

AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DE ADULTOS ATENDIDOS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

EVALUATION ADULT CARDIOVASCULAR RISK SERVED IN BASIC HEALTH UNIT

FABIANA CLAUDIA ZIANI¹, FERNANDA SCHERER ADAMI², PATRÍCIA FASSINA^{3*}

1. Acadêmica do curso de Nutrição da Univates; 2. Nutricionista, Mestre em Gerontologia Biomédica da PUCRS, docente do curso de graduação de nutrição da Univates; 3. Nutricionista, Mestre em Ambiente e Desenvolvimento da Univates, docente do curso de graduação de nutrição da Univates.

* Rua Avelino Tallini, 171, Universitário, Lajeado, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP: 95900-000. patriciafassina@univates.br

Recebido em 15/08/2015. Aceito para publicação em 02/02/2016

RESUMO

Objetivou-se avaliar o risco cardiovascular (RCV) dos indivíduos que frequentam a Unidade Básica de Saúde de um município do Vale do Taquari – RS. Estudo transversal descritivo, realizado com 81 indivíduos adultos com idade de $43,27 \pm 5,16$, sendo 51,7% homens. Avaliou-se peso, estatura, circunferência da cintura (CC) e foi aplicado um questionário estruturado sobre idade, escolaridade, prática de atividade física, presença de doenças crônicas e história familiar. A maioria, 81,5%, apresentou alto RCV conforme a CC, 46,9% sobrepeso conforme o Índice de Massa Corporal (IMC) e 59,3% sedentarismo, sendo que os sedentários apresentaram maior IMC, peso e CC ($p < 0,001$). A maioria da população apresentou alto RCV conforme a CC e fatores de risco para doenças cardiovasculares, como sobrepeso e sedentarismo.

PALAVRAS-CHAVE: Circunferência da cintura, índice de massa corporal, doenças cardiovasculares.

ABSTRACT

The objective of this study is to assess the cardiovascular risk (CR) in individuals who attend a Basic Health Unit in a town in Vale do Taquari, Rio Grande do Sul State. A cross-sectional study was performed with 81 adults aged 43.27 ± 5.16 whose 51.7% were men. It was evaluated weight, height, waist circumference (WC) and was applied a structured questionnaire on age, education, physical activity, chronic diseases and its family history. The majority, which was 81.5%, showed a high CR according to WC, 46.9% were overweight according to body mass index (BMI). 59.3% had sedentary lifestyle, whose group had a higher BMI, weight and WC ($p < 0.001$). The majority of population showed a high CR according to WC and cardiovascular disease risk factors such as overweight and sedentariness.

KEYWORDS: Waist circumference, body mass index, cardiovascular diseases.

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são, atualmente, as causas mais comuns de morbidade e a principal causa de mortalidade em todo o mundo e apresentam um importante problema de saúde pública¹.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS)² indicam que, a cada ano, 17,3 milhões de pessoas morrem, em todo o mundo, vítimas dessas doenças, sendo que 80% desses óbitos são registrados em países de baixa e média rendas.

Segundo dados do Banco Mundial, nosso país gasta 75% do cofre de saúde com as DCV, sendo estes custos financeiros destinados a tratamentos de doenças isquêmicas do coração. Dentre os fatores de risco para essas doenças, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é o principal deles. A presença desses fatores ocorre normalmente de forma combinada, além da predisposição genética, fatores ambientais também podem contribuir para uma agregação do risco cardiovascular (RCV) em pessoas com estilo de vida pouco saudável³.

Entre os fatores de risco ambientais, os quais podem ser modificáveis para as DCV encontram-se o tabagismo, o consumo abusivo de álcool, a inatividade física e a alimentação não saudável. Adicionalmente, o sedentarismo e os maus hábitos alimentares resultam, na maioria dos casos, em outra preocupação, o sobrepeso e a obesidade⁴.

No Brasil, um estudo realizado pelo Ministério da Saúde (MS)⁵ mostrou que a proporção de pessoas acima do peso avançou de 42,7%, em 2006, para 48,5%, em 2011. No mesmo período, o percentual de obesos subiu de 11,4% para 15,8%.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁶, a obesidade é, atualmente, um dos maiores problemas de saúde pública do século XXI e afeta todos os países, principalmente os grupos socioeconômicos mais baixos. Seu desenvolvimento está relacionado a uma série de fatores, como hábitos alimentares e sedentarismo, além de fatores biológicos, comportamentais e psi-

cológicos.

Além dos maus hábitos alimentares e obesidade, o tabagismo, como mencionado, também é um dos fatores de risco para o desenvolvimento de DCV. Segundo dados do MS⁷, em 2012, foram gastos R\$ 12 milhões no tratamento de doenças causadas pelo cigarro. Estima-se que o tabagismo mata 200 mil pessoas a cada ano no país.

Contra a redução das mortes prematuras por DCV, o Brasil foi um dos 194 países que fizeram um compromisso para reduzir essas mortes em 25% até o ano de 2025. Para isso, as pessoas estão sendo orientadas, na rede pública, a fazerem mudanças no seu estilo de vida e de seus familiares, cuidando melhor da saúde do coração através de uma alimentação saudável e prática de atividade física, além de se evitar o uso de tabaco e do álcool, tendo em vista que crianças saudáveis serão adultos saudáveis⁸.

Estudo com o objetivo de avaliar o RCV em indivíduos que frequentam a Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município do Vale do Taquari – RS através da análise da CC e presença de fatores de risco associados ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV), tais como, sobrepeso e obesidade, prática de atividade física, histórico familiar de DC e tabagismo.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo de delineamento não-experimental quantitativo de modelo transversal descritivo, realizado na UBS do município de Coqueiro Baixo – RS durante o período de fevereiro a abril do ano de 2014.

O município de Coqueiro Baixo, estado do Rio Grande do Sul (RS), faz parte da região Alta do Vale do Taquari e localiza-se a 180 km da capital Porto Alegre. Atualmente, conta com uma área de 112,33 Km² e uma população de 1.601 habitantes, segundo Censo do IBGE 2000, sendo que 30% residem na zona urbana e 70% na zona rural. A economia é baseada no setor primário, destacando o setor agrícola. A colonização é italiana onde deixou marcas dos hábitos alimentares, religião, sendo que hoje o município é reconhecido como o município do Festival da Canção Italiana onde, a cada dois anos, acontece o encontro de corais italianos, sendo resgatadas as marcas da colonização⁹.

Foram avaliados 81 indivíduos adultos com idade média de $43,27 \pm 5,16$ anos, sendo 51,7% (n=46) do gênero masculino. Para chegar ao número amostral de 81 indivíduos foi realizada uma média mensal de pessoas que solicitaram algum tipo de atendimento na UBS. Conforme dados fornecidos por esta, em dez (10) dos doze (12) meses do ano de 2013 foram atendidos 273 indivíduos com idade entre 35 e 59 anos, sendo a média mensal de, aproximadamente, 27 pessoas que compareceram à UBS solicitando algum tipo de atendimento. Como a pesquisa foi realizada em um período de três (3)

meses, foi multiplicada a média mensal por três, chegando ao número total de 81 indivíduos que compuseram a amostra.

A seleção foi por conveniência, através do convite à participação à pesquisa aos usuários que frequentaram a UBS durante o período do estudo. Os indivíduos que aceitaram a participar, de forma voluntária, receberam explicações sobre os procedimentos deste, bem como foram-lhe esclarecidas todas as dúvidas, sendo, posteriormente, entregue, lido, explicado e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao participante.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Univates, sob o número de protocolo 087538/2013.

Foram incluídos no estudo adultos com idades compreendidas entre a fase de 20 a 59 anos, de ambos os gêneros, que aceitaram a participar da pesquisa, sendo excluídos do estudo indivíduos analfabetos, com déficit de compreensão, que não apresentavam condições adequadas para a antropometria, como o uso de próteses ou gesso, desistência da pesquisa a qualquer momento, questionários com preenchimento incorreto e/ou incompleto.

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário estruturado, não validado, elaborado pelos autores deste estudo, com questões fechadas, o qual foi respondido de forma individual, contemplando dados sobre idade, escolaridade, renda, estado civil, profissão, fatores comportamentais de hábitos e estilo de vida, como prática de atividade física, tabagismo, presença de doenças crônicas (DC) auto-referidas pelo relato do participante já ter sido informado que tinha hiperglicemia, diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial (HAS) e dislipidemias por um médico e história familiar dessas doenças, assim como avaliação antropométrica para classificação do estado nutricional e medida da circunferência da cintura (CC) para avaliação do risco cardiovascular (RCV).

Para a aferição do peso e da estatura, tomou-se como base as orientações básicas para a coleta da Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)¹⁰, sendo utilizada uma balança antropométrica da marca Balmak®, com unidade de medida em quilograma (kg), precisão 0,100 Kg e capacidade máxima de 150 kg acoplada de uma régua antropométrica, em alumínio anodizado, com capacidade de dois (2) metros com graduação de 0,5 cm.

Para a aferição do peso o indivíduo foi orientado a subir no centro da balança, descalço, com o mínimo de roupa possível, ereto, com os pés unidos e os braços estendidos ao longo do corpo, mantendo-se parado nessa posição para a realização da leitura da massa corporal, sendo movido o cursor maior da balança sobre a escala numérica para marcar os quilos e o cursor menor para marcar as gramas. Aguardou-se até o momento em que a

agulha do braço e o fiel ficassem nivelados, sendo realizada a leitura de frente para o equipamento, a fim de facilitar a visualização dos valores apontados pelos cursores. Foi realizada calibração da balança a cada dez (10) pesagens.

Para a aferição da estatura o indivíduo foi instruído a ainda permanecer no centro do equipamento, mantendo-se descalço, ereto, com os pés unidos, fazendo um ângulo reto com as pernas, cabeça erguida, livre de adereços e olhar para um ponto fixo na altura dos olhos. O equipamento foi manipulado de forma a baixar a parte móvel, fixando-a contra a cabeça do voluntário, com pressão suficiente para comprimir o cabelo e realizar a leitura da estatura em metros (m), sem soltar a parte móvel do equipamento¹⁰.

Para avaliação do estado nutricional, através da relação peso/altura, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), pela fórmula P/A^2 e classificado conforme WHO¹¹, sendo os seguintes pontos de corte adotados: magreza grave (<16,00); magreza moderada (16,0 a 16,99); magreza leve (17,0 - 18,49); faixa normal (18,50 - 24,99); sobrepeso (25,0); pré-obeso (25,00 - 29,99); obesidade classe I (30,0 - 34,99); obesidade classe II (35,0 - 39,99); obesidade classe III (40,00).

A verificação da CC foi realizada com o indivíduo em pé, utilizando-se uma fita métrica não extensível, com capacidade de 150 cm de comprimento e precisão de 0,1cm, da marca Cardiomed®. Para a tomada da medida, a fita foi circundada ao indivíduo na parte mais estreita do tronco entre o rebordo da última costela e a crista ilíaca, sendo a leitura feita no momento da expiração¹².

O RCV conforme a CC foi classificado conforme os pontos de corte estabelecidos pela WHO¹³, sendo considerados risco elevado para homens > 94 cm e risco muito elevado > 102 cm e para mulheres risco elevado > 80 cm e risco muito elevado > de 88 cm.

Os dados foram analisados no programa SPSS, versão 20.0. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$). Foram realizadas estatísticas univariadas descritivas (médias, desvio-padrão e frequências) e bivariadas (teste Qui-Quadrado de associação, Correlações de Pearson e Spearman, ANOVA e Kruskal-Wallis, teste t e Mann-Whitney). Utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar se as variáveis contínuas seguiam a distribuição normal. O teste de Qui-Quadrado foi aplicado para avaliar a associação entre RCV e a escolaridade, renda, estado civil, gênero, prática de atividade física, tabagismo, presença de DC e IMC e também, para avaliar a associação entre a presença de DC e o histórico familiar. Os testes de Correlação de Pearson e Spearman foram aplicados para analisar a associação entre as variáveis contínuas: idade, peso, IMC, CC e frequência de atividade física. Os testes de ANOVA e Kruskal-Wallis

foram utilizados para comparar as variáveis contínuas supracitadas conforme a escolaridade, renda, estado civil, tempo de atividade física e RCV estratificado. Os testes t e Mann-Whitney foram aplicados para comparar as variáveis contínuas entre os gêneros, tabagistas e não-tabagistas e indivíduos com e sem DC.

3. RESULTADOS

A maior parcela da amostra 46,9% (n=38) encontra-se em sobrepeso e 16% (n=13) em obesidade conforme a classificação do IMC, 81,5% (n=66) apresenta RCV elevado ou muito elevado conforme a CC, 59,3% (n=48) são sedentários e 58% (n=47) são tabagistas. As características gerais da amostra são apresentadas na tabela 1 (Tabela 1).

Comparando os gêneros, houve diferença significativa para o IMC, CC, peso e frequência de atividade física, sendo que a CC e o peso foram maiores entre os homens e a prática de atividade física foi maior entre as mulheres ($p < 0,01$). Já entre sedentários e não sedentários, o IMC, peso e CC foram significativamente maiores entre os sedentários ($p < 0,001$). Os resultados são apresentados na tabela 2 (Tabela 2).

Tabela 1. Características socioeconômicas, demográficas e de estilo de vida da amostra.

Variáveis	n	%
Gênero		
Feminino	33	48,3
Masculino	46	51,7
Escolaridade		
EF Incompleto	8	9,9
EF Completo	29	35,8
EM Completo	12	14,8
Técnico	2	2,5
ES Incompleto	12	14,8
ES Completo	18	22,2
Renda		
De 1 a 5 salários mínimos	17	21,0
De 5 a 10 salários mínimos	40	49,4
De 10 a 20 salários mínimos	19	23,5
Mais de 20 salários mínimos	5	6,2
Estado Civil		
Casado(a)	18	29,3
Solteiro(a)	25	30,9
Divorciado(a)	6	7,4
Viuvo(a)	1	1,2
Ocupação		
Empregado(a)	20	24,7
Profissional liberal	11	13,6
Empresário(a)	16	19,8
Outra	34	42,0

Tabela 1. Características socioeconômicas, demográficas e de estilo de vida da amostra. *Cont.*

Atividade Física		
Sim	33	40,7
Não	48	59,3
Tempo de Atividade		
Não pratica	48	58,0
45 minutos	2	2,5
1 hora	26	33,3
1 hora e 30 minutos	5	6,2
Tabagismo		
Sim	47	58,0
Não	34	41,9
Presença de doença crônica		
Sim	54	66,7
Não	27	33,3
HAS		
Sim	25	30,9
Não	56	69,1
Colesterol Alto		
Sim	14	17,3
Não	67	82,7
Hiperglicemia		
Sim	6	7,4
Não	75	92,6
DM		
Não	72	88,9
Hipertrigliceridemia		
Sim	24	29,6
Não	57	70,4
Classificação do IMC (OMS)		
Eutrofia	30	37,0
Sobrepeso	38	46,9
Obesidade grau I	7	8,6
Obesidade grau II	6	7,4
Classificação da CC (OMS)		
Adequada	15	18,5
Elevada	31	38,3
Muito Elevada	35	43,2
Classificação RCV		
Risco alto	5	6,2
Risco intermediário	31	38,3
Risco moderado	32	39,5
Risco baixo	13	16,0

Frequências descritas em percentuais (%). EF = Ensino Fundamental; EM = Ensino Médio; ES = Ensino Superior; HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica; DM = Diabetes Mellitus; IMC = Índice de Massa Corporal; CC = Circunferência da Cintura.

Tabela 2. Análise de indicadores antropométricos e de atividade física conforme o gênero e sedentarismo.

[n 01]	Risco cardiovascular				P
	Alto Média ± DP	Intermediário Média ± DP	Moderado Média ± DP	Baixo Média ± DP	
Peso Atual (kg)	86,50 ± 8,52	75,80 ± 10,05	73,59 ± 7,21	66,74 ± 7,36	<0,001
IMC (Kg/m ²)	34,70 ± 2,73	28,86 ± 3,47	26,22 ± 2,68	23,01 ± 1,79	<0,001
CC (cm)	111,40 ± 7,47	95,19 ± 10,17	93,40 ± 6,26	85,34 ± 7,37	<0,001
[n 01]	Tempo de Atividade Física				P
	Não pratica Média ± DP	45 minutos Média ± DP	1 hora Média ± DP	1,5 horas Média ± DP	
Peso Atual (kg)	77,92 ± 9,42	80,70 ± 1,84	70,21 ± 7,01	64,30 ± 9,34	<0,001
IMC (Kg/m ²)	27,85 ± 3,91	25,14 ± 2,33	24,34 ± 2,72	22,42 ± 1,70	<0,001
CC (cm)	98,72 ± 9,82	89,00 ± 10,00	88,79 ± 6,72	81,30 ± 4,74	<0,001

DP = Desvio Padrão; Índice de Massa Corporal (IMC) = peso em Kg dividido pela altura em metros ao quadrado; CC = Circunferência da Cintura; AF = Atividade Física. Testes t e Mann-Whitney para a comparação entre as categorias, considerando significativo p<0,05 (5%).

Avaliando a associação entre a presença de DC e o histórico familiar de DCV, houve associação direta entre ter histórico de DM e hiperglicemia (p=0,001) e ter DM (p<0,001); apresentar histórico de HAS e ter HAS (p=0,002); possuir histórico familiar de dislipidemia e apresentar colesterol total (CT) e TG aumentados (p=0,005 e p=0,006, respectivamente). Os resultados são apresentados na tabela 3 (Tabela 3).

Tabela 3. Associação entre a presença de doença crônica e o histórico familiar de DCV.

[n 422]	Gênero		P
	Masculino Média ± DP	Feminino Média ± DP	
Peso Atual (kg)	79,07 ± 9,16	71,13 ± 8,54	<0,001
IMC (Kg/m ²)	26,84 ± 3,05	26,20 ± 3,91	0,383
CC (cm)	97,60 ± 10,06	81,17 ± 10,88	0,003
Frequência AF	0,09 ± 1,20	1,57 ± 1,45	0,006
[n 01]	Atividade Física		P
	Sim Média ± DP	Não Média ± DP	
Peso Atual (kg)	68,53 ± 7,88	70,02 ± 9,35	<0,001
IMC (Kg/m ²)	24,51 ± 2,68	27,83 ± 3,88	<0,001
CC (cm)	87,18 ± 6,74	98,67 ± 9,73	<0,001
[n 01]	Hipertensão Arterial		P
	Sim Média ± DP	Não Média ± DP	
Peso Atual (kg)	77,05 ± 10,02	73,10 ± 9,16	0,062
IMC (Kg/m ²)	29,18 ± 3,81	25,72 ± 3,57	0,003
CC (cm)	99,00 ± 9,65	91,71 ± 9,83	0,002

Tabela 3. Associação entre a presença de doença crônica e o histórico familiar de DCV. *Cont.*

[n B1]	Dislipidemia		p
	Sim Média ± DP	Não Média ± DP	
Peso Atual (kg)	78,83 ± 12,33	73,71 ± 8,82	0,087
IMC (Kg/m ²)	28,89 ± 4,34	25,87 ± 3,31	0,032
CC (cm)	99,96 ± 12,28	82,70 ± 9,49	0,018
[n B1]	Diabetes Mellitus tipo 2		p
	Sim Média ± DP	Não Média ± DP	
Peso Atual (kg)	77,14 ± 9,09	74,24 ± 9,89	0,396
IMC (Kg/m ²)	26,65 ± 3,16	26,20 ± 3,80	0,022
CC (cm)	100,33 ± 17,40	89,19 ± 10,37	0,049

Frequências descritas em percentuais (%). Teste de Qui-Quadrado para comparação entre as categorias, considerando significativo $p < 0,05$ (5%).

4. DISCUSSÃO

As DCV contribuem, significativamente, para as causas de mortalidade em todas as regiões do Brasil. A grande concentração de gordura visceral na região abdominal constitui um fator de risco para o desenvolvimento dessas doenças. Por esse motivo, tal fator teria maior valor preditivo para as DCV em sua comparação ao peso e à altura classificados pelo IMC¹⁴. No presente estudo, conforme a medida da CC, o RCV apresentou-se elevado em 81,5% da amostra, sendo superior ao estudo de Fachineto *et al.* (2011)¹⁵, que observaram RCV elevado em relação à CC, em 15,5% dos indivíduos. Vilarinho e Lisboa¹⁶ também encontraram resultado da medida da CC aumentada em 35% da população, sendo a do atual estudo, superior. Já Turi *et al.* (2014)¹⁷, encontrou, um índice expressivo de 70% dos avaliados limites acima dos desejáveis conforme a medida da CC, sendo também inferior ao presente estudo.

Além da CC aumentada, o sobrepeso e a obesidade designam dois grandes e crescentes problemas na saúde pública mundial e constituem fatores de risco favoráveis para o aparecimento de DCV¹⁸. No presente estudo, a prevalência de sobrepeso foi maior em relação à de obesidade, representados por 46,9% (n=38) e 16% (n=13), respectivamente, sendo inferiores às observadas por Costa *et al.*¹⁹ os quais representaram excesso de peso em 63,5% e obesidade em 27,4% da população avaliada. Já o estudo de Barel *et al.* (2010)²⁰, divergiu do resultado do estudo atual à prevalência de sobrepeso, a qual foi inferior, 31%, e superior em relação à obesidade, 23%. Entretanto, a existência de divergência no gênero da população avaliada, a maioria constituída, no caso de Barel (2010)²⁰, por mulheres (78%), e, no presente, por homens (51,7%).

O estudo de Hess *et al.* (2014)²¹, apresentou resultado inversamente proporcional ao presente estudo,

com uma maior prevalência de obesidade, 74,6%, em relação à de sobrepeso, 22,9%. Entretanto, Maciel *et al.*²² observaram estado nutricional na faixa de normalidade na maioria dos adultos avaliados, 72,3% (n=173) mulheres e 47,0% (n=130) homens, divergindo, portanto, do apurado no atual e dos demais estudos supracitados.

A população avaliada no atual estudo apresentou um índice de sedentarismo de 59,3% (n=48), inferior ao estudo de Alves *et al.* (2012)²³ que observaram presença de sedentarismo em 69,9% da amostra. Thomaz *et al.* (2010)²⁴ constataram a prática de atividade física semanal em 35% da população, resultado inferior ao do atual estudo, no qual 40,7% realizavam exercícios físicos semanais. No estudo de Polisseni e Ribeiro (2014)²⁵ foi observada uma população divergente em relação à prática de atividade física, na qual 61,4% dos indivíduos analisados declararam praticar exercícios físicos em duas ou mais vezes por semana.

Gonçalves *et al.* (2013)²⁶ afirmam que a prática de exercícios físicos atua como efeito protetor ao sistema cardiovascular. Neste sentido, o presente estudo mostrou que a população estudada em relação ao IMC e CC, foram maiores entre os indivíduos sedentários ou que apresentavam alto RCV e menores entre aqueles que praticavam mais de 1 hora e meia de atividade física semanal ou que apresentavam baixo RCV, corroborando com o estudo, Borges *et al.* (2012)²⁷ que observaram uma população predominantemente sedentária, 85,2%. Esses dados representam a forte relação entre excesso de peso e o sedentarismo, na qual indivíduos sedentários tendem a apresentar maior peso e acúmulo de gordura visceral, segundo dados evidenciados na literatura.

No atual estudo as médias de peso e CC foram significativamente maiores entre os homens e a prática de atividade física maior entre as mulheres. No estudo realizado por Jesus *et al.* (2014)²⁸ as medidas da CC corroboraram com o presente estudo, apresentando-se aumentadas entre os homens em relação às mulheres. Gonçalves *et al.* (2013)²⁶ também em relação aos gêneros, constataram peso corporal superiores entre os homens.

Azevedo *et al.* (2014)²⁹ observaram em seu estudo resultados divergentes do atual, no qual a prática de atividade física foi maior entre os homens, resultados também concordantes aos de Silva *et al.* (2011)³⁰, nos quais os homens se revelaram mais ativos que as mulheres.

No presente estudo, houve associação direta entre indivíduos diabéticos com histórico familiar de hiperglicemia. O estudo de Mielczarski *et al.* (2012)³¹ observou que 51,4% eram diabéticos, sendo que destes 24,3% tinham história familiar positiva de DM, assim como o estudo de Ganguli *et al.* (2010)³², também encontraram DM em 12,0% da amostra e 16,0% com histórico familiar positivo para DM, resultados semelhantes com o

presente estudo o qual relacionou pessoas diabéticas com histórico familiar dessa doença.

O atual estudo relacionou indivíduos hipertensos com histórico de HAS na família, dados positivos com o atual estudo foram encontrados no estudo de Brunori *et al.* (2014).³³ observaram presença de HAS em sua amostra e prevalência de HAS em antecedentes familiares assim como no estudo de Custódio *et al.* (2011)³⁴, no qual observaram que 71,5% da amostra apresentavam história familiar da doença. Já Aswin *et al.* (2014)³⁵ em seu estudo, obtiveram uma amostra que apresentou história familiar de HAS, mas os indivíduos não apresentaram HAS, resultado diferente do atual estudo.

O presente estudo observou indivíduos com CT e TG aumentados e histórico familiar de dislipidemias. No estudo de Acevedo *et al.* (2011)³⁶ houve prevalência de dislipidemias em 69% dos indivíduos e história familiar de dislipidemias, esse resultado é semelhantes ao atual estudo, onde indivíduos com CT e TG aumentados apresentaram histórico familiar positivo para essas DC.

Um fator limitante do estudo foi a metodologia de avaliação através de um questionário estruturado não sendo realizados exames bioquímicos para ter resultados mais fidedignos de diagnóstico de alguma patologia para ser avaliada como fator considerável de RCV.

5. CONCLUSÃO

Através do presente estudo, observa-se que a maioria da população avaliada apresentou alto RCV conforme a classificação da CC e que os fatores de risco, como sobrepeso, sedentarismo e tabagismo apresentaram-se evidentes entre a maioria dos indivíduos.

A partir do presente estudo ainda foi possível perceber que os indivíduos que praticam atividade física possuem grau de RCV, IMC, CC e peso inferiores aos sedentários.

Conclui-se, através do atual estudo, que indivíduos que apresentaram DM, HAS, CT e TG apresentaram história familiar dessas patologias.

REFERÊNCIAS

- [01] Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A Promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2012; 17(1): 7-17.
- [02] World Health Organization. Deaths from cardiovascular diseases and diabetes. [acesso 15 nov. 2014] Disponível em: http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cvd/en/
- [03] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, DF, 2014. 121 p. [acesso 15 nov. 2014] Disponível em:
- <https://biavati.files.wordpress.com/2014/05/vigitel-2013.pdf>
- [04] Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). [acesso em 15 dez. 2014] Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=2337&Itemid=777
- [05] Sociedade Brasileira de Hipertensão. Doenças do coração elevam custo de saúde no Brasil. [acesso em 15 nov. 2014] Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/noticias.asp?id=75>.
- [06] Organização Pan-Americana da Saúde. Obesidade: muito além do peso (obesidade infantil). [acesso em 15 dez. 2014] Disponível em: <http://brasil.campusvirtualsp.org/taxonomy/term/12912>.
- [07] Brasil. Portal Brasil. Controle ao tabagismo será ampliado na rede pública de saúde. [acesso em 08 dez. 2014] Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/04/controle-ao-tabagismo-sera-ampliado-na-rede-publica-de-saude>.
- [08] World Heart Federation. A primary focus on cardiovascular disease (CVD). [acesso em 15 nov. 2014] Disponível em: <http://www.championadvocates.org/en/champion-advocates-programme/cvds>
- [09] Rio Grande do Sul. Coqueiro Baixo: histórico do município. [acesso em 08 de dez. 2014] Disponível em: www.coqueirobaixo.com.br/conteudo/0,128_historico-do-municipio.
- [10] Brasil. Ministério da Saúde. *Vigilância Alimentar e Nutricional: orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde*. Brasília, DF, 2004, 119 p. [acesso em 23 nov. 2014] Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_basicas_sisvan.pdf
- [11] World Health Organization. BMI classification. [acesso em 16 nov. 2014] Disponível em: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- [12] Vitolo MR. *Nutrição da gestação ao envelhecimento*. Rio de Janeiro: Rubio; 2008.
- [13] World Health Organization. Waist circumference and waist-hip ratio. [acesso em 16 nov. 2014] Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501491_eng.pdf.
- [14] Silva IA da, Barros DD, Silva VC da, Ferreira EAAP. Antropometria na avaliação da obesidade abdominal e risco de doenças cardiovasculares em adultos na cidade de Patos – PB. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, Pombal - PB, Brasil, 2014 ; 4(1):41-51.
- [15] Fachineto S, Cavassini I, Sampaio TV, Camini J. Avaliação da adiposidade corporal e qualidade de vida de trabalhadores rurais do gênero masculino de São Miguel do Oeste/SC. *Cinergis*, 2011; 12 (1): 40-47.
- [16] Vilarinho RMF., Lisboa MTL. Diabetes mellitus: fatores de risco em trabalhadores de enfermagem. *Acta Paul Enferm*, 2010; 23(4):557-61.
- [17] Turi BC, Codogno JS, Fernandes RA, Monteiro HL. Prática de atividade física, adiposidade corporal e hipertensão em usuários do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Epidemiol*, 2014; 17(4): 925-37.

- [18] Gomes EB, Moreira TMM, Pereira HCV, Sales IB, Lima FET, Freitas CHA de, *et al.* Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Enferm*, Brasília, 2012; 65(4):594-600.
- [19] Costa MAP da, Vasconcelos AGG, Fonseca M de JM da. Prevalência de obesidade, excesso de peso e obesidade abdominal e associação com prática de atividade física em uma universidade federal. *Rev Bras Epidemiol*, São Paulo, 2014; 17(2):421-36.
- [20] Barel M, Louzada JC de A, Monteiro HL, Amaral SL do. Associação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares e qualidade de vida entre servidores da saúde. *Rev Bras Educ Fis Esporte*, São Paulo, 2010; 24(2):293-303.
- [21] Hess S, Tramontini J, Canuto R. Fatores associados à síndrome metabólica em adultos atendidos em um ambulatório de nutrição. *Scientia Médica*, Porto Alegre, 2014; 24(1):33-38.
- [22] Maciel E da S, Sonati JG, Modeneze DM, Vasconcelos JS, Vilarta R. Consumo alimentar, estado nutricional e nível de atividade física em comunidade universitária brasileira. *Rev Nut, Campinas*, 2012; 25 (6):707-18.
- [23] Alves JW dos S, Soares NT, Leão TCS, Diniz NA, Penha ED dos S, Monteiro RS. Estado nutricional, estilo de vida, perfil socioeconômico e consumo alimentar de comerciantes. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 2012; 2(25):40-50.
- [24] Thomaz PMD, Costa THM da, Silva EF da, Hallal PC. Fatores associados à atividade física em adultos, Brasília, DF. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, 2010; 44(5):894-900.
- [25] Polisseni ML de C, Ribeiro LC. Exercício físico como fator de proteção para a saúde em servidores públicos. *Rev Bras Med Esporte*, 2014; 20(5): 340-44.
- [26] Gonçalves AFL, Souza GM de, Brito NA de, Moraes SS de, Digiovani RAB, Ferreira RC, *et.al.* Nível de atividade física e prevalência de fatores de riscos cardiovasculares de participantes de projeto de extensão interdisciplinar. *Colloquium Vitae*, 2013; 5(2).
- [27] Borges CF, Busnello FM, Pellanda LC. Identificação de fatores de risco cardiovascular em pais/cuidadores de crianças cardiopatas. *Arq. Bras. Cardiol.*, 2012; 99(4): 936-43.
- [28] Jesus GM, Mota NM, Jesus EFA. Risco cardiovascular em policiais militares de uma cidade de grande porte do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Ciênc Esporte*, 2014 ; 36(3): 692-99.
- [29] Azevedo ECC, Dias FMR da S, Diniz A da S, Cabral PC. Consumo alimentar de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal: um estudo com funcionários da área de saúde de uma universidade pública de Recife (PE), Brasil *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2014; 19(5):1613-22.
- [30] Silva SP de S, Sandre-Pereira G, Salles-Costa, R. Fatores sociodemográficos e atividade física de lazer entre homens e mulheres de Duque de Caxias/RJ. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2011; 16(11):4493-4501.
- [31] Mielczarski RG, Costa JSD da, Olinto MTA. Epidemiologia e organização de serviços de saúde: diabetes mellitus numa comunidade de Porto Alegre. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2012; 17(1):71-8.
- [32] Ganguli D, Das N, Saha I, Sanapala KR, Chaudhuri D, Gosh S, *et.al.* Associação entre marcadores inflamatórios e fatores de risco cardiovascular em mulheres de Kolkata, W.B, Índia. *Arq Bras Cardiol*, São Paulo. 2010; 96(1):38-46.
- [33] Brunori EHFR, Lopes CT, Cavalcante AMRZ, Santos VB, Lopes J de L, Barros ALBL de. Associação de fatores de risco cardiovasculares com as diferentes apresentações da síndrome coronariana aguda. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2014; 22(4):538-46.
- [34] Custódio IL, Lima FET, Almeida MI de, Silva L de F da, Monteiro ARM. Perfil sociodemográfico e clínico de uma equipe de enfermagem portadora de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Enferm*, 2011; 64(1):18-24.
- [35] Aswin K, Ghorpade AG, Kar SS, Kumar G. Cardiovascular disease risk factor profiling of group C employees in Jipmer, Puducherry. *J Family Med Prim Care*, 2014; 3(3):255-9.
- [36] Acevedo M, Tagle R, Kramer V, Arnaíz P, Marín A, Pino F. *et.al.* Hipertensión arterial: el factor de riesgo más importante para grosor íntima-media carotídeo elevado y placa carotídea en adultos de Santiago. *Rev Médica Chile*, 2011; 139(3):290-7.