

# Trabalho e hipertensão arterial. A responsabilidade social das empresas: problemas, oportunidades e possíveis estratégias de intervenção.

Nelson Robson Mendes de Souza\* e Nelson Albuquerque de Souza e Silva\*\*

\*Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, Setor Pesquisa Clínica, da Faculdade de Medicina da UFRJ.

\*\*Professor Titular de Cardiologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ.

## Introdução

Quando se discute o problema da Hipertensão Arterial, mesmo quando abordado sobre o aspecto de saúde pública ou sobre o aspecto de causalidade, enfocando os fatores de risco ambientais para a elevação da pressão arterial, pouco se menciona o trabalho ou o emprego como aspectos significantes a serem discutidos. No entanto, podemos mencionar alguns dados resumidos na tabela I para atestar a importância desse problema.

Entre 1980 e 1986, foram concedidas, em média, 103.785 novas aposentadorias por doença por ano<sup>1</sup>. Nos anos de 1999, 2000 e 2001 essa média anual havia se elevado para 151.893 novas aposentadorias por invalidez do total de 652.328 aposentadorias concedidas em média, nestes 3 anos. Portanto, as aposentadorias por invalidez representaram 23,3% do total de aposentadorias<sup>2</sup>. Das aposentadorias por invalidez destes últimos 3 anos, 71% foram para pacientes entre os 30 e 59 anos de idade, ou seja, em plena atividade produtiva. Vinte e nove por cento das aposentadorias por doença são concedidas com o diagnóstico de Doenças do Aparelho Circulatório e 18,1% têm como causa da aposentadoria o diagnóstico de Hipertensão Arterial, a qual representa a principal causa de aposentadoria por doença. Se considerarmos que cada novo aposentado recebe o valor atual do salário mínimo de 53,3 dólares, os gastos anuais com estas novas aposentadorias por Hipertensão Arterial representariam 19.049.645 dólares ou R\$ 71.436.170,00 (setenta e um milhões, quatrocentos e trinta e seis mil, cento e setenta reais). Esses gastos devem estar sendo adicionados anualmente à folha de pagamento dos aposentados por doença e, cumulativamente, representam um valor bastante significativo. Acrescente-se a estes gastos os relativos ao auxílio doença que nos mesmos anos de 1999-2001 representaram uma média anual de 738.056 auxílios doença. As Doenças do Aparelho Circulatório são responsáveis por 8,1% deste total. A Hipertensão Arterial representa 71% dos casos deste grupo de doenças, com um tempo médio de duração dos benefícios com este diagnóstico de 252 dias. Se considerarmos novamente que esses pacientes recebem em média um salário mínimo atual, teríamos um gasto adicional de 19.003.744 de dólares ou R\$ 71.264.041,00 por ano.

Hipertensão arterial, emprego e aposentadoria:

A HAS no Brasil, e em outros países, tem sido utilizada como marcador de população de risco para eventos cardiovasculares. Influencia, assim, a não admissão de candidatos quando da seleção para o trabalho. No outro extremo da vida produtiva, a presença de hipertensão arterial incentiva ou provoca aposentadorias precoces<sup>3</sup>. Isto ocorre por ser a HAS um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares: AVE, doença cardíaca isquêmica, insuficiência cardíaca, insuficiência renal<sup>4</sup>. A HAS, como vimos acima, é a maior causa de aposentadoria precoce por doenças (invalidez permanente) com a conseqüente perda de anos de vida produtiva e a terceira causa de invalidez temporária<sup>5,6,7</sup>, principalmente quando associada ao diabetes mellitus. É também

**Tabela 1****Aposentadorias por doenças e auxílio doença no Brasil em dois períodos de tempo**

	Média anual 1980-1986 (n)	Média anual 1999-2001 (n)
Total de aposentadorias		652.328
Aposentadorias por doenças	103.785	151.893
Aposentadorias por doenças do ap. circulatório	29.903	
Aposentadorias por hipertensão arterial	18.876	
Total de auxílio doença	728.863	738.056
Auxílio doença por doenças do ap. circulatório	59.003	
Auxílio doença por hipertensão arterial	42.151	

um dos principais motivos de absenteísmo ao trabalho. Este problema ocasiona uma situação complexa na relação de trabalho. Por um lado o empregador desconhece a importância para a sua empresa, da preservação da saúde de seu empregado e, em geral, não assume uma postura humanista. Não valoriza o trabalhador e não o auxilia a controlar a doença, mantendo o emprego e facilitando o tratamento de seu empregado. Por outro lado o trabalhador também desconhece as conseqüências da HA não tratada e utiliza a sua doença para ganhos indiretos. Suspende o tratamento para que a elevação da pressão arterial lhe proporcione justificativa para o absenteísmo ao trabalho e licenças repetidas até a aposentadoria definitiva. Isto lhe proporciona uma renda fixa da aposentadoria a ser complementada com outro trabalho informal. No entanto, esta conduta ocasiona um controle inadequado da HA e as conseqüências malélicas para a saúde do próprio trabalhador. A facilidade para manipular o nível da pressão arterial (por exemplo, ao não usar a medicação anti-hipertensiva), a aferição da pressão no momento de uma simulação de mal-estar no intuito de ganhos secundários e a dificuldade de afastar uma causa de mal-estar real, a não ser após exame clínico detalhado, acaba por condenar ao desemprego pessoas potencialmente produtivas e com uma doença de tratamento comprovadamente bem definido e eficaz.

A eliminação de candidatos a emprego por apresentarem HA é feita, seja por pressão indireta do empregador, reforçando a restrição aos médicos examinadores, seja por determinação direta, expressa até mesmo no próprio edital de concurso. Como exemplo desta atitude injustificável, mencionamos o edital do Ministério de Justiça para contratação de policiais federais. Neste edital, a hipertensão arterial, mesmo em tratamento, era uma condição de afastamento do concurso<sup>8</sup>. Esta determinação, vinda de um órgão público ministerial enfatiza a gravidade do problema, o desconhecimento científico, o descaso das autoridades governamentais para os trabalhadores e a falta de uma atitude humanística ou de respeito e cuidado para com o cidadão. Além de anti-éticas e perversas socialmente, tais medidas não guardam respaldo científico sobre eficiência no controle do problema e no impacto sobre a economia do país e, em última instância, sobre a própria empresa que pode estar eliminando desnecessariamente um trabalhador qualificado e útil para a sociedade.

Em pesquisa recente, por nós realizada em uma população de motoristas de ônibus, apesar da seleção de admissão e estímulo à aposentadoria para aqueles com nível pressórico elevado, encontramos que a prevalência de todos os fatores de risco cardiovascular era elevada, incluindo a HAS. A população apresentava alto risco para eventos cardiovasculares: 36% da população apresentavam três ou mais fatores de risco para doença cardiovascular associados<sup>9,10,11</sup>.

### O ambiente de trabalho como fator de risco

O fator mais importante para o surgimento dos fatores de risco cardiovascular, entre esses a HAS, pode estar no próprio ambiente de trabalho. A solução para o controle dos fatores de risco pode também estar neste ambiente.

Discute-se, há algum tempo, a ligação de algumas profissões com fatores de risco cardiovascular e mesmo com a própria doença cardiovascular, independente dos fatores de risco conhecidos<sup>12,13,14,15,16</sup>. O fator de risco mais associado com a ocupação é a HAS. As possíveis explicações para esta associação são variadas: estresse psicossocial, hábitos e comportamentos criados ou estimulados no ambiente de trabalho, nível socioeconômico<sup>17-24</sup>. Renda, nível educacional, sistema de organização social dos trabalhadores são fatores que sabidamente estão relacionados entre si e têm forte influência sobre a doença cardiovascular e os seus fatores de risco, principalmente a HAS. A exposição a substâncias e/ou a processos de trabalho nocivos à saúde também teriam papel de

importância para esse processo.

Mais recentemente, alguns autores têm sugerido que o trabalho e o meio ambiente em que vivem estes trabalhadores e suas famílias poderiam explicar parte da associação entre nível socioeconômico e doença cardiovascular e seus fatores de risco<sup>25</sup>. Outro mecanismo seria as migrações causadas pela busca de emprego e o impacto da mesma sobre o indivíduo<sup>26</sup> ao retirá-lo de seu ambiente de vida para enfrentar um ambiente por vezes totalmente diverso e muitas vezes adverso.

Trabalhos recentes têm sugerido a possibilidade de que a má nutrição materna poderia determinar aumento de vários fatores de risco: obesidade, HAS, diabetes, aos seus descendentes quando atingissem a vida adulta. Sugere-se que até mesmo as filhas das mães subnutridas e que nasceram com baixo peso poderiam determinar os mesmos problemas para sua prole<sup>18, 27-30</sup>.

Existe, portanto, uma dinâmica complexa entre o trabalho, meio ambiente, fatores socioeconômicos e a genética. Essa múltipla e complexa interação entre diversas variáveis nos indivíduos pode explicar a associação da pobreza com altos níveis de doença cardiovascular, seus fatores de risco e praticamente todas as outras doenças.

O desemprego e o nível educacional baixo são, provavelmente, os fatores de maior impacto sobre as condições de vida da população e sobre a associação de diversos fatores de risco cardiovascular. Em pesquisa realizada em motoristas de ônibus de Niterói, o nível educacional conseguiu ser o marcador de maior associação a fatores de risco para doença cardiovascular<sup>31</sup>. O desemprego também é de grande importância para o alcoolismo<sup>33</sup> e o alcoolismo, por sua vez, é fator muito associado à HAS e também ao absenteísmo no trabalho.

Sabemos que alguns tipos de ocupação apresentam características que determinam associação com a HAS e com outros fatores de risco para doença cardiovascular. Muitas destas associações são determinadas por hábitos e condutas de vida estimuladas no ambiente de trabalho e outras determinadas por exposição a fatores de risco ocupacionais<sup>12-16</sup>. Esses fatores de risco ocupacionais que aumentam o risco para doença cardiovascular podem ser classificados em dois grandes grupos: os de origem não química e os de origem química<sup>35-39</sup>. Entre os fatores de risco profissionais de origem não-química, o sedentarismo, o trabalho de alta demanda e a baixa influência sobre o processo produtivo (trabalho sob pressão) apresentam relação causal muito bem definida em relação às doenças cardiovasculares e/ou seus fatores de risco e, no caso dos fatores químicos, o tabagismo passivo seria um fator bem definido e de importância devido a sua alta prevalência<sup>36</sup>.

Pela alta prevalência do sedentarismo, este seria o principal fator de risco para aumentar o risco de doença cardiovascular nas populações trabalhadoras, sendo sua importância algumas vezes maior que todos os outros fatores de risco ocupacionais, químicos e não químicos juntos<sup>36</sup>.

### O papel da empresa no controle das DCV

O afastamento do trabalhador hipertenso, ou com outro fator de risco ou sua não contratação, não significa que não haverá perda para as empresas. Várias dessas pessoas, por não terem condições financeiras e/ou sociais para se tratar, irão evoluir para complicações das doenças cardiovasculares, o que determinará aumento da demanda de atendimento ao sistema de saúde e maiores gastos com o sistema. Isto acarretará mais encargos financeiros do sistema produtivo para custear o sistema de saúde<sup>34</sup>. Além disso a perda de mão-de-obra de difícil reposição determinará gasto adicional de treinamento.

Outro aspecto de importância é a alta prevalência de hipertensos em nosso meio, em torno de 30% da população adulta brasileira e, conseqüentemente, os possíveis aspectos sociais que o afastamento dos mesmos, se generalizado, poderia determinar à economia do país.

Dessa forma seria mais lógico, econômico e produtivo para as empresas, sabedoras de seu papel social, criar estratégias junto ao Estado, visando um melhor controle do problema, tanto no que concerne à prevenção e tratamento da HAS como, se possível, com outros fatores de forte impacto sobre a morbidade e mortalidade geral, como o sedentarismo, o tabagismo, o alcoolismo, a obesidade e as dislipidemias.

A prevenção, o tratamento ou a intervenção em vários fatores concomitantemente parece-nos mais lógico face à grande associação entre os mesmos e com possíveis mecanismos fisiopatológicos comuns. Pequenas mudanças

em vários fatores de risco podem determinar grande modificação no risco cardiovascular global. A intervenção em apenas um fator de risco isoladamente pode não modificar a história natural da doença devido à influência dos outros fatores não controlados.

Dessa forma, medidas preventivas no controle do tabagismo no ambiente de trabalho e exercício físico nas dependências da empresa (30 min., três vezes por semana) seriam o suficiente para uma acentuada queda na morbidade e mortalidade cardiovascular e geral. Associado a isso, pode-se desenvolver um programa de oferta de medicação, a preço de custo. As drogas a serem ofertadas seriam selecionadas por diretrizes embasadas em nível de evidência científica, limitando-se o número de substâncias para aquelas mais eficientes, de modo que a escala de compra pudesse reduzir o custo dos medicamentos. Ao mesmo tempo, campanhas internas para o controle de fatores de risco por meio de mudança de hábitos de vida e fornecimento de alimentação saudável poderiam ter resultados importantes a custos baixos, com impacto direto sobre a produtividade, redução do absenteísmo, aumento de renda do trabalhador (via redução de gastos com tratamento), principalmente se essas ações fossem estendidas a toda a família do trabalhador. Outro aspecto positivo dessa abordagem é a possibilidade de monitorização diária e observação da realização adequada do tratamento e das diretrizes estabelecidas. Se a isso associássemos educação formal e treinamentos periódicos aos funcionários, além de melhorias substanciais na produtividade e qualidade da mão-de-obra, possíveis benefícios seriam obtidos no controle da HAS e de outras doenças.

As empresas podem ter também papel de relevância na obtenção de dados clínico-epidemiológicos ao desenvolverem sistemas de informações computadorizados com base nos exames periódicos de saúde. Se esses exames tivessem metodologia apropriada, e diretrizes de diagnóstico e tratamento com base em evidências científicas fossem seguidas por todas as empresas, poderíamos ter informações gerenciais importantes para tomada de decisões que beneficiasse a população economicamente ativa como um todo e grupos profissionais definidos. Informações importantes para a saúde dos trabalhadores poderiam ser obtidas através da análise de dados sobre causas de absenteísmo, de aposentadorias precoces por invalidez ou causas de óbitos. Dessa forma, ao invés de afastar o hipertenso e onerar, indiretamente, via tributos, à empresa, esta manteria um papel ativo, de aspecto social relevante e com grande repercussão de sua imagem, tanto para o público externo como interno, valorizando, assim, seu papel de liderança e responsabilidade social perante a sociedade.

#### Referências bibliográficas

1. Souza e Silva, NA: "Estudo Setorial – Doenças Cardiovasculares". Paper Commissioned by the World Bank – 47 pag – 1988, in Briscoe, J.: Brazil – The New Challenge of Adult Health – A World Bank Country Study. The World Bank – Washington, D.C. – 1990.
2. Ministério da Previdência e Assistência Social: [www.mpas.gov.br](http://www.mpas.gov.br)
3. Michaels, d; Zoloth, SR: Mortality among urban bus drivers. Int J Epidemiol. 1991; 20(2):399-404.
4. Coordenação de Doenças Cardiovasculares / Secretaria de Política e Saúde / Departamento de Gestão de Política e Estratégicas - Dados do Sistema Único de Saúde (SUS) – Ministério da Saúde/1998.
5. Lessa, I.: Years of Productive Life Lost to Premature Mortality from Cardiovascular Diseases. Bulletin of PAHO, 1991; 25(3):229-235.
6. Lessa, I.; Mendonça, G.A.S., Teixeira, M.T.B.: Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. Bol Of Sanit Panam, 1996; 120(5):389-413.
7. Fonseca, R.H.A. Hipertensão Arterial: Estudo Transversal em Pacientes Residentes na XXª região administrativa do Rio de Janeiro, Atendidos no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro, UFRJ, Junho de 1991. p. 2-3.
8. Instrução Normativa nº 4/2001 –ANP/DPF, 30 de outubro de 2001 Ministério da Justiça – Serviço Público Federal – Departamento de Polícia Federal – Academia Nacional de Polícia, Seção III (dos resultados) II – Cardiovascular item C.
9. Mendes de Souza, NR; Souza e Silva, NA. Hipertensão arterial induzindo seleção para o trabalho e incentivo à aposentadoria precoce em motoristas de ônibus. *Hipertensão* 2002; 5 (suplemento):3 (resumo).
10. Mendes de Souza, NR; Souza e Silva, NA. Comportamento e associação de fatores de risco cardiovascular em uma população de motoristas de ônibus. *Arq Bras Cardiol* 2002; 79 (supl. III):69 (resumo).
11. Mendes de Souza, NR; Souza e Silva, NA. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em uma população de motoristas de ônibus. *Rev SOCERJ* 15 (suplemento A):75 (resumo).
12. Holme, I., Helgeland, A., Hjermann, P., Leren P., Lund-Larsen, P. G. Coronary risk factors in various

- occupational groups: The Oslo Study. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 1977; 31: 96-100.
13. Waissmann, W. O trabalho na gênese das doenças isquêmicas do coração. Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (dissertação de mestrado) 1993.
  14. Mendes, R. O Impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores. I Morbidade. *Rev Saúde Publ*, 1988; 22(4):311-326.
  15. Mancilha-Carvalho, J.J.; Souza e Silva, N. A.; Oliveira, J. M.; Argüelles e Silva, J.A.F. Pressão Arterial e Grupos Sociais. Estudo Epidemiológico. *Arq Bras Cardiol* 1983; 40 (2): 115-120.
  16. Kristensen, T. S.; Mancilha-Carvalho, J. J. Ambiente, Condições de Trabalho e Doença Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol* 1990; 55(4) 223-226.
  17. Santos, J. E.; Dressler, W. W.; Viteri, F. Fatores de Risco de Doença Arterial Coronariana e suas Correlações com Variáveis Dietéticas e Sociais. *Arq Bras Cardiol*, 1994; 63(5): 371-375.
  18. Murphy, L. R. Job Dimensions Associated With Severe Disability Due to Cardiovascular Disease. *J Clin Epidemiol* 1991; 44(2): 155-166.
  19. Netterstrøm, B., Juel, K. Impact of work-related and psychosocial factors on the development of ischemic heart disease among urban bus drivers in Denmark. *Scand J Work Environ Health* 1988, 14: 231- 238.
  20. Rose, G. Ancel Keys Lecture. *Circulation* 1991, 84(3):1405-1409.
  21. Rose, G.; Marmot, M. G. Social class and coronary heart disease. *Br Heart J* 1981; 45(1):13-19.
  22. Starfield, B. et al. Race, Family, Income, and low Birth Weight. *Am J Epidemiol* 1991, 134(10): 1167-1174.
  23. Kaplan, G.A.; Keil, J. E. Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation* 1993; 88: 1973-1998.
  24. Kington, R. S.; Smith, J. S. Socioeconomic Status and Racial Ethnic Differences in Functional Status Associated with Chronic Disease. *Am J Public Health* 1997; 87(5):805-810.
  25. Suadicani, P.; Hein H. O.; Gyntelberg, F. Do physical and chemical working conditions explain the association of social class with ischaemic heart disease? *Atherosclerosis* 1995; 113(1):63-69.
  26. Dressler, W.W.; Santos, J.E.; Gallagher, P. N.; Viteri, F.E. Arterial Blood Pressure and Modernization in Brazil. *American Anthropologist* 1987, 89: 399-409.
  27. Hinchliffe, S.A.; Lynch, M.R.J.; Sargent, P. H.; Howard, C. V.; Van Velzen, D. The effect of intrauterine growth retardation on the development of renal nephron. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99(4): 296-301.
  28. Vaessen N; Janssen JA; Heutink P; et al. Association between genetic variation in the gene for insulin-like growth factor-I and low birthweight. *Lancet* 2002; 359: 1036-37.
  29. Barker, DJP. Early growth and cardiovascular disease. *Arch Dis Child* 1999; 80:305-306.
  30. Fetal origins of adult disease – the hypothesis revisited. *BMJ* 1999; 319:245-249.
  31. Mendes de Souza, NR; Souza e Silva, NA. Relação entre escolaridade e fatores de risco para doença cardiovascular em motoristas de ônibus. *Rev SOCERJ* 15(suplemento A):74 (resumo).
  32. Souza e Silva, NA; Lobo, MSC; Torres, TG; Salis, LHA; Bloch, KV; Klein, CH; Nogueira, AR; Oliveira, GHM; Barbosa, FRP e Mosci, T.: “Consumo de álcool e pressão arterial na Ilha do Governador, R.J.”. *Arq. Bras. Cardiol.*: 73 (supl. IV), pag.52; 1999 (agosto).
  33. Bloch, KV; Klein, CH; Souza e Silva, NA; Nogueira, AR; Campos, LHS. Hipertensão Arterial e Obesidade na Ilha do Governador – Rio de Janeiro. *Arq. Bras. Cardiol.* 1994; 62: 17-22.
  34. Stephanes, R. Reforma da Previdência: sem segredo. Rio de Janeiro, Record, 1998.
  35. Mendes de Souza, NR; Souza e Silva, NA. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em uma população de motoristas de ônibus. *Rev SOCERJ* 15 (suplemento A):75 (resumo).
  36. Kristensen, T. S. Cardiovascular disease and work environment: a critical review of the epidemiologic literature on nonchemical factor. *Scand J Work Environ Health* 1989; 15:165-179.
  37. Kristensen, T.S. Cardiovascular disease and Work environment: a critical review of the epidemiologic literature on chemical factors *Scand J Work Environ Health* 1989;15: 245 –264.
  38. Olsen O; Kristensen, T. S. Impact of work environment on cardiovascular disease in Denmark. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1991; 45: 4-10.
  39. Waissman, W.; Anjos, L. A. Doença Isquêmica do Coração e Exposição Ocupacional a Substâncias Químicas. Revisão da Literatura. *Arq Bras Cardiol* 1995; 64(5) 477-482.