

**Trabalho 117****VIVENDO NA CORDA BAMBA: PERFIL DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM EXECUTIVOS**

GONTIJO, Cláudia Cançado Ferreira*

Introdução: O recrudescimento da vida executiva, com sucessivas reestruturações e concorrência acirrada, gera uma competitividade excessiva. As exigências do mundo corporativo acarretam facilmente o sedentarismo. Prazos, metas e uma relação interpessoal complexa levam a alimentação rápida e inadequada, estresse e perda de controle da organização pessoal. Um dos reflexos desse estilo de vida é o ganho de peso e, conseqüentemente, a síndrome metabólica: redução do HDL colesterol, aumento dos triglicérides e da pressão arterial e quadro de pré-diabetes. Todos estes, fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo identificar o perfil de risco para doenças cardiovasculares em um grupo de executivos de uma empresa de Minas Gerais, através da análise de check ups realizados durante o ano de 2010. **Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo do tipo observacional exploratório transversal, e o referencial teórico para análise foi a teoria do campo da saúde de Marc Lalonde. Foram analisados 195 check ups realizados no mesmo serviço, pelos mesmos profissionais, com os mesmos aparelhos, utilizando a mesma metodologia. **Resultados:** Os resultados foram analisados segundo as características relacionadas à biologia humana, ao meio ambiente e ao estilo de vida. Observou-se que este grupo apresenta vários fatores de risco para as doenças cardiovasculares, sendo que os mais frequentes são fatores modificáveis e relacionados ao estilo de vida tais como estresse, sedentarismo, obesidade e tabagismo. **Conclusão:** A partir destes fatores podem advir outros como diabetes tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemias. Constatou-se também que o check up executivo tem potencialidades não exploradas para alavancar mudanças de comportamento em direção a um estilo de vida mais saudável.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares. Estilo de vida. Executivos.

* Médica. Especialista em Medicina do Trabalho.

e-mail: cfgontijo@globocom

**Trabalho 117****LIVING A TIGHTROPE: RISK PROFILE FOR CARDIOVASCULAR DISEASE
INEXECUTIVES**

*GONTIJO: Cláudia Cançado Ferreira

Introduction: The resurgence of executive life, with successive restructurings and increased competition, generates an excessive competitiveness. The demands of the corporate world easily lead sedentary lifestyles. Deadlines and targets and complex interpersonal relationships lead to rapid and inadequate nutrition, stress and loss of control of personal organization. One of the consequences of this lifestyle is weight gain and hence the metabolic syndrome: low HDL cholesterol, increased triglycerides, and blood pressure and pre-diabetes framework. All these risk factors for cardiovascular disease.

Objective: This study aimed to identify the risk profile for cardiovascular disease in a group of executives from a company of Minas Gerais, through analysis of check ups conducted during the year 2010. **Materials and Methods:** A study was conducted exploratory cross-sectional observational and theoretical framework for the analysis was the theory of the field of health Marc Lalonde. We analyzed 195 checkups performed on the same service, by the same professionals, with the same apparatus, using the same methodology.

Results: The results were analyzed according to characteristics related to human biology, environment and lifestyle. It was observed that this group has several risk factors for cardiovascular disease, with the most frequent and modifiable factors related to lifestyle such as stress, sedentary lifestyle, obesity and smoking. **Conclusion:** From these other factors may come as type 2 diabetes, hypertension and dyslipidemia. It was also the executive check up has untapped potential to leverage behavioral changes toward a healthier lifestyle

Keywords: Cardiovascular diseases. Lifestyle. Executives

*Specialist in Occupational Medicine

**Trabalho 117****VIVENDO NA CORDA BAMBA: PERFIL DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM EXECUTIVOS****1 – Introdução**

As Doenças Cardiovasculares (DCV), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o Diabetes Mellitus (DM) são as principais doenças crônicas no mundo. Estima-se que, das 58 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2005, 35 milhões tenham sido decorrentes de doenças crônicas, que representam a principal causa de morte. No início do século XX, as DCV eram responsáveis por menos de 10% das mortes em todo o mundo, e no início do século XXI já são responsáveis por quase 50% das mortes nos países desenvolvidos e 25% naqueles em desenvolvimento.²⁶

As DCV adquiriram uma maior importância durante o século XX, devido ao aumento da expectativa de vida da população em geral. No Brasil, segundo o IBGE¹² quem nasceu no ano 2000 poderá esperar ter uma vida média de 68,6 anos. Por outro lado, a urbanização crescente trouxe mudanças nos hábitos de vida da população que levaram a um incremento na incidência de doenças crônicas que, mais freqüente após os 50 anos de idade, vem crescendo entre a população mais jovem. A inovação tecnológica na medicina ampliou a expectativa de vida da população e trouxe um novo desafio: garantir a qualidade de vida nos anos adicionais conquistados.

1.1 – Doenças cardiovasculares

DCV é um termo amplo que inclui várias doenças vasculares gerais e mais específicas. Devem-se essencialmente à obstrução dos vasos sanguíneos pela aterosclerose, fenômeno que tem início em fases precoces da vida e progride silenciosamente no decorrer dos anos estando, em geral, avançado quando aparecem os primeiros sintomas²⁶. Doença Arterial Coronariana (DAC), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Aneurisma Dissecante da Aorta (ADA), Doenças Vasculares Periféricas e Encefálicas são os exemplos mais importantes de DCV. A Angina, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), o Acidente Vascular Encefálico (AVE), as Arritmias Cardíacas, a Insuficiência Cardíaca (IC) e a morte súbita são seus desfechos freqüentes e previsíveis. As DCV devem-se, em grande parte a fatores de risco evitáveis decorrentes de estilo e hábitos de vida da população. Muito se conseguiu avançar no entendimento das DCV e a preocupação agora é o quanto estas informações estão sendo traduzida para melhorar a saúde da população³. Após cinco décadas de entendimento dos fatores relacionados à gênese das DCV, tem sido observado ao redor do mundo um melhor controle dos fatores de risco e uma redução dos coeficientes de mortalidade. Dados de Framingham¹⁰ mostraram uma redução de 59% na mortalidade por doença coronariana no período de 1950 a 1999.



Trabalho 117

No Brasil, em 2002, as DCV representaram 31% do total de mortes, superando em mais de duas vezes a segunda causa, as neoplasias. Dentre elas, 60% foram decorrentes de AVE e das doenças isquêmicas do coração, havendo em várias capitais brasileiras preponderância das doenças cerebrovasculares.

Estima-se que as mortes por doenças crônicas no Brasil, em 2005, tenham representado uma perda de US\$ 3 bilhões devido a mortes prematuras por doença isquêmica do coração, AVE e DM e, que nos próximos 10 anos esta cifra chegue a US\$ 49 bilhões²⁶. Em relação às internações pelo Sistema Único de Saúde, as DCV ocupam o segundo lugar entre os homens (depois das doenças respiratórias) e terceiro entre as mulheres (depois de parto, complicações da gravidez e doenças respiratórias) como causa de morte. No ano de 2003, o maior custo nas internações pagas pelo SUS correspondeu às doenças cardiovasculares (20% do total), dentre as quais a insuficiência cardíaca foi a principal causa de internação, embora o maior custo esteja relacionado à utilização de procedimentos de alta complexidade em cardiologia, como a cirurgia de revascularização miocárdica e a angioplastia coronariana²⁶

Dentre as patologias pertencentes ao grupo de doenças do aparelho circulatório, a doença cardiovascular aterosclerótica tem sido considerada problema de saúde pública desde o começo do século XX, tendo em vista o seu papel no perfil de mortalidade e as alterações patológicas que acarretam, muitas vezes irreversíveis, com conseqüente incapacidade residual. Diversos estudos epidemiológicos, desde Framingham, têm fornecido uma visão sobre os fatores de risco envolvidos na etiologia da doença cardiovascular aterosclerótica. Assim, entre os fatores de risco considerados de maior importância destacam-se a hipertensão arterial, as dislipidemias, a presença de hipertrofia ventricular esquerda, a obesidade, o DM e alguns hábitos relacionados ao estilo de vida, como dieta rica em calorias, gorduras saturadas, colesterol e sal, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, sedentarismo e estresse. A dieta está presente na etiologia das dislipidemias, obesidade e pode atuar como agravante da DM. Estudos clínicos mostram mudanças no colesterol dietético que podem promover alterações nos níveis séricos de colesterol e evidências de que o efeito do colesterol dietético no plasmático pode ser significativamente modificado pela quantidade e qualidade dos ácidos graxos ingeridos. Além disso, tem sido demonstrada a existência de associação entre alguns fatores de risco – obesidade, hipertensão, dislipidemias – e a ingestão de macro e micronutrientes. Por outro lado, existe um sinergismo entre esses fatores de tal forma que a presença simultânea de vários deles aumenta o risco de desenvolver a doença em proporção maior àquela esperada com a soma de cada um individualmente³⁴.



Trabalho 117

1.2 – Fatores de risco para doenças cardiovasculares

Os fatores de risco para DCV podem ser classificados em dois grupos: aqueles que não são susceptíveis à modificação e/ou eliminação e os que podem ser modificados ou atenuados por mudanças nos hábitos de vida e/ou por medicamentos. No grupo dos fatores de risco não modificáveis estão a hereditariedade, idade, raça e sexo. No grupo dos modificáveis temos a HAS, tabagismo, dislipidemias, DM tipo 2, hipertrigliceridemia, obesidade, sedentarismo, uso de contraceptivos hormonais e o estresse^{5, 41}.

1.3 – Executivos: grupo de risco

O recrudescimento da vida corporativa, com sucessivas reestruturações e concorrência acirrada geram um excesso de competitividade. O mercado corporativo brasileiro vive, como todo espaço globalizado, as urgências e pressões da competitividade. As exigências do mundo corporativo acarretam facilmente o sedentarismo. A alta competitividade, prazos e metas e uma relação interpessoal complexa levam a alimentação rápida e inadequada, estresse e perda de controle da organização pessoal. O homem atual vive em intensa ansiedade de estar “plugado 24 horas por dia”. A nova configuração econômica cria situações de conference call com diferentes fusos horários. Um dos reflexos desse estilo de vida plugado e sedentário é o ganho de peso e o maior problema causado pelo sobrepeso é a síndrome metabólica: redução do HDL colesterol, aumento dos triglicérides e da pressão arterial e quadro de pré-diabetes⁴¹.

Um estudo apresentado no MIT (Massachusetts Institute of Technology), onde se discutiu o desempenho dos mercados emergentes da América Latina, mostrou que no final da primeira década do novo milênio o estresse masculino apareceu em 70% dos exames realizados e que o estresse feminino aumentou de 40% para 60% no mesmo intervalo de tempo. Outro ponto destacado nesse estudo foi a cultura organizacional das empresas. Em diversas empresas existe a cultura do excesso de horas de trabalho, e sair do escritório no horário é sinal de improdutividade⁴⁴.

O executivo contemporâneo está o tempo todo ligado aos recursos tecnológicos, pois a eficiência de resultados está associada à velocidade de informação. “A sociedade está se organizando em função das tecnologias”⁴⁴. O executivo pode se desligar fisicamente da empresa, sem deixar de responder a ela e por ela. Os aparatos tecnológicos são capazes de converter tempo ocioso em tempo produtivo. O escritório virtual, a despeito de todas as facilidades que proporciona, está apresentado a sua fatura à saúde. Cardoso⁴ refere que talvez “não seja por acaso que, no início deste século de cidade global e de triunfo das luzes, as doenças cardiovasculares sejam a maior causa de mortalidade dos que tiveram acesso aos seus benefícios”.



Trabalho 117

Pesquisa recente, com base nos exames preventivos realizados com mais de 25 mil executivos homens e mulheres nos últimos 14 anos, constatou que o coração é a vítima, muitas vezes fatal, desse fenômeno que a economia transferiu para a medicina⁴⁴. O resultado disso pode ser catastrófico. Segundo uma pesquisa feita pela OMINT, uma operadora de planos de saúde voltada para a alta renda, 96,04% dos executivos não conseguem manter a alimentação equilibrada, 43,18% são sedentários, 31,94% apresentam níveis elevados de estresse e 13% são fumantes. Muitas vezes estas características se sobrepõem na mesma pessoa⁴⁴. Entre os executivos entrevistados 67,27% mostram-se conscientes de que se alimentam mal e apenas 27,11% deles estão buscando alternativas pra corrigir o problema. Entre os sedentários apenas 36,65% afirmam estar tentando incluir alguma atividade física em sua rotina e 59,65% disseram que pensam no assunto, mas ainda não conseguiram promover nenhuma mudança. O mesmo estudo mostra que entre os fumantes apenas 6,78% dos executivos estão tentando interromper o tabagismo. Além disso, o levantamento apurou que 10,39% dos executivos possuem um risco maior de desenvolver doenças cardiovasculares do que outros profissionais.

2 – Objetivo

Identificar, descrever e analisar o perfil de risco para doenças cardiovasculares em executivos de uma empresa de Minas Gerais, no ano de 2010, segundo o modelo do campo da saúde e os referenciais propostos por Lalonde: biologia humana, meio ambiente e estilo de vida.

3 – Materiais e Métodos

3.1 – Tipo de estudo

O estudo realizado foi do tipo observacional exploratório transversal, abordando os principais fatores de risco para doença cardiovascular e sua distribuição no grupo de executivos no ano de 2010.

3.2 – Revisão bibliográfica

A revisão bibliográfica para fundamentação deste estudo buscou produções científicas recentes através do banco de dados MEDLINE usando como descritores os termos: risk factors for cardiovascular disease, executive check-up, illness profile in executives. Os artigos e dissertações foram selecionados pelo título e resumo. Foi consultado textos clássicos de saúde pública e epidemiologia, bem como várias revisões do Projeto Diretrizes (CFM/ AMB). Também foram pesquisados livros textos.



Trabalho 117

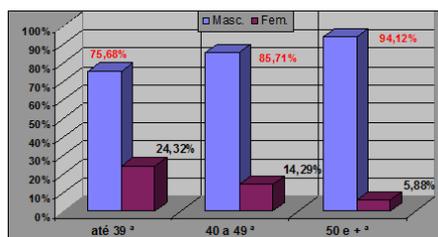
4 – Resultados

Fizeram parte deste estudo 195 executivos, sendo 164 do sexo masculino e 31 do sexo feminino, com idade entre 27 e 60 anos de idade e média de 43 anos.

Observa-se que há uma predominância do sexo masculino com 164 pessoas que corresponde a 94,12% do total, sendo a população feminina composta por 31 pessoas, ou seja, 5,88% do total.

Na faixa etária até 39 anos encontra-se o maior contingente de mulheres correspondendo a 24,32%, seguida da faixa etária de 40-49 anos com 14,29% e na faixa etária acima de 50 anos o percentual de mulheres é de 5,88%.

GRÁFICO 1 – Distribuição da população de executivos por sexo e faixa etária, 2010



Fonte: Check up executivo, 2010.

Algumas patologias incidem mais em determinadas raças. Sendo o estudo observacional não foi possível classificar a população quanto à raça porque este dado não constava nas informações fornecidas pelos check up.

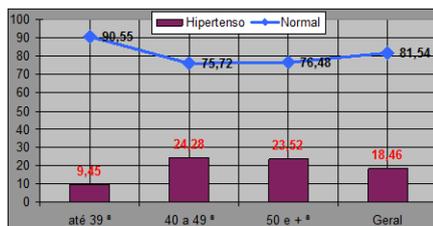
A história familiar foi positiva para doenças cardiovasculares em 95 pessoas (48,71%). A faixa etária entre 40-49 anos foi a mais atingida com 37 pessoas (52,85), seguida pela faixa acima de 50 anos com 27 pessoas (52,94%) e a faixa até 39 anos apresentou 31 pessoas (41,90%) com história familiar positiva.

A incidência geral da hipertensão arterial foi de 18,46% (36 pessoas) sendo que o maior número de hipertensos está na faixa etária de 40-49 anos com 24,28% (17 pessoas) e acima de 50 anos com uma incidência de 23,52% (12 pessoas). O grupo até 30 anos tem 7 hipertensos que corresponde a 9,45% do total. Os dados mostram que além de ser alta a incidência geral da hipertensão acompanha a tendência geral (20%) ela incide em adultos jovens (40-49 anos) quase na mesma proporção da faixa dos mais idosos (acima de 50 anos).



Trabalho 117

GRÁFICO 2 – Distribuição de hipertensão arterial em executivos por faixa etária, 2010

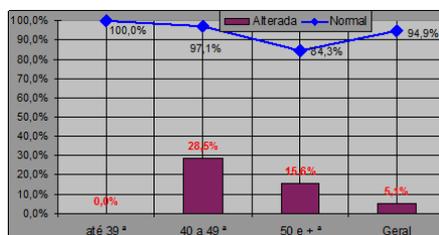


Fonte: Check up executivo, 2010.

A glicemia alterada está presente em 10 pessoas, que corresponde a 5,13% do total, sendo que 8 pessoas (15,68%) estão na faixa etária acima de 50 anos, 2 pessoas (2,85%) estão na faixa etária entre 40- 49 anos e não há nenhuma pessoa hipertensa na faixa até 30 anos (0%)

Foram encontradas 6 pessoas portadoras de diabetes tipo 2 em tratamento medicamentoso, o que corresponde a 3,07% do total.

GRÁFICO 3 – Distribuição de glicose alterada por faixa etária em executivos, 2010



Fonte: Check up executivo, 2010

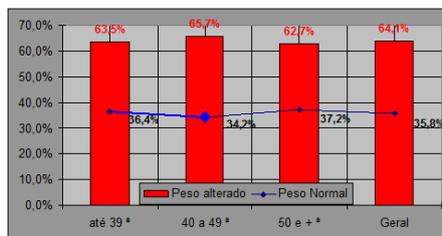
O peso alterado está presente em 64,11% da população estudada (125 pessoas) e se distribui pelas faixas etárias quase na mesma proporção, ou seja: 63,51% na faixa etária até 30 anos (47 pessoas), 65,71% na faixa etária de 40 a 49 anos (46 pessoas) e 62,75% na faixa etária acima de 50 anos (32 pessoas)

Quando analisamos o índice de massa corporal (IMC= peso/altura²) encontramos 66,15% no geral (129 pessoas); 60,81% (45 pessoas) na faixa etária até 39 anos; 68,57% (48 pessoas) na faixa etária de 40-49 anos e 70,58% (36 pessoas) na faixa etária acima de 50 anos



Trabalho 117

GRÁFICO 4 – Distribuição de peso alterado por faixa etária em executivos



Fonte: Check up executivo, 2010

Quanto aos níveis de colesterol total observa-se que ele se encontra alterado em 26,15 % (51 pessoas), sendo que 7 pessoas (9,45%) se encontram na faixa etária até 39 anos; 26 pessoas na faixa etária de 40-49 anos (37,14%) e 18 pessoas são da faixa etária acima de 50 anos (35,29%).

A fração HDL-c encontra-se baixo em 9,23% (18 pessoas) sendo 8 pessoas até 39 anos (10,81%), 7 pessoas entre 40-49 anos (10%) e 3 pessoas acima de 50 anos (5,88%).

A fração LDL-c encontra-se elevado em 74,36% (145 pessoas), sendo 49 pessoas até 39 anos (66,22%); 54 pessoas entre 40-49 anos (77,14%) e 42 pessoas acima de 50 anos (82,35%).

O percentual de alteração geral do triglicérides é de 27,17% (53 pessoas) sendo que é de 21,62% (16 pessoas) na faixa etária de até 30 anos; de 28,57% (20 pessoas) na faixa etária de 40-49 anos e de 33,33% (17 pessoas) na faixa etária acima de 50 anos.

Gráfico 5 – Colesterol Total alterado

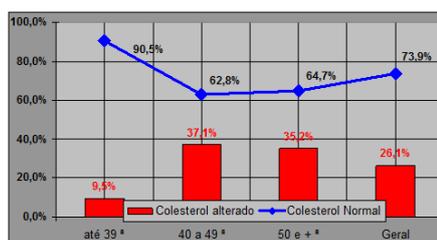
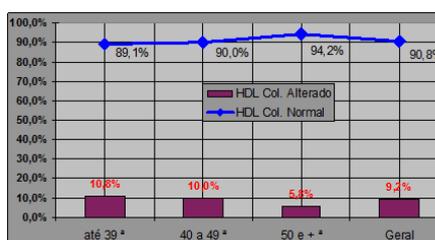


Gráfico 6 – LDL Colesterol alterado



Fonte: Check up executivo, 2010

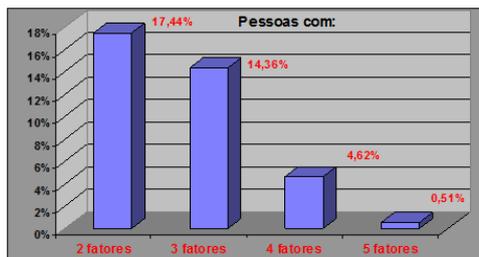
O diagnóstico de síndrome metabólica é feito pela presença de três ou mais fatores de risco dos cinco descritos. Observamos que na população de executivos estudada 38 (28 + 9 + 1 = 38) podem ser considerados portadores desta síndrome o que perfaz 19,49% (14,36% + 4,62% + 0,51% = 19,49%) do



Trabalho 117

total estando dentro da faixa de incidência descrita pela NCEP-ATP III. Chamamos a atenção para as outras 34 pessoas que já apresentam dois fatores de risco compreendendo mais 17,44 % da população total. Isto por si já é preocupante e torna-se alarmante quando lembramos os parâmetros hipertensão arterial geral de 18%; IMC alterado de 64%%; colesterol total alterado de 26,15%%; HDL-c alterado em 9,22%%; LDL-c alterado em 74,35% e glicemia de jejum > 100mg/dL em 5,12%, o que permite inferir, com alto grau de confiabilidade, que a síndrome metabólica poderá vir a ser uma epidemia neste grupo se ações de reversão não forem implementadas com eficácia e eficiência.

GRÁFICO 7 – Distribuição de fatores de risco para síndrome metabólica em executivos, 2010



Fonte: Check up executivo, 2010

O grau de instrução está relacionado à compreensão do indivíduo acerca do que é uma doença crônica, os fatores de risco que contribuem para sua instalação e do significado atribuído às orientações sobre alimentação, hábitos de vida e seus efeitos sobre a saúde³.

Observa-se que 97,44% (190 pessoas) possuem nível educacional superior e 2,56% possuem nível educacional técnico.

O estado civil interfere sobre a composição e organização familiar que pode contribuir de modo positivo ou negativo para a estabilidade emocional dos sujeitos, o que pode impactar de modo geral em sua saúde e fatores de risco, inclusive para doenças cardiovasculares. Sendo este um estudo observacional não foi possível classificar a população estudada quanto ao estado civil porque este dado não consta entre as informações do check up.

A personalidade tipo A foi identificada em 115 pessoas (58,97%) sendo que 50 pessoas (67,57%) estão na faixa etária até 39 anos, 41 pessoas (58,57%) estão na faixa entre 40-49 anos e 24 pessoas (47,06%) são do grupo acima de 50 anos. Observa-se que este tipo de personalidade/comportamento é muito freqüente no grupo estudado e quanto menor a faixa etária mais presente.

Os segmentos do estresse que se encontram mais alterados são o S3 (Situacional) em 78,97% (154 pessoas); o S1 (Personalidade A) em 58,97%

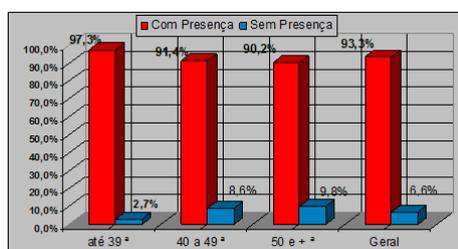


Trabalho 117

(115 pessoas); o S2 (Irritabilidade) em 35,38% (69 pessoas); o S6 (Interpessoal) em 17,94% (35 pessoas); o S4 (Hábitos de vida) em 9,23% (18 pessoas) e o S5 (Síndrome da vítima) em 7,17% (14 pessoas).

Quando considera-se as faixas etárias o grupo até 39 anos é o mais atingido com 97,29% (72 pessoas) seguido pelo grupo de 40-49 anos com 91,42% (64 pessoas) e a faixa acima de 50 anos com 90,19% (46 pessoas). No geral 93,33% (182 pessoas) estão expostas a algum tipo de estresse, sendo discretamente mais prevalente nos mais jovens (até 39 anos).

GRÁFICO 8 – Distribuição de estresse por faixa etária em executivos, 2010



Fonte: Check up executivo, 2010

Quando se analisa os dados relativos à fadiga crônica observa-se que 30 pessoas (15,38%) pessoas sofrem de fadiga crônica, sendo que no grupo até 39 anos são 13 pessoas (17,56%), na faixa entre 40-49 anos são 10 pessoas (14,28%) e 7 pessoas acima de 50 anos (13,72%), o que agrava mais ainda o quadro de estresse.

Observa-se que 78 pessoas (40%) do grupo são sedentárias, sendo que a faixa etária até 39 anos é a que apresenta maior número, 33 pessoas (44,59%), seguida pela faixa entre 40-49 anos com 25 pessoas (35,71%) e os acima de 50 anos que são 20 (39,21%)

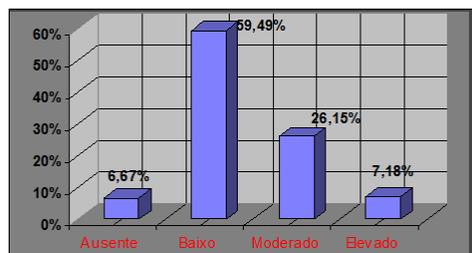
Capacidade física baixa foi identificada em 39 pessoas (20%), sendo que 15 estão na faixa etária entre 40-49 anos (21,42%), 14 são da faixa acima de 50 anos (27,45%) e 10 estão na faixa até 39 anos (13,51%).

Na população estudada a incidência geral de tabagismo é de 15,38% correspondendo a 30 fumantes. Na faixa etária até 30 anos é de 17,57% (13 pessoas), na faixa etária de 40-49 anos é de 8,57% (6 pessoas) e na faixa acima de 50 anos é de 21,57% (11 pessoas). Observa-se que o tabagismo diminui dos mais jovens (até 30 anos) para os adultos jovens (40-49 anos) e volta a subir entre os mais velhos (acima de 50 anos), mas mantém níveis consideráveis (15%) na população geral.



Trabalho 117

GRÁFICO 9 – Distribuição do risco cardiovascular em executivos no ano de 2010



Fonte: Check up executivo, 2010

5 –Discussão

Os resultados obtidos neste estudo permitem afirmar que os executivos estudados estão na faixa etária entre 27 e 60 anos, sendo a média de 43 anos. A faixa etária até 39 anos compreende o maior percentual de executivos (37,89%), seguido de perto pela faixa de 40-49 anos (35,89%) e somente 26% têm 50 anos ou mais, o que caracteriza uma população jovem.

Segundo Santos³⁷ o aumento da idade está associado a mudanças anatômicas e hemodinâmicas no sistema cardiovascular. Apesar da idade estar associada a uma disfunção endotelial progressiva em pessoas normais, ela ocorre mais precocemente no sexo masculino.

Entre estes executivos o sexo dominante é o masculino correspondendo a 94,12% do total. O aumento do número de executivas é uma tendência mundial, mas elas ainda são minoria, o que se encontra de acordo com o observado pelas pesquisas de organismos nacionais e internacionais^{25, 44}.

A história familiar foi positiva para doenças cardiovasculares em 95 pessoas (48,71%). Este número chama a atenção para o fato de que não sendo o fator familiar um fator de risco modificável quase 50% das pessoas estudadas já iniciam seu escore com um ou mais fatores de risco positivo. De acordo com Santos³⁷ as pessoas com história familiar positiva têm maior probabilidade de desenvolver DAC. Isto é evidente nos homens com história familiar de doenças cardiovasculares com menos de 55 anos, e nas mulheres com menos de 65 anos.

A incidência geral da hipertensão arterial foi de 18,46%, sendo que o maior número de hipertensos está na faixa etária de 40-49 anos (24,28%) e acima de 50 anos (23,52%), sendo que o grupo até 30 anos apresenta uma incidência de 9,45%. Estes dados mostram que a distribuição de hipertensão no grupo estudado acompanha a tendência geral (20%). Além disto, ela incide em adultos jovens (40-49 anos) quase na mesma proporção da faixa dos mais



Trabalho 117

idosos (acima de 50 anos), mostrando uma tendência de desenvolvimento precoce da hipertensão.

Como a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, ela é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis para DCV, sendo que a maioria das mortes devido complicações pela HAS ocorreram em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos^{25, 40}.

Foram encontradas 6 pessoas portadoras de Diabetes tipo 2 em tratamento medicamentoso (3,07%), e a glicemia alterada está presente em 10 pessoas (5,13%), sendo a maioria (8 pessoas) acima de 50 anos de idade. O número de indivíduos diabéticos está aumentando devido ao crescimento e ao envelhecimento populacional, a maior urbanização, a crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como a maior sobrevivência do paciente portador de DM²⁷. A maioria dos indivíduos portadores de Diabetes tipo 2 também apresenta obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia. A hiperinsulinêmica pode ser o elo de ligação entre esses distúrbios metabólicos múltiplos, havendo necessidade de intervenções abrangentes. As alterações no estilo de vida, com ênfase na alimentação e na redução da atividade física, estão associadas ao acentuado aumento na prevalência do DM tipo 2. Os programas de prevenção primária do DM tipo 2 tem se baseado em intervenções na dieta e na prática da atividade física, visando a combater o excesso de peso⁴³.

O peso se encontra alterado em 64,11% e se distribui quase na mesma proporção pelas faixas etárias. Quando analisamos o índice de massa corporal (IMC) encontramos uma incidência de 66,15% igualmente distribuída pelas faixas etárias. Aproximadamente 30% da população brasileira apresenta sobrepeso (Índice de Massa Corporal (IMC) > ou = 25), sendo esta taxa de 38% para o sexo feminino e de 27% para o sexo masculino, de acordo com dados do Ministério da Saúde. A obesidade (IMC>30) foi encontrada em 8% da população brasileira. A Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009³⁶, mostrou que a obesidade e o excesso de peso têm aumentado rapidamente nos últimos anos, em todas as faixas etárias. Neste levantamento, 50% dos homens e 48% das mulheres se encontram com excesso de peso, sendo que 12,5% dos homens e 16,9% das mulheres apresentam obesidade³². É bem estabelecida a relação da obesidade com complicações para a saúde. A lista de complicações é longa, destacando-se o DM tipo 2, as dislipidemias, a apnéia do sono, as DCV e a alta mortalidade. O risco associado com adiposidade é maior quando a mudança do peso ocorre no início da idade adulta quando comparado ao ganho de peso mais tardio, levando a um olhar especial para a epidemia de obesidade em crianças e adultos jovens³².

O colesterol total está alterado em 26,15% dos executivos estudados sendo que a faixa etária de 40-49 anos é a mais atingida configurando a presença



Trabalho 117

precoce das conseqüências de um estilo de vida inadequado. O HDL colesterol encontra-se baixo em 9,23% da população e aqui também a faixa etária entre 40-49 anos é a mais atingida (10,81%). Quanto ao LDL- colesterol 74,36% está alterado, sendo que as faixas etárias de 40-49 anos (77,14%) e acima de 50 anos (82,35%) são as mais atingidas. O percentual de alteração geral do triglicérides é de 27,17%, não variando significativamente entre as faixas etárias.

Segundo Cervato⁶, a extensão da arteriopatia aterosclerótica é diretamente proporcional aos níveis séricos de colesterol. Como a lesão aterosclerótica começa a se desenvolver na primeira década de vida, o controle precoce do colesterol é recomendado. Importante, também, a análise das frações HDL e LDL do colesterol. Vários estudos mostraram relação direta entre os níveis séricos de colesterol e indireta com os níveis do HDL-colesterol com a prevalência de DAC. A hipertrigliceridemia é ainda um fator de risco discutível para DAC, mas que se torna importante associado com níveis séricos reduzidos do HDL-colesterol^{34, 6}.

Observamos na população de executivos estudada que 38 pessoas podem ser consideradas portadoras de síndrome metabólica o que perfaz 19,49% do total. Não foram encontrados estudos sobre a prevalência da SM com dados representativos da população brasileira. No entanto, estudos em diferentes populações revelam prevalências elevadas da SM, dependendo do critério utilizado e das características da população estudada, variando as taxas de 12,4% a 28,5% em homens e de 10,7% a 40,5% em mulheres²⁹. Chama-se a atenção para as outras 34 pessoas que já apresentam dois fatores de risco compreendendo mais 17,44 % da população total. Isto por si já é preocupante e torna-se alarmante quando lembramos os parâmetros de hipertensão arterial, de IMC alterado, de colesterol total alterado, de HDL-c alterado, de LDL-c alterado e glicemia de jejum > 100mg/dL. Pode-se inferir, com alto grau de confiabilidade, que a síndrome metabólica e suas conseqüências poderão vir a ser uma epidemia neste grupo se ações de reversão não forem implementadas com eficácia e eficiência.

Quanto ao estresse ele está presente de alguma forma em 93,33% das pessoas estudadas, sendo que a incidência do estresse do tipo S3 (situacional) é o mais prevalente (78,97% dos executivos), seguido do tipo S1 (personalidade tipo A) que aparece em 58,97%. O quadro se agrava mais ainda ao constatar-se que há sobreposição de mais de um tipo de estresse no mesmo indivíduo e que isto pode ser concomitante a presença de fadiga crônica que atinge 15, 38% dos executivos. A faixa etária mais atingida é a de indivíduos até 39 anos com 97,29%. Ela também detém a maior incidência de S1 (67,57%) e de fadiga crônica (17,56%)



Trabalho 117

de infarto e morte devido a doença coronariana, dentro dos próximos dez anos. O seu cálculo considera a idade, colesterol total, HDL-colesterol, pressão arterial sistólica, tratamento para hipertensão e tabagismo.

O risco cardiovascular encontrado foi classificado em quatro graduações: ausência de risco (6,67%); baixo risco (59,49%); risco moderado (26,15%) e risco elevado (7,18%).

6 – Conclusão

O quadro que se vislumbra pelos dados acima analisados é preocupante. Numa linguagem médica, a vida dos executivos com reuniões importantes, almoços e jantares de negócios, viagens internacionais e muitas decisões a serem tomadas, numa rotina diferente da maioria da população, pode ser traduzida como: sedentarismo, hábitos alimentares ruins, estresse e ansiedade. Essa combinação de fatores de risco para doenças cardiovasculares poderá encurtar a vida profissional de muitos deles e onerar os planos de saúde corporativos.

Entre cuidar efetivamente da saúde e ter as informações necessárias sobre isso existe uma grande distância. Os resultados dos check up realizados por executivos escondem esta diferença entre a teoria e a prática. Não se trata somente de fazer diagnóstico de problemas de saúde, é necessário colocar na agenda a preocupação devida com a própria saúde. Os check up muitas vezes são pontuais e estudos mostram que 70% dos executivos não aderem às recomendações prescritas. Outros estudos precisam ser feitos entre esta população que apontem as causas da desmotivação para o autocuidado.

Os serviços médicos das empresas em parceria com as clínicas de check up precisam atuar junto a este segmento de trabalhadores de forma sistemática para garantir a aderência a hábitos mais saudáveis.

Seria interessante que as empresas desenvolvessem ferramentas de gerenciamento do estresse e oferecessem dentro de suas instalações comidas saudáveis, balanceadas, assim como espaços para atividade física e relaxamento, mudando a cultura organizacional que hoje é focada na produção em detrimento da qualidade de vida e manutenção da saúde daqueles que fazem os negócios acontecerem. É necessário também levar em consideração os fatores culturais, sociais e individuais desta população para que se estimule a autonomia de decisão e o autocuidado, sem os quais as mudanças não serão possíveis.

**Trabalho 117****7 – Referências Bibliográficas**

- 1- ALLPORT, G. - Personalidade, padrões e desenvolvimento. São Paulo. Ed. Ender, 1966.
- 2- BARROSO, S.G.; ABREU, V.G.; FRANCISCHETTI, E. A. A Participação do Tecido Adiposo Visceral na Gênese da Hipertensão e Doença Cardiovascular Aterogênica Personalidade Tipo A e Cardiologia. in. PsiqWeb, Internet, - disponível em www.psiqweb.med.br, revisto. Um Conceito Emergente. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. vol.78 no. 6. São Paulo, junho de 2002.
- 3 - BUSS, P.M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia, D., Freitas, C.M. (orgs.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2003.
- 4 - CARDOSO, C.M. A nova Lei de Saúde Mental: suas contradições. Revista do Hospital de Júlio de Matos. Portugal, 1998.
- 5 - CARVALHO, J.J.M. Aspectos preventivos em cardiologia. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v. 50, n.1, São Paulo, 1988.
- 6 - CERVATO, A.M. MAZZILLI, R.N.; MARTINS, I.S; MARUCCI, M.F.N. Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares – Revista de Saúde Pública. São Paulo, 1997.
- 7 - DIAS, A. M. Personalidade e Coronariopatia. Coimbra, Portugal, 1998.
- 8 - FERREIRA, S.R.; ZANELLA, M.T. Epidemiologia da Hipertensão arterial associada à obesidade. Revista Brasileira de Hipertensão, v.7, n.2. São Paulo, 2000.
- 9 - FOLKOW, T. *Resistance to blood flow at maximal vasodilatation. Hypertension Journal the American Heart Association, Dallas, Texas, 1988.*
- 10 - FRAMINGHAM HEART STUDY, 1948
- 11 - HEALTHY PEOPLE. The Surgeon General's Report On Health Promotion And Disease Prevention. U.S. Department of Health, Education and Welfare. Wasington, DC, 1979.
- 12 - IBGE (2000). Censo demográfico: características da população e dos domicílios: resultados <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>
- 13 – IBGE (2009). Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF). Brasil, 2008-2009. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1648&id_pagina=1
- 14 - INCA (Instituto Nacional do Câncer). Tabagismo. Brasil, 2010 Disponível em <http://www.inca.gov.br/tabagismo/>
- 15 - JAANA, L. M.S.C.; LOUHEANTA, A.; MANNELIN, M.S.C. et cols. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle Intervention and 3-Year Results on Diet and Physical Activity. American Diabetes Association, 2003. Disponível em <http://www.medscape.com/viewarticle/465755>
- 16 - LALONDE, M.A. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa, 1974.
- 17 - LIPP, M.E.N. Relaxamento para todos: Controle o seu stress. Campinas. Ed. Papyrus, 1997.

**Trabalho 117**

- 18 - LIPP, M.E.N. (Org). O stress está dentro de você. Campinas. Ed. Contexto, 1999.
- 19 - LIPP, M.E.N. Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso. Campinas. 2 Ed.Papirus, 1996.
- 20 - NABIL, G.; TURIBIO, B. O exercício: Preparação Fisiológica, Avaliação Médica - Aspectos Especiais e Preventivos. 1ª Ed. São Paulo. Ed. Atheneu, 1999
- 21 - NACARRO, A.E.C.B. Stress no idoso: efeitos diferenciais da ocupação profissional. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da PUC Campinas 1995.
- 22 - NATIONAL HEART LUNG AND BLOOD INSTITUTE. Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). NCEP-ATP III. USA, 2004. Disponível em <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/index.htm>
- 23 - NERI, A.L. (Org). Qualidade de Vida e Idade Madura. Campinas. Ed. Papirus, 1993.
- 24 - OMS (2005). Preventing Chronic Diseases: a vital investment. Disponível http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=pt
- 25 - OPAS. O Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Brasil, 2002.
- 26 - POLANCZYK, C.A. Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos! Arquivos Brasileiros de Cardiologia, vol.84 n 3, São Paulo, Mar, 2005
- 27 - PROJETO DIRETRIZES. Diabetes Mellitus: Classificação e diagnóstico. AMB e CFM, 2004. Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/06-Diabetes-c.pdf
- 28 - PROJETO DIRETRIZES. Diabetes Mellitus: Prevenção Cardiovascular Primária. AMB e CFM, 2005. Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/5_volume/15-Diab.pdf
- 29 - PROJETO DIRETRIZES. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. SBC, CFM e AMB, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abc/v84s1/a01v84s1.pdf>
- 30 - PROJETO DIRETRIZES. Fadiga Crônica: Diagnóstico e Tratamento. AMB e CFM, 2008 Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/31-Fadiga.pdf
- 31 - PROJETO DIRETRIZES. Hipertensão arterial: abordagem geral. AMB e CFM, 2002. Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/059.pdf
- 32 - PROJETO DIRETRIZES. Obesidade: etiologia. AMB e CFM, 2005 Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/22-Obesidade-etilogia.pdf
- 33 - PROJETO DIRETRIZES. Obesidade e Sobrepeso: Tratamento não Farmacológico. AMB e CFM, 2010. Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/24a.pdf
- 34 - PROJETO DIRETRIZES. Prevenção da Aterosclerose: Dislipidemias. SBC, AMB e CFM, 2001. Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/040.pdf
- 35 - PROJETO DIRETRIZES. Rastreamento do Sedentarismo em Adultos e Intervenções na Promoção da Atividade Física na Atenção Primária à Saúde. SBMFC, SBC, SBME, ABMFR, 2009. Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/36-Rastreamento.pdf
- 36 - PROJETO DIRETRIZES. Sobrepeso e obesidade. AMB e CFM, 2004 Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/089.pdf



Trabalho 117

37 - SANTOS, R.D.; SPÓSITO, A.C., SANTOS, J.E, et al. Programa de avaliação nacional do conhecimento sobre prevenção da aterosclerose: Como tem sido feito o tratamento das dislipidemias pelos médicos brasileiros. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2000.

38 - SBC (apud). Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) para o DM1 e pelo United Kingdom Propective Diabetes Study (UKPDS) para o DM2. (SBC, 2007).

39 - SBC. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose- Departamento de aterosclerose da SBC, 2007. Disponível em <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2007/diretriz-DA.pdf>

40 - SBC. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. SBC, 2011. Disponível em http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_ERRATA.pdf

41 - SILVA, M.A.; MARCHI, R. Saúde e qualidade de vida no trabalho. São Paulo. Ed Best Seller, 1997.

42 - TERRIS, M. (1992). Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la teoria de la salud publica. In Promoción de la Salud: Una Antología. Washington. OPAS, 1996.

43 - TORQUATO, M.T. C. G.; MONTENEGRO JUNIOR, R. M.; VIANA, L. A. L. et cols. Prevalência de diabetes mellitus e intolerância a glicose em população urbana de idade 30-69 anos em Ribeirão Preto. São Paulo, 2003. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=361040&indexSearch=ID>

44 - URURAHY, G.; ALBERT, E. - O Cérebro Emocional – 1 Ed. Rio de Janeiro. Ed. Rocco, 2010

45 - WHO (World Health Organization). Preventing chronic disease: a vital investment. WHO global report. Geneva, 2005.

46 - WHO (World Health Organization). The World Cancer Report – The major findings. Geneva, 2003