n=64). O consumo alimentar foi mensurado com a aplicação do Questionário de Frequência Alimentar (QFA)⁽⁹⁾. Após a aplicação do QFA, os alimentos foram agrupados em variáveis representativas de uma dieta de boa ou má qualidade, os itens alimentícios que não se associavam a essas categorias foram excluídos da análise, sendo estes: café sem açúcar, suco artificial sem açúcar, refrigerante *diet* ou *light* e adoçante.

A realização desse agrupamento facilitou a análise dos dados, já que os 56 itens alimentares contidos no QFA ficaram divididos em 12 grupos a serem analisados: leite/derivados integrais; leite/derivados desnatados; carnes e ovos; peixes; embutidos, enlatados e petiscos; óleos vegetais; gordura animal; cereais integrais

(fibras e cereais); cereais não integrais e tubérculos; vegetais e leguminosas; frutas e sucos naturais e doces em geral (bolos, sorvetes, chocolates). Avaliou-se a frequência do consumo destes alimentos em quatro categorias: diária (1, 2 ou mais vezes/dia), semanal (1 vez/semana, 2 a 4 vezes/semana, 5 a 6 vezes/semana), mensal (1 a 3 vezes por mês) e raramente ou nunca. As medidas antropométricas foram realizadas de forma padronizada. Para o peso, utilizou-se uma balança eletrônica da marca Marte, com capacidade de até 200 kg, precisão de 50g, com calibração prévia. Para a determinação da altura, utilizou-se o estadiômetro de haste móvel, marca Altura exata, com medições até 213 cm, com 0,1cm de precisão. A aferição da circunferência da cintura (CC) e circunferência do quadril (CQ) foi realizada com o auxílio de uma fita métrica inelástica Cescorf, precisão 0,1 cm. A CC foi aferida no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, e a CQ na maior porção da região glútea. O perfil nutricional foi avaliado mediante os seguintes parâmetros: o cálculo do índice de massa corporal (IMC), obtido pela divisão do peso (kg) pelo quadrado da estatura (m). Foram considerados com baixo peso (IMC < 18,5 kg/m²), eutrofia (IMC entre 18,5 e 24,9kg/m²), sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 kg/m²), obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²). Para avaliação do grau de risco para doenças cardiovasculares, considerando a CC avaliada isoladamente, utilizou-se dois critérios de classificação preconizados pela OMS, sendo o primeiro conforme a *International Diabetes Federation* (IDF) para populações de origem europeia, que classifica o risco para complicações metabólicas como aumentado de (CC ≥ 80 cm) para as mulheres, e (CC ≥ 94 cm) para os homens. O segundo critério categoriza o risco como aumentado substancialmente (CC ≥ 88 cm) para mulheres, e (CC ≥ 102cm) para homens, de acordo com o National Cholesterol Education Program (NCEP)⁽¹⁰⁾. A razão cintura-quadril foi obtida pela medida do perímetro da cintura e do quadril, consequentemente da divisão de um pelo outro. Uma relação superior a 1 para os homens e 0,85 para as mulheres é indicativa de risco para o desenvolvimento de doenças⁽¹¹⁾.

A Hipertensão Arterial (HA), o Diabetes *Mellitus* (DM) e a dislipidemia foram considerados hipertensos, diabéticos e dislipidêmicos, os participantes que afirmaram serem portadores de tais morbidades durante a entrevista, relatando fazer uso de medicamentos para controle. A história familiar de doenças crônicas foi considerada positiva quando presente em parentes de primeiro grau. As análises estatísticas foram realizadas no programa estatístico R⁽¹²⁾. Os dados foram apresentados empregando-se recursos da estatística descritiva, tais como tabelas de frequências, médias e desvio-padrão. Para a avaliação da associação entre os fatores de risco para doenças cardiovasculares com o sexo, e da frequência de consumo alimentar com o estado nutricional, empregou-se o teste estatístico qui-quadrado. As significâncias estatísticas foram consideradas quando o valor de P ≤ 0,05.

Resultados

De acordo dados fornecidos pelo Departamento de Recursos Humanos do CEMERF, o centro de saúde possui 72 funcionários, destes, 64 (88,9%) participaram do estudo, sendo 42

(65,6%) do sexo feminino e 22 (34,4%) do sexo masculino. A não participação foi representada por recusas, gozo de férias e exclusão para gestantes. A idade dessa população variou entre 24 e 58 anos, com idade média de 38,03±8 anos. A faixa etária entre 30-39 anos foi a mais representada. Identificaram-se como casados ou em união estável 54,7% dos entrevistados. Em relação à renda mensal familiar, a maioria dos participantes possuía renda familiar acima de sete salários mínimos (34,4%), seguidos por 31,2% com renda de até três salários mínimos.

Outras variáveis avaliadas foram: cor/raça, em que a maioria da população se identificou como negra (37,5%) e escolaridade, constatando-se que 59,4%, da amostra apresentavam nível superior completo e apenas 1,6% tinha o ensino fundamental completo. Profissionais da saúde foram os mais representados (64,1%) e com relação ao tempo de trabalho no CEMERF, encontrou-se média de aproximadamente cinco anos (DP = 3 anos e 11 meses), com variação de 2 a 156 meses (13 anos). Informações sobre o estado nutricional e prevalência dos fatores de risco para doenças cardiovasculares, segundo sexo encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1. Estado nutricional, fatores de risco para doenças cardiovasculares e morbidades dos participantes de acordo com o sexo, CEMERF, Vitória da Conquista - BA, 2013.

Variáveis	Sexo masculino (n=22)		Sexo feminino (n=42)		Total (n=64)		Valor de P*
	N	%	N	%	N	%	
Índice de Massa Corporal(IMC)							0,07
Baixo peso	-	-	1	2,4	1	1,5	
Eutrofia	8	36,4	20	47,6	28	43,7	
Sobrepeso	13	59,1	12	28,6	25	39,1	
Obesidade	1	4,5	9	21,4	10	15,6	
Circunferência da Cintura (IDF)							0,00
Risco ausente	20	60,6	13	39,4	33	51,5	
Risco Aumentado	2	6,5	29	93,5	31	48,4	
Circunferência da Cintura (NCEP)							0,00
Risco ausente	20	45,5	24	54,5	44	68,7	
Risco Aumentado Substancialmente	2	10,0	18	90,0	20	31,2	
Razão cintura quadril†							0,28
Risco ausente	16	36,4	28	63,6	44	68,7	
Risco presente	5	26,3	14	73,7	19	29,7	
Sedentarismo/Insuficiente Ativo							0,94
Não	19	34,5	36	65,4	55	85,9	
Sim	3	33,3	6	66,7	9	14,7	
Etilismo							0,03
Negativo	17	29,8	40	70,2	57	89,0	
Positivo	5	71,4	2	28,6	7	10,9	
Tabagismo							0,97
Ausente	21	34,4	40	65,6	61	95,3	
Presente	1	33,3	2	66,7	3	4,7	
Estresse Ocupacional							0,59
Ausente	12	37,5	20	62,5	32	50,0	
Presente	10	31,2	22	68,8	32	50,0	
Hipertensão Arterial							0,10
Ausente	20	39,2	31	60,8	51	79,7	
Presente	2	15,4	11	84,6	13	20,3	
Diabetes Mellitus							0,19
Ausente	22	36,1	39	63,9	61	95,3	
Presente	-	-	3	100	3	4,7	
Dislipidemias							0,06
Ausente	22	37,9	36	62,1	58	90,6	
Presente	-	-	6	100	6	9,4	
Outras							
Ausente	16	34,8	30	65,2	46	71,9	
Presente	7	29,1	17	70,8	24	37,5	

*Qui-quadrado de Pearson. †Dado ausente para um funcionário.

Como pode ser visto 54,7% dos participantes encontravam-se acima do peso ideal (sobrepeso + obesidade). Já 48,4% apresentaram risco aumentado para o desenvolvimento de complicações metabólicas sob o critério da IDF e 31,2% sob o critério da NCEP. Em ambas as classificações foram observadas diferença estatisticamente significativa, segundo o sexo ($P=0,00$), sendo mais frequente entre as mulheres (93,5% e 90% respectivamente).

Quanto à relação cintura e quadril, 29,7% da amostra apresentou risco para doenças cardiovasculares. Com relação ao nível de atividade física observou-se uma prevalência de 14,1% de inatividade física (sedentarismo [1,6%] + insuficientes ativos [12,5%]), sendo que a proporção de participantes expostos a essa conduta de risco foi maior entre as mulheres (66,7%). O consumo de álcool foi relatado por 56,2% dos participantes, tendo uma maior prevalência no sexo feminino (58,3%). Porém, apenas (10,9%) apresentaram-se como casos suspeitos de alcoolismo, dado significativo segundo o sexo ($P=0,03$) sendo mais prevalente entre os homens (71,4%). O tabagismo foi relatado por 4,7% dos participantes, sendo mais frequente no sexo feminino (66,7%).

Quanto ao estresse ocupacional (Tabela 1), 50% dos participantes foram classificados com indicadores de estresse ocupacional. Ao analisar a média (M) dos itens da EET que apresentam pontuações acima do neutro da escala (média > 3) entre os profissionais classificados com alto estresse ocupacional, encontrou-se que os três itens que mais contribuíram para os elevados escores foram: deficiência nos treinamentos para capacitação profissional ($M=3,58$) seguido por poucas perspectivas de crescimento na carreira ($M=3,27$); deficiência na divulgação de informações sobre decisões do serviço ($M=3,09$). Com relação as morbidades, 51,6% dos funcionários relataram ter algum problema de saúde. Entre as doenças, prevaleceram as cardiovasculares e metabólicas.

Na Tabela 2 são apresentadas as associações entre o IMC e a frequência de consumo alimentar, que constatou que houve associação significativa entre a frequência do consumo de cereais integrais ($P=0,05$), vegetais e leguminosas ($p=0,03$), frutas e sucos naturais ($p=0,00$) e açúcares e doces ($P=0,01$), com o estado nutricional dos participantes. O grupo classificado com sobrepeso foi o que relatou maior consumo diário destes alimentos, com exceção do consumo de açúcares e doces, o qual foi equivalente ao dos indivíduos eutróficos (40,5%). O consumo diário de leite e derivados integrais e de óleos vegetais foi maior entre os participantes com sobrepeso, o qual abrangeu 43,8% e 46,7% respectivamente. Enquanto a maioria dos participantes eutróficos apresentou ingestão diária de gordura animal (42,1%).

Tabela 2. Distribuição das características alimentares de risco e de proteção para doenças cardiovasculares dos participantes em relação ao Índice de Massa Corporal, Vitória da Conquista - BA, 2013.

	Magreza (n=1)	Eutróficos (n=28)	Sobrepeso (n=10)	Obesidade (n=25)	Total (n=64)	Valor de P*
Consumo de Leite e derivados integrais						
Diário	-	13(40,6)	14(43,8)	5 (15,6)	32(50,0)	0,48
Semanal	1(5)	11(55,0)	4(20,0)	4 (20,0)	20(31,2)	
Mensal	-	2(40,0)	2(40,0)	1 (20,0)	5(7,8)	
Raramente/Nunca	-	2(28,6)	5(71,4)	-	7(10,9)	
Consumo de Leite e derivados desnatados						
Diário	-	11(39,3)	12(42,9)	5(17,9)	28(43,7)	0,18
Semanal	-	10(58,8)	5(29,4)	2(11,8)	17(26,6)	
Mensal	1(14,3)	1(14,3)	3(42,9)	2(28,6)	7(10,9)	
Raramente/Nunca	-	6(50,0)	5(41,7)	1(8,3)	12(18,7)	
Consumo de Carnes e Ovos						
Diário	-	10(47,6)	7(33,3)	4(19,0)	21(32,8)	0,78
Semanal	1(2,3)	18(41,9)	18(41,9)	6(14,0)	43(67,2)	
Consumo de Peixes						
Semanal	1(3,3)	15(50,0)	8(26,7)	6(20,0)	30(46,8)	0,44
Mensal	-	5(29,4)	10(58,8)	2(11,8)	17(26,6)	
Raramente/Nunca	-	8(47,1)	7(41,2)	2(11,8)	17(26,6)	
Consumo de Embutidos, Petiscos e Enlatados						
Diário	-	-	3(100)	-	3(4,7)	0,09
Semanal	1(2,1)	24(50,0)	18(37,5)	5(10,4)	48(75,0)	
Mensal	-	1(12,5)	3(37,5)	4(50,0)	8(12,5)	
Raramente/Nunca	-	3(60,0)	1(20,0)	1(20,0)	5(7,8)	
Consumo de Óleos Vegetais						
Diário	1(3,3)	9(30)	14(46,7)	6(20,0)	30(46,9)	0,10
Semanal	-	14(63,6)	7(31,8)	1(4,5)	22(34,4)	
Mensal	-	-	2(100)	-	2(3,1)	
Raramente/Nunca	-	5(50,0)	2(20,0)	3(30,0)	10(15,6)	
Consumo de Gordura Animal						
Diário	1(5,3)	8(42,1)	6(31,6)	4(21,1)	19(29,7)	0,70
Semanal	-	12(44,4)	12(44,4)	3(11,1)	27(42,2)	
Mensal	-	2(33,3)	2(33,3)	2(33,3)	6(9,4)	
Raramente/Nunca	-	6(50,0)	5(41,7)	1(8,3)	12(18,7)	
Consumo de Cereais integrais						
Diário	-	2(15,4)	10(76,9)	1(7,7)	13(20,3)	0,05
Semanal	-	11(50,0)	5(22,7)	6(27,3)	22(34,4)	
Mensal	-	3(100)	-	-	3(4,7)	
Raramente/Nunca	1(3,8)	12(46,2)	10(38,5)	3(11,5)	26(40,6)	
Consumo de Cereais não integrais e Tubérculos						
Diário	1(2,2)	21(46,7)	17(37,8)	6(13,3)	45(70,3)	0,73
Semanal	-	7(36,8)	8(42,1)	4(21,1)	19(29,7)	
Consumo de Vegetais e Leguminosas						
Diário	-	18(36,7)	22(44,9)	9(18,4)	49(76,6)	0,03
Semanal	1(6,7)	10(66,7)	3(20,0)	1(6,7)	15(23,4)	
Consumo de Frutas e Sucos naturais						
Diário	-	15(37,5)	16(40,0)	9(22,5)	40(62,5)	0,00
Semanal	-	12(60,0)	7(35,0)	1(5,0)	20(31,2)	
Mensal	1(100)	-	-	-	1(1,6)	
Raramente/Nunca	-	1(33,3)	2(66,7)	-	3(4,7)	
Consumo de Açúcares e Doces						
Diário	1(2,4)	17(40,5)	17(40,5)	7(16,7)	42(65,6)	0,01
Semanal	-	11(68,8)	5(31,2)	-	16(25)	
Mensal	-	-	1(25,0)	3(75,0)	4(6,2)	

*Qui-quadrado de Pearson.

Discussão

Houve uma grande adesão e cooperação dos funcionários do CEMERF para a realização deste estudo. Os trabalhadores da saúde constituíram uma população relativamente jovem, com maior prevalência de indivíduos entre a faixa etária de 30-39 anos, com média de idade semelhante à apresentada em outro estudo⁽¹³⁾, com funcionários de uma Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) hospitalar em João Pessoa – PB. A maioria dos participantes era casada ou vivia em união estável (54,7%). Com relação à distribuição proporcional entre os sexos, esta foi similar a apresentada em outros estudos também realizados com trabalhadores da saúde disponíveis na literatura⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, com maior prevalência do sexo feminino. Houve predominância da renda familiar acima de sete salários mínimos (34,4%) e do nível superior de escolaridade (59,4%).

Entre os fatores de risco avaliados, a maior frequência identificada foi de trabalhadores com obesidade (15,6%) e sobrepeso (39,1%) corroborando os achados da literatura⁽¹⁶⁾ ao avaliar trabalhadores de uma unidade de alimentação e nutrição de Bragança Paulista/SP, em que 39,4% apresentavam sobrepeso e 21,2% obesidade.

Ao avaliar o estado nutricional dos participantes pela classificação do IMC, constatou-se que 54,7% apresentaram algum grau de excesso de peso. Isso evidencia a necessidade de intervenção nutricional, sessões de alongamento, exercício físico, e oficinas educativas sobre hábitos de vida saudáveis, a fim de evitar complicações futuras.

Em decorrência de o IMC apresentar a limitação de não descrever a ampla variação que ocorre na composição corporal dos indivíduos⁽¹⁰⁻¹¹⁾, foi necessário associá-lo às medidas de distribuição de gordura (RCQ e CC). Com relação à medida de circunferência da cintura, optou-se neste estudo por dois níveis de classificação, o sugerido pela IDF e a utilização do ponto de corte proposto pela NCEP. Constatou-se segundo o IDF que, 48,4% dos participantes apresentaram aumento no risco para complicações metabólicas, sendo desses 93,5% mulheres. Essa maior prevalência de risco em mulheres foi também encontrada em outro estudo⁽¹⁷⁾ com trabalhadores que utilizam o restaurante de refeições coletivas de uma indústria em Jaraguá do Sul (SC), onde se observou que 49% das mulheres apresentaram risco aumentado para complicações metabólicas sendo significativo entre os sexos ($P=0,00$). O aumento substancial no risco, de acordo a NCEP, esteve presente em 31,2% da população, atingindo 90% das mulheres. Maior frequência de mulheres com aumento substancial no risco, foi observado em um estudo⁽¹⁸⁾ com plantonistas de unidades de saúde do Piauí, sendo duas vezes mais frequente no sexo feminino.

Ao analisar a razão cintura quadril (RCQ), pode-se observar, na Tabela 2, que entre os 64 participantes da pesquisa, 19 (29,7%) apresentaram RCQ inadequada, implicando em aumento no risco para o aparecimento de DCVs. Entre os que apresentaram alteração nesse parâmetro, a maioria era mulher (73,7%), proporção também observada em estudo⁽¹⁹⁾ com trabalhadores de um hospital público de Fortaleza-CE, em que 88,8% das mulheres apresentaram RCQ inadequada.

O percentual de trabalhadores com inatividade física, 14,1%

(sedentarismo [1,6%] + insuficientes ativos [12,5%]) foi inferior ao encontrado em outros estudos⁽¹⁵⁾ com trabalhadores de saúde de Jaú -SP (56%).

Estes resultados mostram que 85,9% dos indivíduos foram considerados ativos e estariam protegidos contra DCVs, sendo altamente discordantes dos refletidos pelos parâmetros antropométricos avaliados, em que mais da metade da população (54,7%) foi classificada com excesso de peso. As dificuldades atuais de estimativa da prática de atividade física, pelos diferentes critérios de classificação, podem ter sido um fator determinante para esta baixa prevalência de insuficientes ativos, assim como as divergentes definições, de sedentarismo no lazer, e recomendações de atividade física⁽²⁰⁾.

Observou-se associação entre o etilismo e o sexo ($P=0,03$). A prevalência de consumo de bebidas alcoólicas considerada de risco foi de 10,94%, sendo maior entre os homens, dado condizente com a literatura científica que mostra variações entre 2,9% a 45,4%⁽²¹⁾.

Neste estudo, como poucos funcionários eram tabagistas (4,7%), este fator de risco para DCVs não foi evidenciado, dado semelhante ao identificado em estudo⁽¹⁴⁾ com trabalhadores de um Hospital Universitário de SC, em que 9,6% da população era fumante. Inferior à prevalência nacional de tabagismo (15%), encontrada no VIGITEL de 2011⁽²²⁾.

A Escala de Estresse no Trabalho (EET) não possui ponto de corte ou padronização populacional para identificação de casos de estresse ocupacional. Sendo assim, os 50% dos trabalhadores identificados com alto estresse foram aqueles que tenderam a apresentar mais reações negativas a situações gerais de estresse. Dados similares são encontrados na literatura⁽²³⁾, mostrando que 48% dos trabalhadores da atenção primária à saúde da Zona da Mata Mineira foram classificados com elevado estresse e⁽²⁴⁾ 56,1% dos trabalhadores de enfermagem do bloco cirúrgico de 16 hospitais em Londrina-PR se encontravam, pela Job Stress Scale, na categoria de exposição intermediária ao estresse ocupacional.

Neste estudo, identificou-se estresse no cotidiano de alguns trabalhadores. Trabalhadores estressados tendem a apresentar diminuição no desempenho e na qualidade dos serviços prestados, o que os torna mais susceptíveis a desenvolver problemas de saúde⁽²⁵⁾. Os resultados deste estudo são semelhantes ao encontrado em estudo⁽²³⁾ que também identificou a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais ($M=3,70$) e a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional ($M=3,13$), como os principais agentes estressores apresentados no ambiente de trabalho, sendo a discriminação/favoritismo no ambiente de trabalho ($M=4,13$) o fator que mais contribuiu para o elevado escore do estresse.

Neste estudo observou-se uma alta prevalência de hipertensão arterial (20,3%), dislipidemias (9,4%) e diabetes mellitus (4,7%), se comparada a outros estudos, considerando a média de idade da população. Pesquisa de prevalência dos fatores de risco em 171 trabalhadores de uma indústria do interior do RS, com média de idade de 33,16 anos, verificou que 0,6% da população tinha DM, 5,3% hipertensão arterial e 2,9% dislipidemia⁽²⁶⁾.

Grande parte da população relatou antecedentes familiares para

algum tipo de doença crônica, como hipertensão arterial (59,4%), excesso de peso (34,4%), dislipidemias (31,2%) e diabetes mellitus (25%). Estudo realizado com jovens universitários, revelou que 72,1% da população estudada tinha antecedentes familiares para DM, 76,2% para hipertensão e 60,5% para colesterol elevado⁽²⁷⁾.

Quanto ao padrão de consumo alimentar, evidenciou-se que uma parcela importante dos participantes está consumindo quantidades inadequadas de alimentos com alto teor calórico, carboidratos simples (açúcares e doces), gorduras saturadas, lipídios totais (leite e derivados integrais, carnes e ovos, gordura animal) e sódio (embutidos, enlatados, petiscos), os quais aumentam o risco de DCVs. O que pode estar relacionado ao aumento do consumo de alimentos industrializados pela população brasileira, tendo em vista que nos dias atuais é possível adquirir com facilidade tais alimentos. Verificou-se que esses hábitos alimentares, considerados de risco para DCVs, encontram-se presentes tanto nos trabalhadores eutróficos como nos classificados com excesso de peso.

Entretanto, constatou-se neste estudo que há uma alta prevalência de consumo diário de alimentos saudáveis como verduras, leguminosas e frutas, porém insuficiente em cereais integrais, leite e derivados desnatados, óleos vegetais e peixes por uma grande proporção de participantes. Dados semelhantes foram encontrados em estudo com adultos do estado de Pernambuco, demonstrando que os alimentos fonte de carboidratos simples (M=0,87, DP=0,42) foram significativamente mais consumidos em relação ao consumo de alimentos ricos em fibras (M=0,51, DP=0,23)⁽²⁸⁾.

Considera-se que o consumo adequado desses alimentos protetores seja diário nas porções recomendadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira⁽²⁹⁾, frutas e sucos naturais (3 a 5 porções/dia) vegetais de 4 a 5 porções/dia, leguminosas (1 porção/dia) e praticado por todos. Tendo em vista que, são alimentos fontes de fibras solúveis que reduzem a absorção enteral de colesterol, e insolúveis, e que aumentam a saciedade auxiliando na redução da ingestão calórica.

Verificou-se associação entre o estado nutricional e o consumo de alimentos considerados protetores (cereais integrais, vegetais e leguminosas, frutas e sucos naturais), apresentando um maior consumo pelos participantes com sobrepeso, seguido dos eutróficos. Ao contrário de estudo no qual não foi identificada associação significativa desses alimentos com o estado nutricional⁽²⁶⁾. Esse resultado deve ser interpretado no contexto de algumas limitações. O QFA utilizado não avaliou informações a respeito da quantidade de alimentos consumida (tamanho das porções), além do fato de ser um instrumento retrospectivo, podendo ter ocorrido uma subestimação nos relatos de consumo de alimentos de risco pelos indivíduos com sobrepeso e obesidade. Além disso, a causalidade reversa pode ter sido um aspecto determinante para a maior prevalência do consumo de alimentos protetores pelos participantes com sobrepeso, tendo em vista que, os mesmos poderiam se encontrar em tratamento dietoterápico para controle do peso, não sendo possível estabelecer com segurança os vínculos causais entre os eventos.

As limitações metodológicas no presente estudo estão relacio-

nadas à impossibilidade de realizar avaliação bioquímica para o diagnóstico de dislipidemia e diabetes mellitus, o que pode ter levado ao subdiagnóstico dessas doenças. A estimação da inatividade física pela coleta de informação autorreferida, a qual pode superestimar a atividade física por ser esta uma prática considerada desejável. A dificuldade de comparação dos resultados, visto que existem poucos estudos relacionando os FR cardiovasculares em trabalhadores da área da saúde.

Conclusão

No presente estudo verificou-se prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em trabalhadores da área da saúde, sendo que o excesso de peso esteve presente em mais da metade dos participantes. Quanto à qualidade da alimentação notou-se que, embora a maior parte dos trabalhadores apresente consumo diário de frutas, vegetais e leguminosas, os alimentos de risco para as DCVs também são consumidos regularmente. Sugere-se que o município em parceria com a instituição, invista em estratégias de prevenção e promoção de saúde, adequadas à realidade dos trabalhadores de saúde, a fim de sensibilizá-los a adotar hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis.

Referências

1. World Health Organization [homepage na Internet]. [acesso em 2013 Ago 14]. Cardiovascular Diseases (CVDs); [aproximadamente 5 telas]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.
2. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância à Saúde. Óbitos em Vitória da Conquista no ano de 2010: frequência segundo a causa. Vitória da Conquista; 2011.
3. Eyken E, Moraes C. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do sudeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2013 Jul 21];25(1):[aproximadamente 12 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n1/12.pdf>.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2013 Jul 17];95(Supl 1):[aproximadamente 51 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2010001700001.
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V diretriz brasileira de dislipidemia e prevenção da aterosclerose. *Arq Bras Cardiol* [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2014 Nov 08];101(Supl 1):[aproximadamente 36 p.]. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/V_Diretriz_Brasileira_de_Dislipidemias.pdf
6. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry*. 1974;131(10):1121-3.
7. Matsudo S, Matsudo V, Andrade T, Oliveira E, Braggion G. Nível de atividade física da população do estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Rev Bras Ciênc Mov* [periódico na Internet]. 2002 [acesso em 2013 Jun 10];10(4):[aproximadamente 9 p.]. Disponível em: [Arq. Ciênc. Saúde. 2015 jan-mar; 22\(1\) 39-47](http://por-

</div>
<div data-bbox=)

- talrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/469/495.
8. Tamayo A, Paschoal T. Validação da escala de estresse no trabalho. *Estud Psicolog*. 2004 [acesso em 2013 Jun 12];9(1):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22380.pdf>.
9. Ribeiro A, Savio K, Rodrigues M, Costa T, Schmitz B. Validação de um questionário de frequência de consumo alimentar para população adulta. *Rev Nutr* [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 2013 Jun 15];19(Suppl 5):[aproximadamente 9 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n5/a03v19n5.pdf>.
10. Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade [monografia na Internet]. 3ª ed. Itapevi: AC Farmacêutica, 2009 [acesso em 2013 Ago 14]. Disponível em: http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf.
11. Rossi L, Caruso L, Galante A. Avaliação nutricional novas perspectivas. São Paulo: Roca; 2009.
12. R project [homepage na Internet]. [acesso em 2013 Jun 14]. The R project for statistical computing; [aproximadamente 1 tela]. Disponível em: <http://www.r-project.org>.
13. Gonçalves M, Cavalcanti C, Melo E, Azevedo W, Diniz M. Perfil nutricional, consumo alimentar e indicadores bioquímicos dos funcionários de uma unidade de alimentação e nutrição. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2011;15(4):377-84.
14. Cantos G, Duarte M, Dutra R, Silva C, Waltrick C, Balen M, et al. Prevalência de fatores de risco de doença arterial coronária em funcionários de hospital universitário e sua correlação com estresse psicológico. *J Bras Patol Med Lab* [periódico na Internet]. 2004 [acesso em 2013 Ago 14];40(4):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpm/v40n4/a06v40n4.pdf>.
15. Barel M, Louzada J, Monteiro H, Amaral S. Associação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares e qualidade de vida entre servidores da saúde. *Rev Bras Educ Fís Esp* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2013 Ago 14];24(2):[aproximadamente 10 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180755092010000200012&script=sci_arttext.
16. Gonçalves J, Pimentel G, Pereira E, Mota F. Avaliação do estado nutricional de funcionárias do serviço de nutrição de um hospital filantrópico. *Interciencia Soc* [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2013 Ago 23];1(1):[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: http://www.fmpfm.edu.br/intercienciaesociedade/arquivos/avaliacao_do_estado_nutricional.pdf.
17. Mariath A, Grillo L, Silva R, Schmitz P, Campos I, Medina J, et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2013 Ago 14];23(4):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/16.pdf>.
18. Sousa R, Sobral D, Paz S, Martins M. Prevalência de sobrepeso e obesidade entre funcionários plantonistas de unidades de saúde de Teresina, Piauí. *Rev Nutr* [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2013 Ago 14];20(5):[aproximadamente 9 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732007000500003&script=sci_arttext.
19. Almeida V, Damasceno M, Marinho N, Silva A, Macedo S, Vasconcelos H. Análise antropométrica de trabalhadores de saúde: uma alternativa para predizer riscos para enfermidades crônicas. *Rev RENE* [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 2013 Ago 4];7(2):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/789>.
20. Viebig R, Valero M, Araújo F, Yamada A, Mansur A. Perfil de saúde cardiovascular de uma população adulta da região metropolitana de São Paulo. *Arq Bras Cardiol* [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 2013 Ago 23];86(5):[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2006000500005&script=sci_arttext.
21. Bloch K, Rodrigues C, Fiszman R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial: uma revisão crítica da literatura brasileira. *Rev Bras Hipertens* [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 2013 Ago 13];13(2):[aproximadamente 9 p.]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=435402&indexSearch=ID&lang=p>.
22. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde [homepage na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2013 Ago 23]. VIGITEL Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico; [aproximadamente 134 telas]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011_fatores_risco_doencas_cronicas.pdf.
23. Martins LF. Estresse ocupacional e esgotamento profissional entre profissionais da atenção primária à saúde [dissertação na Internet]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2011. [acesso em 2013 Ago 23]. Disponível em: <http://www.ufjf.br/crepeia/files/2009/09/estresse-ocupacional-esgotamento-profissional-atencao-primaria-saude.pdf>.
24. Schmidt D, Dantas R, Marziale M, Laus A. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. *Texto & Contexto Enferm* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2014 Nov 08];18(2):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072009000200017&lng=pt&nrm=iso.
25. Balassiano M, Tavares E, Pimenta R. Estresse ocupacional na administração pública brasileira: quais os fatores impactantes? *Rev Adm Pública* [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2014 Nov 08];45(3):[aproximadamente 12 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122011000300009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
26. Freitas K, Scherer F. Perfil nutricional e identificação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares em trabalhadores de uma indústria do interior do RS. *Destques Acad* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2013 Ago 24];2(3):[aproximadamente 9 p.]. Disponível em: <http://www.univates.br/revistas/index.php/destques/article/view/120>.
27. Veras V, Monteiro L, Landim C, Xavier A, Pinheiro M, Montenegro Junior R. Levantamento dos fatores de risco para doenças crônicas em universitários. *Rev Bras Psiq* [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2013 Ago 24];20(3):[aproximadamente 9 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbpsi/v20n3/a03v20n3.pdf>.

damente 5 p.]. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/1021>.

28. Pinho C, Diniz A, Arruda I, Lira P, Cabral P, Siqueira L, et al. Consumo de alimentos protetores e preditores do risco cardiovascular em adultos do estado de Pernambuco. Rev Nutr [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 2013 Ago 30];25(3):[aproximadamente 10 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000300004.

29. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica [homepage na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008 [acesso em 2013 Ago 30]. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável; [aproximadamente 210 telas]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf

Endereço para correspondência: Centro Municipal Especializado em Reabilitação Física e Auditiva-CEMERF. Endereço: Avenida Olívia Flores, nº 3000, Candeias, Vitória da Conquista-BA. *E-mail:* milachaves_@hotmail.com
