

# AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM CONTEXTO LABORAL

## CARDIOVASCULAR RISK ASSESSMENT IN A WORK CONTEXT

Filipa Homem, RN, MSc, ULS Coimbra, UCC Coimbra Saúde, 27235@ulscoimbra.min-saude.pt

Ana Caetano, RN, MSc, ULS Coimbra, Cardiologia HG, 28213@ulscoimbra.min-saude.pt

Andreia Gomes, RN, MSc, ULS Coimbra, UCC Pera Grande, 14661@ulscoimbra.min-saude.pt

Mafalda Costa, RN, MSc, ULS Coimbra, Cirurgia Vascular, 5241@ulscoimbra.min-saude.pt

Susana Marcelino, Câmara Municipal de Coimbra, Divisão da Saúde, susana.marcelino@cm-coimbra.pt

Lino Gonçalves, MD; PhD, ULS Coimbra – Diretor de Serviço da Cardiologia, 7697@ulscoimbra.min-saude.pt

Domingos Ramos, MD; MSc, ULS Coimbra, Cardiologia, Presidente da Delegação Centro da Fundação portuguesa de Cardiologia, 385@ulscoimbra.min-saude.pt

<https://doi.org/10.58043/rphrc.145>

### Introdução

*A doença cardiovascular é a principal causa de morte em Portugal e uma das mais importantes causas de morbilidade e incapacidade. Com o envelhecimento populacional e maior sobrevivência aos eventos iniciais, a carga de anos de vida ajustados por incapacidade tende a aumentar, representando um desafio crescente para os sistemas de saúde (Ferreira & Macedo, 2017).*

*Neste sentido, a Sociedade Europeia de Cardiologia recomenda a deteção precoce do risco cardiovascular (RCV) nos cidadãos saudáveis, atuando essencialmente na modificação de fatores passíveis de intervenção (Visseren et al., 2022).*

*O modelo SCORE e seus derivados (SCORE 2 e SCORE2-OP) (Conroy et al., 2003; DGS, 2015; Hageman et al, 2021; Vries et al, 2021) são ferramentas importantes para a avaliação individual do RCV, uma vez que permitem não só identificar a idade do coração e motivar as pessoas para a redução do RCV, mas também delinear a intensidade da intervenção necessária para um controlo eficaz dos fatores de risco e avaliar os ganhos de intervenções propostas (DGS, 2014).*

*Neste sentido, desde 2016 o projeto “Coimbra Unida pelo Coração”, liderado pela Delegação Centro da Fundação Portuguesa de Cardiologia, em articulação com a Unidade Local de Saúde de Coimbra, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Coimbra, Câmara Municipal de Coimbra e outras parcerias comunitárias, desenvolveu uma rede comunitária de saúde que: 1) identifica precocemente o risco cardiovascular dos cidadãos de Coimbra; 2) promove ações de sensibilização para um estilo de vida saudável; 3) melhora a vigilância da saúde das pessoas com RCV; 4) qualifica a procura de cuidados de saúde para vigilância de estado de saúde.*

*No âmbito deste projeto, em junho de 2023, foi realizada a avaliação do RCV dos colaboradores da Câmara Municipal de Coimbra (CMC), no sentido de planear um projeto de intervenção para prevenção da doença cardiovascular dirigida às necessidades dos colaboradores da CMC.*

*Este estudo descritivo correlacional tem como objetivo avaliar o risco cardiovascular dos colaboradores da CMC e definir as estratégias a implementar na prevenção da doença cardiovascular.*

### Introduction

*Cardiovascular disease is the leading cause of death in Portugal and a major contributor to morbidity and disability. With an aging population and increased survival following initial cardiovascular events, the burden of disability-adjusted life years is expected to grow, posing a significant challenge for health systems (Ferreira & Macedo, 2017).*

*In this context, the European Society of Cardiology recommends early detection of cardiovascular risk (CVR) in healthy individuals, focusing on modifying risk factors that can be addressed through intervention (Visseren et al., 2022). The SCORE model and its derivatives (SCORE2 and SCORE2-OP) (Conroy et al., 2003; DGS, 2015; Hageman et al., 2021; Vries et al., 2021) are valuable tools for assessing individual CVR. These models not only identify heart age and motivate individuals to reduce CVR but also help determine the intensity of intervention needed for effective risk factor control and allow assessment of intervention benefits (DGS, 2014).*

*Since 2016, the project “Coimbra United by the Heart,” led by the Centro Delegation of the Portuguese Cardiology*

### Palavras-Chave:

Risco  
Cardiovascular;  
Saúde Ocupacional;  
Intervenção  
Comunitária

**Keywords:**

Cardiovascular Risk;  
Occupational  
Health;  
Community  
Intervention

*Foundation, in partnership with the Coimbra Local Health Unit, Coimbra Nursing School, Coimbra Health Technologies School, Coimbra City Council, and other community partners, has developed a community health network that: 1) identifies cardiovascular risk in Coimbra citizens early; 2) promotes awareness initiatives for a healthy lifestyle; 3) enhances health monitoring for individuals with CVR; and 4) improves access to health care for health status surveillance. As part of this project, in June 2023, an assessment of the CVR of Coimbra City Council (CMC) employees was conducted to plan an intervention project aimed at preventing cardiovascular disease according to the specific needs of CMC staff. This descriptive correlational study aims to evaluate the cardiovascular risk of CMC employees and outline strategies for cardiovascular disease prevention.*

**Material e Métodos**

Estudo descritivo correlacional que utilizou as recomendações do checklist Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE), adaptadas ao tipo de estudo (Malta et al., 2010), foi conduzido de acordo com as diretrizes de ética nacionais e internacionais e aprovado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC). O Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido presencialmente por escrito por todos os participantes.

Este estudo faz parte do projeto Coimbra Unida pelo Coração, e descreve os resultados da avaliação do RCV e do Estilo de Vida dos colaboradores da CMC. A colheita de dados foi realizada entre junho e setembro de 2023 em Coimbra.

O estudo foi realizado com colaboradores da CMC, definidos como o universo desta população alvo. Todos os 1877 colaboradores da CMC, foram convidados por email institucional a participar nas diferentes avaliações proporcionadas entre 12 e 16 de junho de 2023, nos diferentes espaços da CMC, segundo calendarização previamente definida com responsáveis dos diferentes setores, de forma a facilitar a participação dos colaboradores. O cálculo da amostra estimada, considerando frequência antecipada de 50%, limite de confiança de 5%, foi de 319 colaboradores. A amostra foi constituída de forma aleatória e não probabilística, sendo que todos os colaboradores puderam escolher ou não participar do estudo, através da assinatura do consentimento informado, totalizando 388 participantes, sendo representativa da população em estudo.

Antes da avaliação do RCV foi obtido o consentimento informado e entregue um formulário com questões sobre a condição sociodemográfica, laboral, antecedentes individuais e familiares de doença cardiovascular, prática de exercício físico, gestão do regime medicamentoso

e a avaliação do estilo de vida através da aplicação do questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO” (Silva, Brito e Amado, 2011). Este questionário é composto por 25 questões subdivididas em dez domínios (Família e amigos; Atividade física e associativismo; Nutrição; Tabaco; Álcool e outras drogas; Sono e stress e sexo seguro; Trabalho e tipo de personalidade; Introspeção; Comportamentos de saúde; Outros comportamentos). As respostas têm 3 opções, quantificadas de 0 a 2. O somatório permite obter um score total que caracteriza o estilo de vida em cinco categorias: Excelente (103 a 120 pontos), muito bom (85 a 102 pontos), bom (73 a 84 pontos), regular (47 a 72 pontos) e a precisar de melhoria (0 a 46 pontos). Quanto menor o score, maior será a necessidade de modificação no estilo de vida (Silva, Brito e Amado, 2011).

Para a avaliação do RCV, foram avaliados a pressão arterial (DGS, 2011), peso, altura, perímetro abdominal (DGS, 2013), assim como glicémia (DGS, 2011), e colesterolémia (DGS, 2011) através de amostra de sangue obtida punção capilar. A avaliação do RCV foi realizada de acordo com um manual de procedimentos elaborado com todas as recomendações da DGS para as diferentes avaliações realizadas.

Com estes dados, foi calculado o RCV com recurso ao SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) para países de baixo risco (Conroy et al., 2003, DGS, 2015). O SCORE é a probabilidade de eventos cardiovasculares fatais a 10 anos, em pessoas aparentemente saudáveis com idade compreendida entre os 40 e 65 anos, e depende da idade, género, pressão arterial sistólica, colesterol total e tabagismo. O SCORE estratifica o RCV em 4 classes sob a forma de cores: Verde – Baixo RCV; Amarelo – Moderado RCV; Laranja – Elevado RCV; Vermelho – Muito elevado RCV. Nos participantes com idade inferior a 40 anos foi utilizado o Risco Relativo para a avaliação do RCV (DGS, 2013). Apesar de existir

o SCORE2 (Hageman et al, 2021), uma escala atualizada para avaliação do RCV, que para além da mortalidade avalia a morbilidade, esta não foi considerada, uma vez que se baseia na avaliação do colesterol não HLD (e apenas dispomos de máquinas de avaliação do colesterol total) e pelo facto do registo no SClínico ainda não ter sido atualizado.

Foi realizada também a avaliação da prática de exercício físico e da gestão do regime medicamentoso, com recurso ao padrão de documentação existente no SClínico. Em função das respostas obtidas, o colaborador era sensibilizado para as recomendações da OMS para a prática de exercício físico, assim como a importância da adesão ao regime medicamentoso para controlo das doenças identificadas.

Os participantes receberam informação verbal e por escrito (cartão semáforo) dos valores de cada uma das avaliações e aconselhamento personalizado quanto ao seu risco cardiovascular.

No mês seguinte (julho), foi enviado email institucional com questionário on-line de satisfação, ao qual 44 (11%) participantes responderam.

Os dados foram introduzidos no SPSS e realizada a análise estatística descritiva simples.

## Resultados

No total foram realizadas 388 avaliações a uma população representativa de ambos os géneros (52% homens e 48% mulheres) com uma média de 51 ( $\pm 8,8$ ) anos de idade, como é possível verificar na tabela 1. A maioria da população avaliada tem o ensino superior (42,8%) e o ensino secundário (28,9%). Contudo ainda uma percentagem considerável tem apenas o 3º ciclo (10,1%), o 2º ciclo (5,9%) e o 1º ciclo (7,5%).

**TABELA 1** – Condições sociodemográficas dos colaboradores da CMC, segundo as variáveis: género, idade, habilitações académicas e local de trabalho.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA
<b>Género n(%)</b>	
Feminino	186 (47,9%)
Masculino	202 (52,1%)
Idade (M $\pm$ DP/Max-Min)	51,33 $\pm$ 8,84 (26-69)

<b>Habilitações académicas n(%)</b>	
1º ciclo	29 (7,5%)
2º ciclo	23 (5,9%)
3º ciclo	39 (10,1%)
Ensino Secundário	112 (28,9%)
Ensino Superior	166 (42,8%)
Não responderam	19 (4,9%)
<b>Departamento n(%)</b>	
Espaço Público	82 (21,1%)
Cultura e Turismo	58 (14,9%)
Ambiente e Sustentabilidade	44 (11,3%)
Edifícios e Equipamentos Municipais	43 (11,1%)
Financeiro	26 (6,7%)
Juventude e Desporto	24 (6,2%)
Administração Geral	20 (5,2%)
Gestão Urbanística	20 (5,2%)
Ação e Habitação Social	13 (3,4%)
Mobilidade, Trânsito e Transportes	13 (13%)
Educação e Saúde	7 (1,8%)
Recursos Humanos	7 (1,8%)
Estudos Estratégicos, Planeamento e Desenvolvimento Territorial	6 (1,5%)
Desenvolvimento Económico e Investimento	4 (1,0%)
Tecnologias de Informação e Inovação Digital	4 (1,0%)
Comunicação e Marketing	3 (0,8%)
Executivo	2 (0,5%)
Polícia Municipal	2 (0,5%)
Não responderam	10 (2,6%)

Dos 388 participantes, 365 colaboradores responderam ao questionário de Estilo de Vida Fantástico, sendo que 11,5% considera que tem um estilo de vida excelente e 54,8% um estilo de vida muito bom. Quando analisado proporcionalmente pelas diferentes áreas, como é possível ver através da tabela 2, são as áreas da “atividade física”, “nutrição”, “trabalho” e “sono e stress” com as piores avaliações, e as áreas de segurança rodoviária (“outros comportamentos”), “álcool e outras drogas” e “família e amigos” com as melhores avaliações. Quando questionados, de 0 a 10, como considerava o seu estilo de vida, a média é de 7,14 $\pm$ 1,34 (3-10).



TABELA 2 – Estilo de Vida dos colaboradores da CMC

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA
<b>Estilo de Vida FANTASTICO n(%)</b>	
Score Família e Amigos (M±DP/Max-Min)	3,55 ± 0,73 (0-4)
Score Atividade física e associativismo (M±DP/Max-Min)	3,42 ± 1,48 (0-6)
Score Nutrição (M±DP/Max-Min)	3,74 ± 1,23 (1-6)
Score Tabaco (M±DP/Max-Min)	3,22 ± 1,37 (0-4)
Score Álcool e outras drogas (M±DP/Max-Min)	10,74 ± 1,38 (3-12)
Score Sono e stress (M±DP/Max-Min)	4,13 ± 1,30 (0-6)
Score Trabalho e tipo de personalidade (M±DP/Max-Min)	3,94 ± 1,22 (0-6)
Score Introspeção(M±DP/Max-Min)	4,34 ± 1,24 (0-6)
Score Comportamentos de saúde (M±DP/Max-Min)	4,43 ± 1,13 (1-6)
Score Outros comportamentos (M±DP/Max-Min)	3,58 ± 0,77 (0-4)
SCORE TOTAL	88,42 ± 12,88 (32-118)
<b>Classificação Estilo de Vida FANTASTICO n(%)</b>	
Excelente	42 (11,5%)
Muito Bom	200 (54,8%)
Bom	85 (23,3%)
Regular	35 (9,6%)
A precisar de melhoria	3 (0,8%)

O resultado das avaliações dos bioassinais, estão representados na tabela 3. Do total de avaliações realizadas, 97,9% dos colaboradores obtiveram uma glicémia normal (<200 mg/dl), contudo 23 (5,9%) colaboradores referiram ter diabetes diagnosticada.

Relativamente à **colesterolémia**, 49,5% apresentaram valores elevados ( $\geq 190$  mg/dl), sendo que apenas 50 (12,9%) colaboradores referiram ter sido diagnosticada alguma alteração do metabolismo dos lípidos. Através da análise da tabela 4, é possível verificar que 88,5% dos participantes com colesterolémia elevada não reportaram ter sido diagnosticado alteração do metabolismo dos lípidos.

Quanto à **hipertensão arterial**, não é apenas com uma avaliação pontual que se determina o diagnóstico de HTA, contudo 57,8% dos colaboradores apresentaram valores

de Pressão Arterial superiores ao recomendado (PAS > 130 mmHg e/ou PAD > 85 mmHg). Cerca de 25 (6,5%) colaboradores apresentaram valores de PA preocupantes (HTA II e III) e foram aconselhados a dirigir-se à sua Unidade de Saúde Familiar. Apenas 61 colaboradores (15,7%) referiram que têm HTA diagnosticada previamente. Através da análise da tabela 5, é possível verificar que 77,0% dos participantes com valores compatíveis de PA com HTA (I, II ou III), não reportaram ter diagnóstico de HTA.

Relativamente ao **Índice de Massa Corporal**, 48,2% dos colaboradores tem IMC normal, 37,9% pré-obesidade, 17,8% Obesidade grau I, 2,6% Obesidade grau II e 0,8% Obesidade grau III.

Quando ao **risco de desenvolver uma doença metabólica**, calculada a partir da medição do perímetro abdominal, 42,3% apresenta um baixo risco, 22,4% apresenta elevado risco, e 33,0% apresenta um risco metabólico muito elevado.

Dos colaboradores avaliados, 20,7% dos colaboradores são **fumadores**, consumindo uma média de 11,89±8,48 cigarros diários.

TABELA 3 – Perfil de saúde dos colaboradores da CMC

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA
<b>Avaliação da glicémia n(%)</b>	
Glicémia anormal	7 (1,8%)
Glicémia normal	319 (82,8%)
Sem avaliação	62 (16,0%)
<b>Avaliação da colesterolémia n(%)</b>	
Colesterol elevado	192 (49,5%)
Colesterol normal	192 (49,5%)
Sem avaliação	4 (1,0%)
<b>Avaliação da tensão arterial n(%)</b>	
Normal	163 (42,0%)
Normal alta	93 (24%)
HTA grau I	106 (27,3%)
HTA grau II	17 (4,4%)
HTA grau III	8 (2,1%)
Sem avaliação	1 (0,3%)
<b>Avaliação do Índice de Massa Corporal n(%)</b>	
Baixo peso	1 (0,3%)
Normal	156 (40,2%)
Pré-obesidade	147 (37,9%)

Obesidade grau I	69 (17,8%)
Obesidade grau II	10 (2,6%)
Obesidade grau III	3 (0,8%)
Sem avaliação	2 (0,5%)
<b>Avaliação do Risco Metabólico n(%)</b>	
Baixo risco metabólico	164 (42,3%)
Risco metabólico aumentado	87 (22,4%)
Risco metabólico muito aumentado	128 (33,0%)
Sem avaliação	9 (2,3%)
<b>Consumo de tabaco n(%)</b>	
Não	308 (79,4%)
Sim	80 (20,6%)
Número de cigarros por dia (M±DP/ Max-Min)	11,89±8,48 (1-50)

Dos colaboradores avaliados, 230 (59,3%) participantes referem **habitualmente tomar medicação**, sendo que destes, apenas 46,1% refere nunca se ter esquecido de tomar a medicação, 80% nunca deixou de tomar a medicação prescrita por iniciativa própria e 78,3% nunca deixou de tomar os medicamentos prescritos por se sentir melhor.

Depois de avaliados todos os parâmetros (idade, gênero, tabagismo, pressão arterial sistólica e colesterolémia) é possível calcular o **Risco Cardiovascular** através do SCORE. Cerca de 36,4% dos colaboradores avaliados têm pelo menos moderado risco cardiovascular, sendo que 10,1% têm muito elevado risco cardiovascular e deviam ter uma maior vigilância de saúde (gráfico 1). Quando as respostas do Estilo de Vida FANTÁSTICO são

**TABELA 4** – Comparação da avaliação da colesterolémia com o diagnóstico de alteração do metabolismo dos lípidos auto reportada pelos colaboradores da CMC

		Tem diagnóstico de alteração do metabolismo dos lípidos?			% alteração met. lípidos sem diagnóstico
		Não	Sim	Total	
<b>Avaliação da colesterolémia no dia da avaliação</b>	Colesterol normal	164	28	192	-
	Colesterol elevado	170	22	192	88,54%
	Total	334	50	384	-

**TABELA 5** – Comparação da avaliação da Pressão Arterial com o diagnóstico de HTA auto reportada pelos colaboradores da CMC

		Tem diagnóstico de HTA?			% HTA sem diagnóstico
		Não	Sim	Total	
<b>Avaliação da Pressão Art. no dia da avaliação</b>	Normal	154	9	163	-
	Normal alta	71	22	93	-
	HTA grau I	81	25	106	76,42%
	HTA grau II	14	3	17	82,35%
	HTA grau III	6	2	8	75,00%
	Total	326	61	387	-

Quando à **avaliação da prática de exercício físico**, 84 (21,64%) colaboradores não praticam qualquer tipo de exercício físico, sendo que os que praticam, fazem-no uma média de 4,15±2,21 vezes por semana, durante 69,55±52,09 minutos. Num dia típico, passam cerca de 5,04±3,14 em atividades sedentárias (tabela 6).

comparadas com o SCORE do RCV (tabela 8), é possível verificar que 30 (77%) colaboradores que têm muito elevado risco cardiovascular, consideram ter pelo menos bom estilo de vida. Realizando o teste Q-Quadrado entre estas variáveis, é possível inferir que existe relação entre o Estilo de Vida e o SCORE do RCV (p=0.000).



**TABELA 6** – Prática de exercício físico dos colaboradores da CMC

VARIÁVEIS	MÉDIA
<b>Avaliação da Exercício Físico (M±DP/Max-Min)</b>	
Numa semana normal, em quantos dias por semana faz caminhada rápida ou exercício físico de intensidade equivalente ou superior (ex. atividade de ginásio, andar de bicicleta, praticar um desporto ativo, natação/hidroginástica...)?	4,15±2,21 (1-7)
Quanto tempo (minutos) duram, em média, essas atividades, por dia, considerando apenas os períodos em movimento?	69,55±52,09 (10-420)
Num dia típico das suas rotinas, quanto tempo (horas) no total, costuma passar na posição sentado? (ex. no carro ou outros transportes, numa secretaria, no computador, a ver TV, a ler, no sofá ou cadeiras a conviver, durante as refeições...)	5,04±3,14 (0-14)

**TABELA 7** – Adesão ao regime medicamento dos colaboradores da CMC

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA				
	Com frequência	Nunca	Por vezes	Quase sempre	Sempre
<b>Gestão do regime medicamentoso n(%)</b>					
Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos prescritos?	13 (5,7%)	106 (46,1%)	106 (46,1%)	3 (1,3%)	2 (0,9%)
Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos prescritos?	7 (3,0%)	114 (49,6%)	104 (45,2%)	3 (1,3%)	2 (0,9%)
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos prescritos por iniciativa própria?	8 (3,5%)	184 (80,0%)	34 (14,8%)	2 (0,9%)	2 (0,9%)
Alguma vez tomou mais um ou vários medicamentos prescritos por iniciativa própria?	6 (2,6%)	183 (79,6%)	38 (16,5%)	2 (0,9%)	1 (0,4%)
Alguma vez interrompeu a medicação por deixar acabar os medicamentos prescritos?	8 (3,5%)	174 (75,7%)	47 (20,4%)	0 (0,0%)	1 (0,4%)
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos prescritos por iniciativa própria por se sentir melhor?	9 (3,9%)	180 (78,3%)	38 (16,5%)	1 (0,4%)	2 (0,9%)

**GRÁFICO 1** – Risco Cardiovascular dos colaboradores da CMC (%)

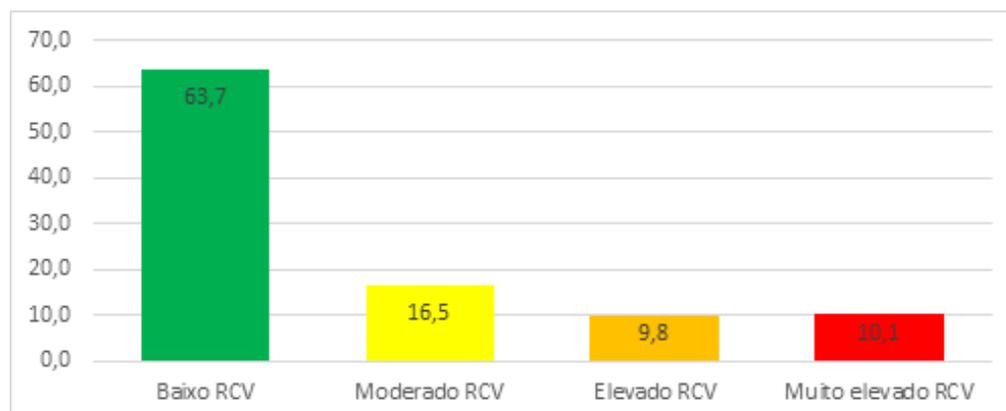


TABELA 8 – Comparação do RCV com o Estilo de Vida dos colaboradores da CMC.

		Estilo de Vida FANTASTICO <sup>(n)</sup>					
		A precisar de melhoria	Regular	Bom	Muito Bom	Excelente	Total
SCORE <sup>(n)</sup>	Verde	1	23	48	135	27	234
	Amarelo	2	3	15	33	8	61
	Laranja	0	5	10	18	3	36
	Vermelho	0	4	12	14	4	34
	Total	3	35	85	200	42	365

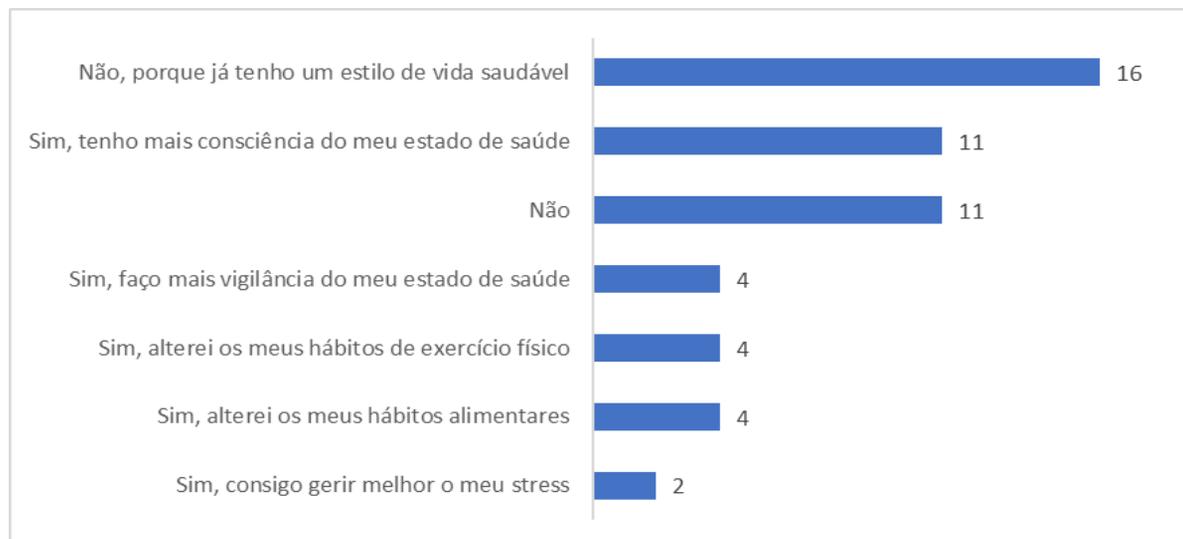
Depois da avaliação durante a sensibilização, foi enviado um questionário on-line institucional para **avaliação da satisfação**. 44 colaboradores da CMC responderam ao questionário até ao dia 24 de julho de 2023. 85,1% dos colaboradores ficaram muito satisfeitos e 14,9% satisfeitos com a prestação da equipa de saúde, em termos de simpatia, disponibilidade, conhecimento e capacidade de comunicação.

Quando questionados se o facto de ter participado nesta avaliação alterou o seu estilo de vida, 25% referiu “Não” e 37,7% referiu “Não, pois já tenho um estilo de vida saudável”. 37,3% dos colaboradores alterou o seu estilo de vida, tendo mais consciência do seu estado de saúde, fazendo mais vigilância, alteraram hábitos de exercício físico, alimentares e de gestão do stress (gráfico 2).

Dos colaboradores que responderam ao questionário de satisfação, 38,6% não sentiram necessidade de procurar serviços de saúde, 31,8% não sentiram necessidade porque já são devidamente vigiados no CS e 11,4% porque são seguidos por cardiologistas. 25% dos participantes sentiu necessidade de procurar cuidados de saúde, nomeadamente o médico de família, a saúde ocupacional da CMC e nutricionista (gráfico 3).

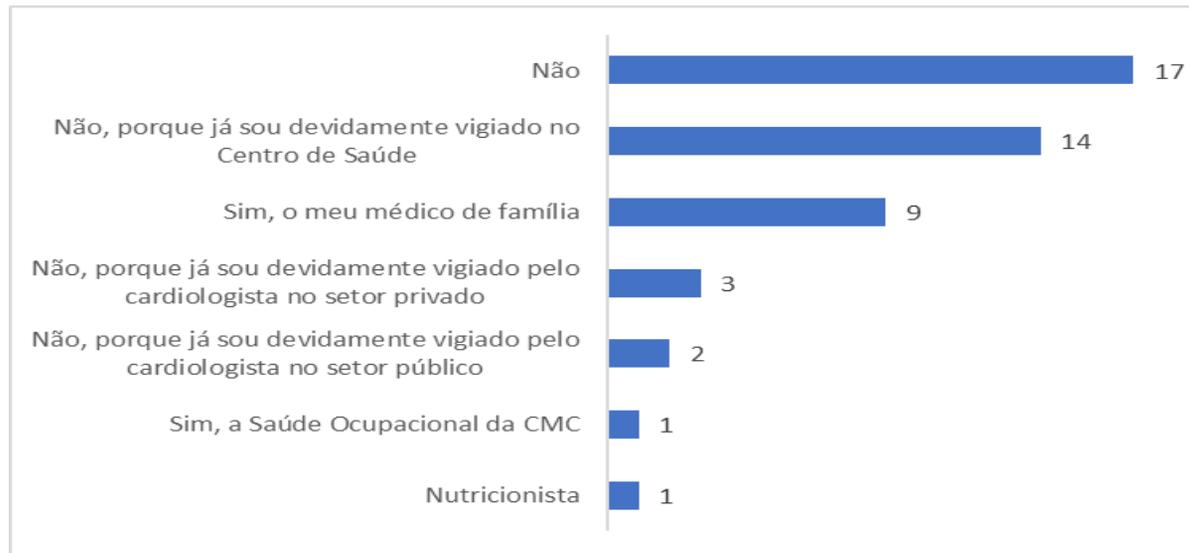
Dos 6 (13,6%) colaboradores fumadores que preencheram o inquérito de satisfação, 50% referem que era importante existir consulta de cessação tabágica na CMC. Dos 22 (50%) colaboradores que consideram ter peso a mais ou não ter uma alimentação correta, 91,0% refere que era importante existir consulta de nutrição na CMC. Dos 30 (68,2%) que consideram estar sob stress,

GRÁFICO 2 – Respostas à questão “O facto de ter participado nesta avaliação, alterou o seu estilo de vida?” (n)





**GRÁFICO 3** – Respostas à questão “Esta intervenção levou-o a procurar (ou ter vontade) de procurar os serviços de saúde?” (n)



83,3% refere que era importante existir consulta de psicologia na CMC, para ajudar na gestão do stress.

Estes dados foram transformados em relatório e entregues ao Serviço de Saúde Ocupacional da CMC, para que, em conjunto, se pudessem delinear estratégias de promoção da saúde dirigidas às necessidades e perfil de saúde dos colaboradores da CMC. Ao abrigo do projeto “Coimbra Unida pelo Coração”, foram enviados às respetivas Equipas da Unidades de Cuidados na Comunidade para que pudessem ser introduzidos no processo clínico dos utentes e possível convocatória por parte das Equipas de Saúde Familiares.

### Discussão

Através da análise dos dados do Perfil Local de Saúde 2021 do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego (ACeS BM), podemos verificar que os valores obtidos através das avaliações realizadas aos colaboradores da CMC, com exceção para a diabetes, são muito superiores aos do ACeS BM (DM - 5,9% VS 9,2%; HTA - 33,8% VS 25,8%; alteração do metabolismo dos lípidos - 49,5% VS 30,1%; Excesso de peso - 37,95 VS 20,1%; obesidade - 21,24% VS 14,3; Consumo de tabaco - 20,7% VS 9,8%) (Marques, 2021). Uma hipótese para esta divergência pode estar no facto desta avaliação abranger a população adulta ativa, que pouco frequenta os cuidados de saúde primários como forma de vigilância de saúde. Efetivamente, apenas 14 dos 44

colaboradores que responderam ao questionário de satisfação referem ser vigiados nos cuidados de saúde primários. Tal como referem Reis, Reis e Ferreira (2020), a baixa representatividade de faixas etárias mais jovens nos CSP pode ser enganadora, podendo existir um eventual subdiagnóstico.

O facto de 77,0% dos participantes com valores de Pressão Arterial compatíveis com HTA (I, II ou III) e 88,5% dos participantes com colesterolémia elevada não terem reportado o diagnóstico de HTA e alteração do metabolismo dos lípidos, respetivamente, é indicativo do subdiagnóstico destes dois fatores de risco tão importantes para a patologia cardiovascular.

Apesar da maioria dos colaboradores (66,3%) considerar ter um estilo de vida muito bom e excelente, cerca de 36,7% dos colaboradores avaliados têm pelo menos moderado risco cardiovascular. Efetivamente, 77% dos colaboradores que têm muito elevado risco cardiovascular consideram ter pelo menos bom estilo de vida. Estes dados obrigam-nos a refletir sobre a perceção do estado de saúde e literacia em saúde. Um estudo realizado por (Andrade et al., 2018), refere que existe uma grande proporção de baixa literacia em saúde sobre o AVC e o EAM em Portugal. Neste sentido, (Rodrigues, 2018) evidencia a importância da literacia em saúde na promoção da saúde e na prevenção da doença, sendo que baixa literacia em saúde é fator promotor da inadequação na utilização dos serviços

de saúde, maior dificuldade na comunicação com os profissionais de saúde, maior défice na compreensão da informação sobre a doença e o regime terapêutico proposto, assim como na promoção de hábitos de vida saudável e na adoção de medidas preventivas.

Durante a avaliação do RCV, com uma duração aproximadamente de 20 minutos, o colaborador da CMC foi sensibilizado sobre o seu RCV e os diferentes fatores de risco que deveriam ser modificadores para obter um menor RCV, melhorando assim a sua literacia em saúde cardiovascular.

A prática de exercício físico/sedentarismo também é um fator de risco importante de ser documentado, para uma maior vigilância e incentivo à adesão às recomendações da OMS (2020), assim como a avaliação da gestão do regime medicamentoso, onde é possível identificar compromisso com o regime medicamentoso, assim como desmistificar alguns mitos existentes sobre a medicação e incentivar ao seu cumprimento.

## Conclusões

Este estudo reforça a importância das sensibilizações comunitárias não só na identificação do risco cardiovascular de pessoas aparentemente saudáveis e sem doença cardiovascular conhecida, como recomenda a Sociedade Europeia de Cardiologia (Visseren et al., 2022), como também na promoção da literacia em saúde cardiovascular. Mas como chegar a uma população que não frequenta os CSP? Sensibilizações comunitárias com avaliação do RCV podem ser a resposta, contudo é fundamental uma correta articulação com os CSP, correndo o risco de serem identificadas as pessoas com elevado RCV que, se não forem incentivadas à procura de cuidados de saúde, continuam a ser doentes subdiagnosticados e não tratados.

O projeto Coimbra Unida pelo Coração, pela sua articulação com as Unidades de Cuidados na Comunidade, pode ser uma forma eficaz de avaliar e documentar o RCV dos indivíduos aparentemente saudáveis nos respetivos processos clínicos, assim como a avaliação da prática de exercício físico e a gestão do regime medicamentoso. Contudo, deve ser estabelecida uma melhor relação com as restantes Unidades Funcionais dos Cuidados de Saúde para referência dos cidadãos identificados. Tal facto foi identificado

por Ribeiro, Ferreira e Homem (2022), nas entrevistas telefónicas realizadas aos participantes (n=60) do projeto “Coimbra Unida pelo Coração 2016-2018”, em que verificaram que cerca de 90% dos casos não foram contactados pelas suas unidades de saúde familiares.

Este projeto revelou-se útil na identificação do RCV cidadãos dos colaboradores da CMC, e assim delinear um plano de intervenção para a promoção de estilo de vida em contexto laboral, centrado nas necessidades dos mesmos. Com a introdução dos dados obtidos e a sua introdução no processo clínico dos colaboradores, melhoramos a sua vigilância de saúde, assim como contribuímos para a melhoria dos indicadores estabelecidos para a prevenção das DCV.

No entanto, este estudo fomenta investigações futuras, nomeadamente avaliar o impacto deste tipo de sensibilização na vigilância nos CSP, assim como no controlo dos fatores de risco cardiovasculares a longo prazo.

## Bibliografia

- Andrade, N., Alves, E., Costa, A. R., Moura-Ferreira, P., Azevedo, A., & Lunet, N. (2018). Knowledge about cardiovascular disease in Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(8), 669–677. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.10.017>
- Conroy, R. et al. (2003). Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *European Heart Journal*, 24: 987-1003. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/24/11/987/427645>
- Direção Geral de Saúde (2011). Diagnóstico e classificação da Diabetes Mellitus (Norma 002/2011). Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022011-de-14012011-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2011). Hipertensão arterial: definição e classificação (Norma 020/2011). Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013-jpg.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2013). Avaliação antropométrica no adulto (Norma 017/2013). Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de->



[05122013-pdf.aspx](#)

Direção Geral de Saúde (2014). Processo assistencial integrado do risco vascular no adulto. ISBN: 978-972-675-212-7 (inf. nº 009/2014). Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/informacoes/informacao-n-0092014-de-29122014-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2015). Abordagem terapêutica das dislipidemias no adulto (Norma 019/2011). Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192011-de-28092011-png.aspx>

Direção Geral de Saúde (2015). Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE. Norma nº 005/2013 de 19/03/2013 atualizada 21/01/2015. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/avaliacao-dorisco-cardiovascular-score-systematic-coronary-risk-evaluation.pdf>

Ferreira, R.; Macedo, M. E. (2017). Programa Nacional para as Doenças Cerebro-Cardiovasculares. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-892489-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAA AAAAABAARYszItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAA>

Hageman, S., Pennells, L., Ojeda, F., Kaptoge, S., Kuulasmaa, K., de Vries, T., Xu, Z., Kee, F., Chung, R., Wood, A., McEvoy, J. W., Veronesi, G., Bolton, T., Achenbach, S., Aleksandrova, K., Amiano, P., Sebastian, D.-S., Amouyel, P., ... Di Angelantonio, E. (2021). SCORE2 risk prediction algorithms: New models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *European Heart Journal*, 42(25), 2439–2454. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab309>

Organização Mundial da Saúde (2020). Recomendações da OMS para atividade física e comportamento sedentário: Resumo [WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior: at a glance]. ISBN 978-65-00-15021-6

Malta M, Cardoso L, Bastos F, Magnanini M, Silva C. (2010). Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde*

*Pública* ;44(3):559–65.

Marques, R. (2021). Perfil Local de Saúde 2021 - ACES Baixo Mondego. Disponível em: [https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2023/02/PeLS2021\\_A25\\_BM.pdf](https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2023/02/PeLS2021_A25_BM.pdf)

Reis, M; Reis, J, Ferreira, S. (2020). Caracterização de hipertensos seguidos numa unidade de saúde familiar do distrito de Setúbal. *Revista portuguesa de hipertensão e risco cardiovascular*. Setembro- Outubro: 10-14. ISSN 1646-8287

Ribeiro, T.; Ferreira, P.; Homem, F. (2022). Coimbra unida pelo coração: efetividade de um projeto de sensibilização comunitária para a prevenção da doença cardiovascular. Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. ESEnFC, Coimbra.

Rodrigues, V. (2018). Literacia em saúde. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(8), 679–680. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.07.001>

Silva, A.; Brito, I.; Amado, J. (2011). Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em Estudantes do Ensino Superior. Instituto de Ciências da Saúde do Porto-Universidade Católica Portuguesa: Porto, 2011

Visseren, F. L. J., Mach, F., Smulders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., Bäck, M., Benetos, A., Biffi, A., Boavida, J.-M., Capodanno, D., Cosyns, B., Crawford, C., Davos, C. H., Desormais, I., Di Angelantonio, E., Franco, O. H., Halvorsen, S., Hobbs, F. D. R., Hollander, M., ... Williams, B. (2022). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Journal of Preventive Cardiology*, 29(1), 5–115. <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwab154>

Vries, T., Cooney, M., Selmer, R., Hageman, S., Pennells, L., Wood, A., Kaptoge, S., Xu, Z., Westerink, J., Rabanal, K., Tell, G., Meyer, H., Iglund, J., Ariansen, I., Matsushita, K., Blaha, M., Nambi, V., Peters, R., ... Graham, I. (2021). SCORE2-OP risk prediction algorithms: Estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions. *European Heart Journal*, 42(25), 2455–2467. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab312>