

Análise dos fatores de risco cardiovascular entre homens praticantes de atividade física não supervisionada

Analysis of cardiovascular risk factors among men practicing unsupervised physical activity

Análisis de los factores de riesgo cardiovascular entre los hombres que practican actividad física sin supervisión

Ieda Carla Candido^I; Guilherme Oliveira de Arruda^{II}; Adriana Gallego Martins^{III}; Sonia Silva Marcon^{IV}

RESUMO

Objetivos: estimar a prevalência de fatores de risco cardiovascular e determinar a associação desses fatores com variáveis sociodemográficas. **Método:** estudo transversal, realizado com 128 homens praticantes de atividade física não supervisionada, no noroeste do Estado do Paraná, em 2012. Os dados foram coletados em entrevistas estruturadas e analisados descritivamente e mediante teste de associação. Projeto de pesquisa aprovado em comitê de ética, com CAAE: 0326.0.093.000-11. **Resultados:** o fator de risco mais prevalente foi o sobrepeso/obesidade (71,9%), 97,7% apresentaram ao menos um fator de risco cardiovascular. Ter companhia representou maiores chances para excesso de peso, e o contrário associou-se ao hábito de fumar. Evidenciou-se associação entre menor nível de escolaridade e etilismo. Faixa etária, maiores níveis de renda e escolaridade associaram-se à hipertensão arterial. **Conclusão:** o sobrepeso/obesidade foi o fator mais prevalente, quase todos os homens apresentaram ao menos um fator de risco e verificou-se associação destes fatores com situação conjugal, escolaridade, faixa etária e renda. **Palavras-chave:** Doenças cardiovasculares; atividade física; saúde do homem; fatores de risco.

ABSTRACT

Objectives: to estimate the prevalence of cardiovascular risk factors and determine the association between these factors and socio-demographic variables. **Methods:** cross-sectional study of 128 men practicing unsupervised physical activity in northwest Paraná State, in 2012. Data were collected by structured interview and analyzed descriptively and by test of association. The project was approved by a research ethics committee (CAAE: 0326.0.093.000-11). **Results:** the most prevalent risk factor was overweight/obesity (71.9%). At least one cardiovascular risk factor was found in 97.7%. Having a female companion increased the likelihood of overweight, and the opposite situation was associated with smoking. Lower levels of education were found to associate with alcohol use. Age group, and higher income and education were associated with hypertension. **Conclusion:** overweight/obesity was most prevalent factor, almost all men displayed at least one risk factor and these factors were found to associate with marital status, education, age and income. **Keywords:** Cardiovascular diseases; motor activity; men's health; risk factors.

RESUMEN

Objetivos: estimar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y determinar la asociación de estos factores con las variables sociodemográficas. **Métodos:** estudio transversal, realizado junto a 128 hombres que practican actividades físicas sin supervisión, en el noroeste de Paraná, en 2012. Los datos han sido recolectados en entrevistas estructuradas y analizados de forma descriptiva y por test de asociación. Proyecto de investigación aprobado por comité de ética; CAAE: 0326.0.093.000-11. **Resultados:** el factor de riesgo más frecuente fue el sobrepeso/obesidad (71,9%). El 97,7% presentó al menos un factor de riesgo cardiovascular. Tener compañera representó mayores probabilidades de exceso de peso y el no tenerla se asoció con el tabaquismo. Se demostró una asociación entre los niveles de educación más bajos y el consumo de alcohol. Grupo de edad, niveles de ingreso más altos y educación se asocian con la hipertensión. **Conclusión:** el sobrepeso/obesidad fue el factor más frecuente, casi todos los hombres tenían al menos un factor de riesgo y se encontró una asociación de estos factores con el estado civil, la educación, la edad y los ingresos. **Palabras clave:** Enfermedades cardiovasculares; actividad motora; salud del hombre; factores de riesgo.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) implicam elevados custos sociais e econômicos. No Brasil elas abarcam aproximadamente 30% dos óbitos, sendo que 50% destes ocorrem em indivíduos adultos, sobretudo, entre aqueles com idade entre 30 e 69 anos, que se constitui em fase de intensa atividade produtiva nos

mais diversos sentidos¹. Cabe ainda salientar que as doenças cardiovasculares impactam de maneira significativa sobre o perfil de morbimortalidade, a esperança de vida ao nascer e a qualidade de vida da população masculina². Além disso, a prevalência de indivíduos insuficientemente ativos é menor entre os homens, o

^IProfessora de Educação Física. Mestre em Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Paraná. Unidade de Paranavaí. Paraná, Brasil. E-mail: iedacarlacandido@hotmail.com.

^{II}Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá, Pós-Graduação em Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: enfgoa@gmail.com.

^{III}Professora de Educação Física. Doutora em Ciências Biológicas. Universidade Estadual do Paraná. Paranavaí, Paraná, Brasil. E-mail: adrianagallegomartins@gmail.com.

^{IV}Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. Paraná, Brasil. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com.

que aponta maior frequência de atividade física para esta população, porém, sem avaliação e presença de acompanhamento³.

Diante do exposto, definiu-se como objetivos do presente estudo estimar a prevalência de fatores de risco cardiovascular e determinar a associação desses fatores com variáveis sociodemográficas entre homens praticantes de atividade física não supervisionada

REVISÃO DE LITERATURA

Dentre os fatores de risco existentes destacam-se os modificáveis, caracterizados por certos hábitos e condições, como o etilismo, o tabagismo, o sobrepeso ou obesidade, o sedentarismo e a hipertensão arterial, além dos fatores de risco não modificáveis como a idade (alterações estruturais e funcionais do sistema cardiovascular) e o histórico familiar de DCV (hereditariedade), que predis põem a ocorrência destas doenças e suas complicações⁴.

Neste contexto, a fim de servir como estratégia para a promoção da saúde e a prevenção das DCV, a atividade física regular, especialmente com supervisão profissional, emerge como forte aliada na redução de fatores de risco e consequente ocorrência de DCV, evitando-se internações e a mortalidade prematura⁵. Estudos reforçam que a atividade física atenua o desenvolvimento da obesidade pela elevação do gasto energético repercutindo sobre o desempenho cardiovascular, por meio principalmente do aumento da frequência cardíaca⁶.

Assim, a literatura aponta que o levantamento de informações sobre sintomas, comorbidades e fatores de risco cardiovascular possibilita a identificação de indivíduos com propensão a estas doenças, e pode subsidiar intervenções efetivas frente a estes casos⁷. A prática de atividade física por indivíduos propensos a riscos pode potencializar a ocorrência de eventos cardiovasculares agudos, tais como arritmias e isquemia miocárdica, fazendo-se necessária a avaliação inicial de saúde e o contínuo acompanhamento da prática do exercício físico⁸.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo observacional com delineamento transversal, desenvolvido junto a homens praticantes de atividade física não supervisionada em clube recreativo situado no Município de Paranavaí, localizado na região Noroeste do Estado do Paraná, com população de 81.595 habitantes e densidade demográfica de 67,88 h/km².

A população alvo da pesquisa foi constituída por 350 homens, frequentadores de um clube recreativo privado e participantes de um campeonato de futebol amador. Todos foram chamados por meio de um convite escrito entregue durante a competição e em palestras sobre promoção de saúde, realizadas no clube em datas previamente agendadas. Da população alvo, 128 homens aceitaram participar e atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser praticante de atividade física

não supervisionada por profissional de saúde e comparecer para o jogo programado pelo campeonato com antecedência suficiente para que os dados pudessem ser coletados antes.

Os dados foram coletados por meio do Inventário de Condições de Saúde, em local reservado nas dependências do clube de modo a respeitar a privacidade dos participantes, antes que iniciassem qualquer atividade física. A coleta de dados foi realizada entre os meses de junho a novembro de 2012. As variáveis sexo, cor da pele, situação conjugal, escolaridade, renda familiar e plano de saúde (dicotômicas) foram analisadas como variáveis independentes para cada fator de risco (variáveis resposta).

Para definição do Índice de Massa Corporal (IMC) foram verificados peso e estatura dos participantes da seguinte maneira: para as medidas de estatura, utilizou-se fita métrica previamente fixada em plataforma rígida e retilínea, e os indivíduos foram mensurados em posição ereta, com pés descalços e unidos sobre uma base uniforme, membros superiores estendidos ao longo do corpo e cabeça orientada no plano de *Frankfurt*. O peso corporal foi mensurado utilizando-se uma Balança *Sunbeam*, sendo que para a obtenção desses valores o avaliado também foi orientado a se manter descalço e com o mínimo de roupa possível. O IMC foi calculado dividindo-se o peso pelo quadrado da altura e classificado de acordo com os pontos de corte: eutrófico (entre 18,5 e 24,9 kg/m² até menos de 60 anos e entre 22 e 26,9 kg/m² a partir de 60 anos), sobrepeso (entre 25 e 29,9 kg/m² até menos de 60 anos e de 27 kg/m² ou maior a partir de 60 anos) e obesidade (igual ou superior a 30 kg/m²)⁹. Tendo em vista que nenhum dos participantes apresentou baixo peso. Assim, para fins de análise, a variável IMC foi categorizada de modo dicotômico, reagrupada em normal e sobrepeso/obesidade.

A pressão arterial (PA) foi aferida em triplicata, no membro superior direito apoiado à altura do coração com o indivíduo sentado após cinco minutos de repouso, com intervalo de um minuto entre elas, sendo considerada a média das duas últimas. Caso as pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas apresentassem diferença maior que 4 mmHg entre elas, foram realizadas novas medidas até que se obtivessem medidas com diferença inferior ou igual a 4 mmHg, utilizando-se a média das duas mais próximas como válida, de acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Foi considerada PA alterada ou elevada quando acima de 140 mm/Hg para PA sistólica e 90 mm/Hg para PA diastólica¹⁰. Os indivíduos que participaram deste estudo também foram questionados sobre o diagnóstico de hipertensão arterial, constituindo, portanto, um dado autorreferido, assim como os dados sobre histórico familiar de DCV, atividade física irregular, etilismo e tabagismo.

Os dados foram compilados no *software* Microsoft Excel 2010, com posterior migração para o IBM SPSS versão 20, no qual foram utilizadas as estatísticas descritiva e inferencial (teste de associação). A análise estatística para associações entre as variáveis estudadas foi realizada a partir da aplicação do teste de qui-quadrado, com correção de Yates quando necessário, e o *Odds Ratio* (OR) como medida de associação, apresentado com respectivo intervalo de confiança (95%). O nível de significância foi estabelecido quando $p < 0,05$.

Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Instituição signatária, seguindo os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinque, sob o parecer nº 0326.0.093.000-11. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias de igual teor.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No cenário científico brasileiro, percebe-se que estudos que investigaram a prevalência de fatores de risco para DCV, concentraram suas atenções principalmente nos grandes centros da Região Sudeste¹¹. Esforços têm sido empregados para que se conheça a distribuição da mortalidade e de fatores de risco na população de pequenos municípios da Região Sul¹².

Em relação às características socioeconômicas e demográficas, entre os 128 participantes do presente estudo, a média de idade foi de 49,5 anos, sendo que 9(7%) deles tinham idade entre 26 e 35 anos, 27(21,1%) entre 36 e 45 anos, 60(46,9%) entre 46 e 55 anos e 32(25,0%) indivíduos entre 56 e 66 anos de idade.

A maioria, ou seja, 96(75%) indivíduos se autodeclararam de cor branca, 104(81,3%) possuíam companheira, 69(53,9%) cursaram o ensino médio completo, 73(57%) com plano de saúde e 76(59,4%) com remuneração máxima de quatro salários mínimos.

No que diz respeito às características sociodemográficas dos indivíduos estudados, não se obteve comparação com estudos similares uma vez que os participantes da presente pesquisa representam um contexto muito específico e pouco estudado, qual seja, o de homens praticantes de atividade física não supervisionada, o que constitui diferencial do estudo. Entretanto, em pesquisa sobre fatores de risco para DCV, realizado com homens no Município de Juiz Fora, verificou-se semelhança em relação a algumas características como a maior frequência de homens brancos, com idade por volta dos 50 anos, com companheira e com escolaridade até o ensino médio¹³.

Observou-se que 92(71,9%) homens tiveram IMC classificado em sobrepeso/obesidade, sendo que este fator de risco para doenças cardiovasculares foi identificado como o mais frequente no presente estudo. No momento da entrevista, 42(32,8%) apresentaram pressão arterial alterada. Em relação aos fatores autorrefe-

ridos, observou-se por ordem de frequência: 78(60,9%) homens referiram histórico familiar de DCV, 62(48,4%) atividade física irregular, 18(14%) hipertensão arterial, 26(20,3%) etilismo e 12(9,4%) tabagismo.

No presente estudo, o sobrepeso/obesidade foi o fator de risco mais prevalente, supostamente por dois motivos, conforme já evidenciado na literatura: primeiramente, porque indivíduos adultos geralmente buscam a prática de atividade física justamente quando apresentam problemas decorrentes do sobrepeso ou da obesidade¹⁴; em segundo, porque com o avançar da idade, os hábitos alimentares, a prática insuficiente de atividade física, os fatores genéticos e metabólicos podem dificultar consideravelmente o controle do peso corporal¹⁵.

Vale ressaltar que a prevalência de sobrepeso tem aumentado nos últimos 35 anos, especialmente entre os homens, passando de 18,5% em 1974 para 50,1% em 2009; o mesmo acontece com a obesidade que passou de 2,8% para 12,4%; tais índices são, de forma significativa, maiores entre os homens do que entre as mulheres¹⁶. Em estudo realizado na Suíça, junto a 18.156 adultos, verificou-se maior ocorrência de excesso de peso entre os homens, quando comparados às mulheres, no entanto, foram elas que se mostraram mais insatisfeitas com tal condição, o que sugere maior preocupação feminina em relação ao cuidado com a saúde¹⁷.

Evidenciou-se que 125(97,7%) homens apresentaram ao menos um fator de risco, uma vez que, 50(39,06%) destes referiram dois fatores de risco, seguida de 41(32,03%) que demonstraram três fatores, 23(18%) um fator e 10(7,8%) quatro fatores de risco para DCV.

A quase totalidade dos participantes apresenta pelo menos um fator de risco, o que se configura um achado preocupante, sobretudo, porque 36(28,1%) deles possuem 45 anos ou menos, teoricamente uma faixa etária mais protegida quanto a ocorrência de doenças e eventos cardiovasculares¹⁸. Estudo realizado junto a homens com idade entre 20 e 49 anos, portanto, adultos jovens, também encontrou alta prevalência de pelo menos um fator de risco entre os participantes¹³. Entre idosos praticantes de atividade física não supervisionada, evidenciou-se em São Paulo o predomínio de 70% de pelo menos um fator de risco, reforçando assim a necessidade de atenção principalmente a indivíduos adultos¹⁶.

No que se refere aos achados do presente estudo, mostra-se relevante também o fato de que grande parte dos homens apresentou entre dois - 51(39,8%) - e três - 40(32%) fatores de risco. No Município de Pelotas, evidenciou-se que a prevalência de até dois fatores de risco foi maior entre as mulheres, já em relação ao acúmulo de três ou mais fatores, os homens se sobressaíram¹⁹. Vale ressaltar que o estudo realizado em Pelotas considerou também o consumo habitual de gordura aparente e de embutidos como fatores de risco.

Tais achados reforçam que muitos homens, praticantes de atividade física, podem apresentar algum fator

de risco e isto associado à prática de exercício sem devido acompanhamento, pode predizer problemas à saúde cardiovascular masculina, o que requer especial atenção profissional, sobretudo, por meio de ações sistematizadas de promoção da saúde e de assistência particularizada.

Foi possível identificar como os homens participantes deste estudo se apresentaram em relação a sobrepeso/obesidade e sedentarismo. Verificou-se diferença significativa na distribuição da população quanto à situação conjugal, sendo que a frequência de homens com sobrepeso/obesidade e que não tinham companheira foi significativamente menor do que entre os homens que tinham companheira, com OR de 0,2, o que indica uma razão de chance sugestiva de proteção contra sobrepeso/obesidade para aqueles homens sem companheira, isto é, menor chance de ocorrência do excesso de peso entre estes homens, conforme mostra a Tabela 1.

Nesta linha, o conhecimento sobre as características destes homens e os contextos em que vivem pode reforçar a tomada de medidas eficazes, direcionadas conforme o perfil de cada indivíduo. Mais especificamente, no que tange a homens com sobrepeso/obesidade, o fato de possuir companheira pode ser determinante na ocorrência deste fator. Mesmo não havendo consenso na literatura, estudo revela a existência de diferenças significativas entre os estados conjugais no que diz respeito ao excesso de peso, em que a prevalência deste evento é menor em indivíduos solteiros²⁰.

A situação conjugal apresentou-se como variável significativa no tocante ao tabagismo, ou seja, o fato de não possuir companheira incrementou as chances para o uso de tabaco em cerca de cinco vezes (OR=5,4). Ao passo que a escolaridade até o ensino médio completo,

mostrou-se relevante como fator associado (OR=3,6) à ocorrência de etilismo entre estes homens, sendo quase que o triplo da prevalência observada em homens com ensino superior ou pós-graduação, de acordo com resultados evidenciados na Tabela 2.

No que se refere ao consumo de bebidas alcólicas, a literatura ainda se mostra contraditória nos diversos segmentos sociais. No entanto, salienta-se que existe uma tendência à afirmação de que o maior consumo de álcool ocorre nos extratos sociais de menor renda e grau de escolaridade²¹. Entre os homens usuários de bebidas alcólicas, a associação com o menor grau de escolaridade é relatada na literatura: pesquisa realizada na Região Metropolitana de São Paulo constatou que, 42,6% dos indivíduos que não completaram o ensino médio tiveram um episódio de embriaguez no último ano, sendo que a maioria significativa foi de homens²².

Quanto ao uso do tabaco, enquanto hábito fortemente atrelado à figura masculina, ressalta-se na literatura importante associação entre o aumento da renda e a diminuição da prevalência de tabagismo entre os homens²³. Contudo, o presente estudo, mostrou que a situação conjugal tem importante associação com o hábito de fumar, sendo que a ausência de uma companheira pode ser determinante para o desenvolvimento ou manutenção deste hábito.

Neste contexto, há que se destacar a importância de aspectos que vão além do que foi evidenciado neste estudo, qual seja o bem-estar subjetivo e o entorno familiar que perpassam a vida do indivíduo²⁴. Dessa forma, trabalha-se com a hipótese de que quando na presença de uma companheira, sobretudo se esta não fizer uso de cigarro, o homem pode ser influenciado positivamente,

TABELA 1: Obesidade/sobrepeso e atividade física irregular em homens segundo características sociodemográficas. Paranaíba, Paraná, 2012.

Características sociodemográficas	Sobrepeso/obesidade (n=92)			Atividade Física Irregular (n=62)		
	f (%)	p	OR(IC95%)	f (%)	p	OR (IC95%)
Idade						
≤ 45	25 (69,4%)	0,702	1,2 (0,51-2,74)	18 (50%)	0,825	0,9 (0,42-1,98)
>45	67 (72,8)			44 (47,8%)		
Cor da Pele						
Branca	72 (74,2%)	0,295	0,6 (0,27-1,49)	49 (50,5%)	0,405	0,7 (0,31-1,60)
Não branca	20 (64,5%)			13 (41,9%)		
Situação Conjugal						
Com companheira	81 (77,9%)	0,002	0,2 (0,10-0,58)	54 (51,9%)	0,100	0,5 (0,18-1,16)
Sem companheira	11 (45,8%)			8 (33,3%)		
Escolaridade						
Até ensino médio completo	50 (72,5%)	0,873	1,1 (0,49-2,31)	32 (46,4%)	0,614	0,8 (0,42-1,68)
Superior/pós-graduação	42 (71,2%)			30 (50,8%)		
Plano de Saúde						
Sim	57 (78,1%)	0,072	0,5 (0,23-1,07)	35 (47,9%)	0,898	1,0 (0,52-2,11)
Não	35 (63,6%)			27 (49,1%)		
Renda Familiar						
Até 4 salários mínimos	40 (76,9%)	0,0303	1,5 (0,69-3,44)	24 (46,2%)	0,660	0,9 (0,42-1,74)
Mais de 4 salários mínimos	52 (68,4%)			38 (50,0%)		

de modo a não criar este hábito ou a abandoná-lo, em prol da própria saúde e do conforto das pessoas que convivem com ele, principalmente porque a mulher exerce importante papel no cuidado ao homem²⁵.

No que se refere à hipertensão arterial constatou-se que ter idade maior que 45 anos aumentou em oito

vezes a chance dos homens apresentarem hipertensão arterial. Observou-se também que os homens que estudaram até o ensino médio e que possuíam renda de até quatro salários mínimos mostraram-se menos suscetíveis à doença hipertensiva, conforme mostra a Tabela 3.

TABELA 2: Etilismo e tabagismo em homens praticantes de atividade física não supervisionada, segundo características sociodemográficas, Paranavaí, Paraná, 2012.

Características sociodemográficas	Etilismo (n=26)			Tabagismo (n=12)		
	f (%)	p	OR (IC95%)	f (%)	p	OR (IC95%)
Idade						
≤ 45	10 (27,8)	0,189	0,5 (0,22-1,35)	3 (8,3)	0,801 ^(*)	1,2 (0,30-4,68)
>45	16 (17,4)			9 (9,8)		
Cor da Pele						
Branca	17 (17,5)	0,166	1,9 (0,76-4,86)	8 (8,2)	0,439 ^(*)	1,6 (0,47-5,84)
Não branca	9 (29)			4 (12,9)		
Situação Conjugal						
Com companheira	20 (19,2)	0,527	1,4 (0,49-3,97)	6 (5,8)	0,004	5,4 (1,74-17,0)
Sem companheira	6 (25,0)			6 (25)		
Escolaridade						
Até ensino médio completo	20 (29,0)	0,008	3,6 (1,39-9,35)	9 (13,0)	0,124 ^(*)	2,8 (0,76-10,4)
Superior/pós-graduação	6 (10,2)			3 (5,1)		
Plano de Saúde						
Sim	16 (21,9)	0,603	0,8 (0,33-1,91)	4 (5,5)	0,082 ^(*)	2,9 (0,87-9,87)
Não	10 (18,2)			8 (14,5)		
Renda Familiar						
Até 4 salários mínimos	14 (26,9)	0,124	2,0 (0,83-4,65)	6 (11,5)	0,487	1,5 (0,47-4,98)
Mais de 4 salários mínimos	12 (15,8)			6 (7,9)		

^(*)Teste de qui-quadrado com correção de Yates.

TABELA 3: Hipertensão arterial em homens praticantes de atividade física não supervisionada, segundo características sociodemográficas. Paranavaí, Paraná, 2012 (N=128).

Características sociodemográficas	Hipertensão Arterial Autorreferida			
	Sim f (%)	Não f (%)	p	OR (IC95%)
Idade				
≤ 45	1 (2,8)	35 (97,2)	0,044 ^(*)	7,9 (1,36-46,43)
>45	17 (18,5)	75 (81,5)		
Cor da Pele				
Branca	14 (14,4)	83 (85,6)	0,933 ^(*)	0,9 (0,27-2,89)
Não branca	4 (12,9)	27 (87,1)		
Situação Conjugal				
Com companheira	15 (14,4)	89 (85,6)	0,935 ^(*)	0,8 (0,22-3,19)
Sem companheira	3 (12,5)	21 (87,5)		
Escolaridade				
Até ensino médio completo	4 (5,8)	6 (94,2)	0,008 ^(*)	0,2 (0,07-0,59)
Superior/pós-graduação	14 (23,7)	45 (76,3)		
Plano de Saúde				
Sim	13 (17,8)	60 (82,2)	0,161	0,5 (0,16-1,36)
Não	5 (9,1)	50 (90,9)		
Renda Familiar				
Até 4 salários mínimos	2 (3,8)	50 (96,2)	0,012 ^(*)	0,2 (0,09-0,67)
Mais de 4 salários mínimos	16 (21,1)	60 (78,9)		

^(*)Teste de qui-quadrado com correção de Yates.

Sobre a hipertensão arterial, a prevalência encontrada no presente estudo foi inferior às identificadas em outros estudos: 24% em homens de 20 a 49 anos em Juiz de Fora¹³ e 42,4% entre adultos de 100 municípios brasileiros²⁶. No entanto, em estudo realizado em Goiânia, verificou-se menor prevalência de hipertensão entre indivíduos do sexo masculino praticantes de atividade física, mas ressalta-se que esta constatação deve ser interpretada com cautela, uma vez que não se pode afastar a possibilidade de causalidade reversa em estudos transversais²⁷.

O aumento na prevalência de hipertensão arterial na população masculina, principalmente após os 45 anos, exige manejo adequado dos fatores de risco modificáveis para a própria hipertensão e para as outras DCV, com adoção imediata de medidas preventivas, representando importante investimento no campo da saúde pública²⁸. Estudo realizado com homens de 18 a 49 anos, constatou que o nível de conhecimento refletiu em melhora significativa sobre a Hipertensão Arterial, reforçando a importância da prevenção e da adoção de comportamentos saudáveis, inclusive da prática de atividade física regular²⁹.

A associação entre hipertensão arterial e maiores níveis de renda e escolaridade evidenciada no estudo, no sentido de proteção, não encontra apoio na literatura, uma vez que comumente se verifica a associação com menores níveis destas variáveis²⁸. Sugere-se que os homens com maior renda e escolaridade buscam na atividade física, mesmo que sem supervisão, uma opção de controle da doença e de consequente melhora da qualidade de vida. O presente estudo também encontrou elevada prevalência de histórico familiar para DCV, o qual deve ser considerado ao se avaliar o nível de risco e a aptidão para prática de atividade física.

Em termos mais amplos, a epidemia das DCV apresenta características que se diferenciam entre os sexos: sobrevida maior entre as mulheres, mortalidade masculina maior em praticamente todas as faixas etárias, maior preocupação com a saúde e políticas específicas consolidadas que atendem à saúde da mulher. Neste sentido, a Sociedade Brasileira de Cardiologia colaborou para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no Brasil, indicando a necessidade de priorizar abordagens adequadas aos fatores de risco para DCV³⁰.

Desta forma e com base nos resultados apresentados e discutidos, medidas não farmacológicas devem ser implementadas com vistas à diminuição da prevalência dos fatores de risco para as DCV, sobretudo, porque se evidenciou importante prevalência destes entre homens praticantes de atividade física sem devida supervisão. Estudo que comparou as intervenções com e sem supervisão, constatou que um programa supervisionado de treinamento combinado (aeróbico e resistido), levou a melhoras substanciais dos parâmetros de saúde cardiovascular, revelando a eficácia desta modalidade³¹. Constata-se também na literatura que

programas supervisionados estão associados a maior nível de atividade física, comparados com programas não supervisionados³².

A inclinação a um padrão de vida irregular interfere substancialmente sobre o risco de desenvolvimento das DCV, o que requer mudanças e monitoramento das novas medidas³³. Neste sentido, atividades em grupo de educação em saúde auxiliam na manutenção de práticas saudáveis e incentivam a superação de possíveis dificuldades que seus membros tenham em modificar seu estilo de vida³⁴.

Há que se salientar a relevância de um programa de exercícios físicos, elaborado e supervisionado por profissional competente, instalado após avaliação de saúde e de aptidão física, com base nos fatores de risco pré-existent e predisposição para realização da atividade física. O incentivo à atividade física supervisionada, sobremaneira, para homens em diferentes modalidades de exercício, pode ser determinante no combate aos fatores de risco para as DCV e suas graves consequências. O enfermeiro, em especial quando atuante no âmbito da atenção básica, pode desenvolver o acompanhamento ao homem que pratica atividade física e reforçar orientações acerca da prevenção dos fatores de risco. Para tanto, trazer a saúde do homem diretamente para a formação do enfermeiro, abordando aspectos de gênero e ampliando a discussão acerca da promoção e da prevenção na saúde desta população, pode contribuir consideravelmente para o preparo deste profissional no acompanhamento de homens que praticam atividade física³⁵.

Os resultados encontrados neste estudo indicam ser fundamental a preocupação por parte dos gestores e profissionais de saúde quanto à necessidade de redução dos fatores de risco para as DCV entre os homens adultos. Aponta-se o programa supervisionado de atividade física como opção a ser implementada junto aos homens, dentre as demais estratégias de promoção e prevenção desenvolvidas pelo sistema público de saúde no município.

CONCLUSÃO

Considera-se que os objetivos do presente estudo foram alcançados. A grande maioria dos indivíduos apresenta ao menos um fator de risco para as DCV, sobretudo, aqueles modificáveis. No que tange à modificação de hábitos, a atividade física regular e supervisionada pode se converter em benefícios consideráveis para estes homens, como a redução da prevalência de sobrepeso/obesidade e a minimização dos riscos para eventos cardiovasculares agudos.

Os achados do presente estudo reforçam a necessidade de práticas educativas e atenção longitudinal junto à população masculina, com enfoque na redução do risco cardiovascular. Para tanto, conforme suscita o estudo, há que se atentar para as características socio-demográficas que estão associadas a cada fator de risco como a idade, a situação conjugal e a escolaridade, de

modo a direcionar as ações. Tais achados podem subsidiar a realização de estudos que objetivem a avaliação de intervenções junto a populações distintas.

Este estudo apresentou limitações metodológicas, tais como o reduzido tamanho amostral, a seleção não probabilística dos participantes, o risco de causalidade reversa inerente a estudos transversais e o fato de se tratar de estudo unicêntrico e restrito a apenas um grupo de praticantes de atividade física não supervisionada.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Indicadores de mortalidade. Brasil: Ministério da Saúde; 2006. [citado em 12 fev 2016]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ldb=2006/c04>.
2. Abreu DMX, César CC, França EB. Diferenciais entre homens e mulheres na mortalidade evitável no Brasil (1983-2005). *Cad Saúde Pública [SciELO-Scientific Electronic Library Online]* 2009 [citado em 05 Mar 2016] 25(12):2672-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001200014
3. Costa LC; Thuler LC. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. *Rev Bras Estud Pop.* 2012;29(1):133-45.
4. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Neto OLM, Silva Júnior JB. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. *Epid Serv Saúde.* 2006;15(1):47-64.
5. Patterson CM, Dunn-meynell AA, Levin BE. Three weeks of early-onset exercise prolongs obesity resistance in DIO rats after exercise cessation. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.* 2008; 294(2):290-301.
6. Mazini Filho ML, Rodrigues BM, Aidar FJ, Reis VM, Polito MD, Venturini GP, et al. Influência dos exercícios aeróbio e resistido sobre perfil hemodinâmico e lipídico em idosas hipertensas. *Rev Bras Cienc Mov.* 2011;19(4):15-22.
7. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet,* 2011; 377.
8. Luz LGO, Maranhão Neto GA, Farinatti PTV. Validade do questionário de prontidão para a atividade física (par-q) em idosos. *Rev Bras Cineantropom Desemp Hum.* 2007;9(4):366-71.
9. National Institutes of Health. The practical guide identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute and North American Association for the study of Obesity; 2000.
10. Sociedade Brasileira De Cardiologia/Sociedade Brasileira De Hipertensão/Sociedade Brasileira De Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras De Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2006; 95:1-50.
11. Bloch KV, Rodrigues CS, Fiszman R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial: uma revisão crítica da literatura brasileira. *Rev Bras Hipert.* 2006; 13(2): 134-43.
12. Medeiros CRG, Meneghel SN, Gerhardt TE. Desigualdades na mortalidade por doenças cardiovasculares em pequenos municípios. *Ciênc saúde coletiva.* 2012;17(11):2953-62.
13. Eyken EBBD`OV, Moraes CL. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudoeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(1):111-23.
14. Fermino RC, Pezzini MR, Reis RS. Motivos para prática de atividade física e imagem corporal em frequentadores de academia. *Rev Bras Med Esporte.* 2010;16(1):18-23.
15. Iser BPM, Claro RM, Moura EC, Malta DC, Neto OLM. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis obtidos por inquérito telefônico – VIGITEL. Brasil - 2009. *Rev Bras Epidemiol.* 2011;14(1):90-102.
16. Mendonça TT, Ito RE, Bartholomeu T, Tinucci T, Forjaz CLM. Risco cardiovascular, aptidão física e prática de atividade física de idosos de um parque de São Paulo. *Rev Bras Ciênc Mov.* 2004;12(2):19-24.
17. Forrester-Knauss C, Stutz EZ. Gender differences in disordered eating and weight dissatisfaction in Swiss adults: Which factors matter? *BMC Public Health.* 2012;12:809.
18. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Campos de Jordão (SP); 2011.
19. Muniz LC, Schneider BC, Silva ICM, Matijasevich A, Santos IS. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. *Rev Saude Publica.* 2012;46(3):534-42.
20. Eloi D, Aurélie F, Yolande E. Cardiovascular diseases and psychosocial factors at work. *Archiv Cardiovasc Disease.* 2012;105(1):33-9.
21. Iser BPM, Yokota RTC, Sá NNB, Moura L, Malta DC. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais do Brasil – principais resultados do Vigitel 2010. *Ciênc saúde coletiva.* 2012;17(9):2343-56.
22. Cavariani MB, Oliveira JB, Kerr-Correa F, Lima MCP. Expectativas positivas com o uso de álcool e o beber se embriagando: diferenças de gênero em estudo do Projeto GENACIS, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública,* 2012; 28(7):1394-404.
23. Dias-Damé JL, Cesar JA, Silva SM. Tendência temporal de tabagismo em população urbana: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(11):2166-74.
24. Abreu MNS, Souza CF, Caiaffa WT. Tabagismo entre adolescentes e adultos jovens de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: influência do entorno familiar e grupo social. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(5):935-43.
25. Gutierrez DMD, Minayo MCS, Oliveira KNLC. Homens e cuidados de saúde em famílias empobrecidas na Amazônia. *Saúde Soc.* 2012; 21(4):871-3.
26. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Siqueira FV, Silveira DS, Thumé E, et al. Promotion, prevention and arterial hypertension care in Brazil. *Rev Saude Publica.* 2012;46(3):543-50.
27. Cunha IC, Peixoto MRG, Jardim PCBV, Alexandre VP. Factors associated with physical activity in Goiania's adult population: surveillance through telephone interviews. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(3):495-504.
28. Cipullo JP; Martin JFV; Ciorlia LAS; Godoy MRP; Cação JC, Loureiro AAC, et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 94(4): 519-26.
29. Leite DF, Ferreira IMG, Souza MS, Nunes VS, Castro PR. A influência de um programa de educação na saúde do homem. *Mundo Saúde.* 2010;34(1):50-6.
30. Chagas ACP, Zilli EC, Ferreira JFM, Moretti MA, Ramos RF. Saúde cardiovascular do homem brasileiro – visão da sociedade brasileira de cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93(6):584-7
31. Stefanov T, Vekova A, Bonova I, Tzvetkov S, Kurktschiev D, Bluhner M, et al. Effects of supervised vs non-supervised combined aerobic and resistance exercise programme on cardiometabolic risk factors. *Cent Eur J Public Health.* 2013;21(1):8-16.
32. Gobbi S, Menezes E, Tanaka K. Programas supervisionados de atividades físicas estão associados a maior nível de atividade física comparados com não supervisionados. *Rev Bras Ativ Fis Saúde.* 2007;12(1):3-7.
33. Han Y, Han M, Lee S, Sarkar AMJ, Lee YK. A framework for supervising lifestyle diseases using long-term activity monitoring. *Sensors.* 2012;12(5):5363-79.
34. Soares LC, Santana MG, Thofehm MB, Dias DG. Educação em saúde na modalidade grupal: relato de experiência. *Ciênc Cuid Saúde.* 2009;8(1):118-23.
35. Ribeiro DB, Terra MG, Lacchini AJB, Camponogara S, Beuter M, Silva CT. Saúde dos homens: abordagem na formação dos enfermeiros. *Rev enferm UERJ.* 2014;22(4):540-5.