

UNIVERSIDADE DA INTERGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA

DISCENTE: JERRY DEYVID FREIRES FERREIRA
ORIENTADORA: RAFAELLA PESSOA MOREIRA
CO-ORIENTADORA: EDMARA CHAVES COSTA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO:

FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM IDOSOS ATENDIDOS NOS CENTROS DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

ACARAPE-CE
2017

UNIVERSIDADE DA INTERGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA

FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM IDOSOS ATENDIDOS NOS CENTROS DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado como meio obrigatório para obtenção do título de bacharel em enfermagem do curso de enfermagem do instituto ciências da saúde da Universidade da Integração internacional da lusofonia Afro-Brasileira

**ACARAPE-CE
2017**

JERRY DEYVID FREIRES FERREIRA

**FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM IDOSOS
ATENDIDOS NOS CENTROS DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Aprovado em: __/__/____ nota: _____

Professor orientador: Rafaella pessoa Moreira

Co-orientador: Edmara costa Chaves

Professora avaliadora: Emília Soares Chaves Roubert

Professor avaliadora: Flavia Paula Magalhães Monteiro

1ª suplente: Tahissa Frota Cavalcante

2ª suplente: Tibelle Freitas Mauricio

**Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos Atendidos em Centros de
Referência da Assistência Social**

**Risk factors for cardiovascular diseases in the elderly Attended in the Centers of
Reference of Social Assistance**

Jerry Deyvid Freires Ferreira¹

Rafaella Pessoa Moreira²

Edmara Chaves Costa³

Resumo

Objetivo: avaliar as condições de saúde cardiovascular e identificar os fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares em idosos. **Métodos:** estudo descritivo transversal, que ocorreu de Janeiro de 2013 a Fevereiro de 2015 com 246 idosos. Aplicou-se um formulário com questões abertas e estruturadas, referentes à identificação do paciente, relacionando dados sociodemográficos, fatores de risco e informações sobre as condições de saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFC e aprovado com Numero CAAE: 06298312.9.0000.5054. **Resultados:** 75,7% dos participantes eram mulheres, 94,3% aposentados. O uso de bebidas alcoólicas, fumo ativo e passivo foram referidos respectivamente por 8,9%, 11,8% e 18,3% dos entrevistados. Constatou-se que 22,8% dos idosos apresentaram colesterol limítrofe, 12,6% colesterol alto, 22,8% tinham diabetes duvidosa e 6,9% provável diabetes. A pressão arterial esteve alterada em 58,6% dos idosos na primeira avaliação, 81,8% na segunda e 74,3% na terceira. Aplicaram-se os testes de Qui-Quadrado e de Fisher em todos os relacionamentos entre fatores de risco e colesterol,

¹Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção, CE, Brasil.

Lagoa Grande, SN. Zona Rural. CEP: 72750-000. Aracoiaba, CE, Brasil. E-mail: jerryfreires@live.com

²Professora adjunta da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção, CE, Brasil.

³Professora adjunta da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção, CE, Brasil.

observando-se associação significativa com bebida alcoólica. Na relação entre as variáveis socioeconômicas e os

fatores de riscos, houve significância com sexo, fumo e bebida alcoólica. Houve associação entre o IMC e cintura (p-valor < 0,001), houve também, associação entre IMC e exercício físico (p-valor = 0,007) **Considerações finais:** foi possível traçar o perfil da saúde cardiovascular e dos fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares na população idosa, que subsidiarão de base para intervenções voltadas para promoção da saúde e prevenção dos agravos.

Descritores: Enfermagem; Idosos; Doenças Cardiovasculares.

Abstract

Objective: to evaluate cardiovascular health conditions and to identify modifiable risk factors for cardiovascular diseases in the elderly. **Methods:** a descriptive cross-sectional study, which occurred from January 2013 to February 2015 with 246 elderly. A questionnaire with open and structured questions regarding patient identification, relating socio-demographic data, risk factors and information on health conditions was applied. The study was approved by the Ethics and Research Committee of the UFC and approved with the number CAAE: 06298312.9.0000.5054. **Results:** 75.7% of the participants were women, 94.3% were retired. The use of alcoholic beverages, active and passive smoking were reported respectively by 8.9%, 11.8% and 18.3% of the interviewees. It was found that 22.8% of the elderly had borderline cholesterol, 12.6% had high cholesterol, 22.8% had doubtful diabetes and 6.9% had diabetes. Blood pressure was altered in 58.6% of the elderly in the first evaluation, 81.8% in the second and 74.3% in the third. The Chi-Square and Fisher tests were applied in all relationships between risk factors and cholesterol, with a significant association with alcoholic beverage. The relationship between socioeconomic variables and Risk factors, there was significance with sex, smoking and alcoholic beverages. There was an association between BMI and waist (p-value <0.001); there was also an association between BMI and exercise (p-value = 0.007). **Final considerations:** it was possible to draw a profile of cardiovascular health and modifiable risk factors for Cardiovascular diseases in the elderly population, which will base subsidies for interventions aimed at health promotion and disease prevention.

Descriptors: Nursing; Elderly; Cardiovascular Diseases.

Introdução

Entre os problemas decorrentes do envelhecimento considerados fatores de risco para as doenças cardiovasculares a hipertensão arterial pode ser considerada uma das principais causas de morbimortalidade e complicações cardiovasculares, sendo por vezes relacionadas com algum tipo de incapacidade física para o idoso. Dessa forma, gera maior custo financeiro, considerando a necessidade de oferta de serviços especializados pelo Estado, assim como de ampliação da assistência na atenção básica.

Outra doença crônica bem presente na população idosa é o diabetes mellitus que constitui não apenas uma doença, mas um grupo heterogêneo de alterações metabólicas caracterizadas pela hiperglicemia, como consequência de distúrbio na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas (FERRARI, 2014). Caso não haja o devido controle, esta doença poderá acarretar outras doenças cardiovasculares, bem como o comprometimento funcional do idoso, dentre outros problemas.

As dislipidemias também são consideradas relevantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. As medidas de Colesterol Total e LDL-C, são utilizadas para avaliar risco cardiovascular, confirmadas por evidências de diversas pesquisas, constituindo-se no principal alvo terapêutico na prevenção da doença cardiovascular (XAVIER et al., 2016).

É válido salientar, ainda, que outro importante risco para doenças cardiovasculares é o estilo de vida sedentário, considerado o quarto fator de risco de mortalidade em âmbito global (LIMA, 2014). Indivíduos sedentários e com excesso de peso, obesidade, hipertensão arterial, glicemia de jejum acima de 100 mg/dl estão sendo as principais vítimas dessas doenças de curso, muitas vezes, silenciosas, tornando-se graves problemas de saúde pública e provocando uma verdadeira epidemia mundial (LIMA, 2014).

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo que causa diversas alterações no organismo, sejam elas de ordem morfológica, psicológica, funcional ou biológica, levando à diminuição da capacidade funcional e ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. Enquanto fenômeno constata-se que o crescimento da população idosa é um evento de proporção mundial. No contexto nacional, a população brasileira atual possui mais de 201 milhões de pessoas, sendo que 12,6% têm 60 anos ou mais. Dessas, 55,7% são mulheres e 44,3% são homens, evidenciando tendência à inversão no modelo de crescimento populacional, com aumento progressivo dos idosos e redução relativa dos jovens (MENDES, 2014).

A senescência, portanto, é um fato e vem chamando a atenção dos profissionais de saúde, pois se estima que em 2025 haja 1,2 bilhão de pessoas acima de 60 anos. Há, ainda, expectativa que em 2050 este número duplicará e 80% das pessoas idosas estarão nos países em desenvolvimento (ALVES et al., 2012).

Associado a isto, torna-se imprescindível a elaboração de políticas e programas capazes de atender às peculiaridades do processo de envelhecimento que vão ao encontro da elevação da expectativa de vida e da procura por um envelhecimento saudável. No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem como finalidade prioritária a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência do idoso (AMORIN, 2014).

Deste modo, a preocupação voltada para a capacidade funcional dos idosos emerge como novo destaque. Para atender essa demanda, existem as redes de saúde nas quais os serviços são implementados conforme as políticas nacionais e os princípios do Sistema Único de Saúde: integralidade, universalidade e equidade. Busca-se, deste modo, planejar e desenvolver ações resolutivas e eficazes bem como melhorar a qualidade dos atendimentos e dos serviços. No âmbito das políticas nacionais existentes e efetivadas na prática, tem-se como prioridade as ações de Promoção da Saúde.

Neste aspecto, ações voltadas para a saúde cardiovascular dos idosos devem ser realizadas, tendo em vista que esta população apresenta maior risco de alterações cardiovasculares, tanto como consequência do processo de envelhecimento, quanto pela continuidade de hábitos de vida prejudiciais. Evento esse, respaldado por estudos, como o que expõe que cerca de 60,0% dos indivíduos com 60 anos ou mais têm níveis elevados da pressão arterial (MALACHIAS, 2016).

Neste contexto, percebe-se a necessidade de desenvolvimento de pesquisas, junto a populações de risco para o surgimento de alterações cardiovasculares, como é o caso da população idosa, incluindo a investigação de fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. Também é fundamental a verificação de medidas antropométricas, da pressão arterial, da glicemia capilar e do colesterol para acompanhamento das pessoas que já tenham diagnóstico médico destas patologias, assim como, a detecção precoce de novos casos.

Portanto, este estudo teve como objetivo avaliar as condições de saúde cardiovascular e identificar os fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares em idosos, além de associar as variáveis sociodemográficas com fatores de risco.

Método

Tratou-se de um estudo descritivo e transversal, por fonte primária, cuja coleta de dados ocorreu no período de janeiro de 2013 a fevereiro de 2015, com 246 idosos atendidos em quatorze Centros de Referência da Assistência Social, distribuídos nos doze municípios do Maciço de Baturité (Aratuba, Acarape, Aracoiaba, Barreira, Guaramiranga, Itapiúna, Mulungu, Ocara, Pacoti, Redenção, Baturité e Capistrano), onde são desenvolvidas semanalmente diversas atividades com os idosos.

Inicialmente o pesquisador entrou em contato com os municípios por telefone para calcular o valor amostral da população do estudo. A população seria constituída por 2.244 idosos, distribuídos nos CRAS dos 13 municípios de acordo com o Quadro 1.

A amostra do estudo seria de 328 idosos. Esta amostra foi calculada, utilizando a fórmula para determinação do tamanho da amostra (n) com base na estimativa da proporção populacional:

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

Sendo:

n = Número de indivíduos na amostra.

$Z_{\alpha/2}$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado.

p = Proporção populacional de indivíduos que pertence a categoria que estamos interessados em estudar.

q = Proporção populacional de indivíduos que NÃO pertence à categoria que estamos interessados em estudar ($q = 1 - p$).

E = Margem de erro ou ERRO MÁXIMO DE ESTIMATIVA. Identifica a diferença máxima entre a PROPORÇÃO AMOSTRAL e a verdadeira PROPORÇÃO POPULACIONAL (p).

Cálculo:

$$N = 2.224$$

$$p = 0,5$$

$$q = 0,5 \quad n = \frac{2.224 \times 0,5 \times 0,5 \times (1,96)^2}{0,5 \times 0,5 \times (1,96)^2 + (2.224) \times (0,05)^2} = 327,7 \approx \mathbf{328}$$

$$e = 0,05 \text{ (95\% de confiança)}$$

$$z = 1,96$$

Tabela 11: Amostragem probabilística aleatória estratificada.

Município	Idosos	Amostra	Aproximação	Atingido
Aratuba	300	44,25	44	21
Palmácia	60	8,85	09	18
Redenção	130	19,17	19	19
Capistrano	440	64,89	65	19
Itapiuna	100	14,75	15	19
Ocara	271	39,97	40	33
Acarape	70	10,32	10	10
Baturité	200	29,50	30	31
Aracoiaba	128	19,88	19	22
Pacoti	320	47,19	47	26
Guaramiranga	50	7,37	07	09
Mulungu	125	18,44	18	12
Barreira	30	4,42	05	08
Total	2.224	327,70	328	247

Porém, ao chegar aos estabelecimentos constatou-se que muitos dos participantes estavam fora do perfil do estudo, pois apresentavam ter idade inferior a 60 anos e segundo o

estatuto do idoso (Lei Nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003) que rege a legislação brasileira só é considerado idoso a partir dessa idade.

Desta maneira, todos aqueles idosos que compareceram aos encontros e estavam dentro da faixa de participação foram incluídos no estudo.

Inicialmente, realizou-se uma visita a esses locais a fim de conhecer os idosos e os responsáveis pela realização destas atividades. Posteriormente, agendou-se uma reunião com os coordenadores dos Centros de Referência da Assistência Social visando apresentar o projeto de pesquisa. Subseqüentemente, os idosos foram convidados a participar da pesquisa e, após a explicação dos objetivos pretendidos e da metodologia, com os que manifestaram interesse, marcou-se uma data para a coleta de dados, a qual foi realizada em um local reservado da própria instituição, sem interferência de pessoas não envolvidas.

Na data agendada, esclareceram-se novamente os procedimentos do trabalho. Na ocasião, aplicou-se um formulário, que constava de questões abertas e estruturadas, referentes à identificação do paciente, relacionando dados sociodemográficos e informações sobre as condições de saúde, em especial da saúde cardiovascular, presença de fatores de risco modificáveis para o surgimento de doenças cardiovasculares, tais como: sedentarismo, sobrepeso ou obesidade, uso de fumo e álcool. Após a entrevista, coletaram-se os dados antropométricos, medidas da pressão arterial e os níveis de glicemia e colesterol. A verificação dos níveis glicêmicos e de colesterol ocorreu por meio da coleta capilar de sangue, usando fitas teste conforme especificação dos aparelhos das marcas *True Read®* e *Accutrend Plus Roche®*, respectivamente.

Para a investigação dos valores da pressão arterial, utilizaram-se os seguintes equipamentos: esfigmomanômetros com manômetros aneroides, testados e calibrados, e estetoscópios duplos; jogos de manguitos de larguras variáveis, procurando manter a relação recomendada de largura correspondente à circunferência do braço (MALACHIAS, 2016).

Obtiveram-se as medidas da pressão arterial em três momentos consecutivos e o valor final considerado foi a média das últimas duas medidas que foram repetidas em condições ideais e em pelo menos duas ocasiões (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). Dessa forma, os participantes identificados com valores de pressão arterial acima dos considerados normais, foram novamente avaliados mais duas vezes com intervalos de, no máximo, 15 dias para confirmação dos valores alterados. O retorno foi agendado com o pesquisador por meio dos coordenadores dos Centros de Referência da Assistência Social onde aconteceu a pesquisa.

Para interpretação dos valores da pressão arterial, considerou-se os padrões reconhecidos e adequados para a medida casual em consultório, em indivíduos maiores de 18 anos, conforme os seguintes parâmetros para Pressão Arterial Sistólica e Pressão Arterial Diastólica (mmHg): Ótima < 120 < 80; Normal (< 130 < 85); Limítrofe (130–139 e 85–89) Hipertensão estágio 1 (140–159 e 90–99); Hipertensão estágio 2 (160–179 e 100–109) Hipertensão estágio 3 (≥ 180 e ≥ 110); Hipertensão sistólica isolada (≥ 140 e < 90) (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Tendo em vista que o objetivo do estudo não foi a classificação por diagnósticos médicos, mas sim a comparação com níveis fisiológicos, foram considerados como padrão de normalidade os valores da Pressão Arterial Sistólica ≤ 120 a 139 mmHg e da Pressão Arterial Diastólica ≤ 80 a 89 mmHg. Valores acima foram considerados anormais e, se confirmados, foram encaminhados ao serviço de assistência.

Para avaliação dos níveis glicêmicos, mediu-se a glicemia capilar **utilizando** de glicosímetro da marca *True Read*® e suas respectivas fitas teste. Coletou-se uma gota de sangue capilar de um dos dedos da mão, mediante inserção da ponta de uma agulha descartável apropriada para tal fim.

Por sua vez, os resultados da glicemia capilar, medida a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo da última refeição, foram tratados conforme as recomendações do Ministério da Saúde, ou seja, glicemia ao acaso menor ou igual a 140 mg/dl considerada normal; entre 141 e 149 mg/dl, duvidosa; entre 200 mg/dl e 270 mg/dl, provável diabetes e maior ou igual a 270 mg/dl, muito provável diabetes (BRASIL, 2002).

Na avaliação lipídica, para a coleta de sangue, utilizou-se o mesmo procedimento da glicemia. Foram adotados os parâmetros propostos pela V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2013), que apresenta os seguintes valores (mg/dl) de referência para as dislipidemias em adultos maiores de 20 anos: hipercolesterolemia isolada: quando há elevação isolada do LDL-C (≥ 160 mg/dl); hipertrigliceridemia isolada: aumento isolado dos TGs (≥ 150 mg/dl); hiperlipidemia mista: valores aumentados de LDL-C (≥ 160 mg/dl) e TG (≥ 150 mg/dl); HDL-C baixo: redução do HDL-C (homens < 40 mg/dl e mulheres < 50 mg/dl) isolada ou em associação ao aumento de LDL-C ou de TG (XAVIER et al., 2016).

Para análise dos dados, realizou-se, o teste Qui-Quadrado de Pearson para a verificação de dependência entre as variáveis de interesse ou o padrão da distribuição da proporção das respostas distribuíram-se igualmente entre os grupos. Utilizou-se o teste exato de Fisher em tabelas de contingência onde as suposições do teste qui-quadrado não eram

satisfeitas e/ou quando se tiveram amostras relativamente pequenas, ou seja, quando se verificou mais de 20% das frequências esperadas menores que cinco ou alguma frequência esperada inferior a um.

O estudo respeitou os princípios éticos da pesquisa científica, que expressa preocupação com a dimensão ética, assegurando o caráter confidencial e ausência de prejuízo, físico, financeiro ou emocional para o pesquisado e todas as garantias ao participante, preconizadas pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFC e aprovado com Numero CAAE: 06298312.9.0000.5054. (CONEP) (BRASIL, 2013).

Resultados

Em relação aos dados sociodemográficos, a maioria dos idosos avaliados pertencia ao sexo feminino (75,6%), era casado (48%) e aposentado (94,3%). A média da renda individual foi de 804 reais, com uma média de renda familiar de 1.240 reais.

Quanto aos dados relacionados aos fatores de risco, identificou-se que 30,1% dos participantes tinham contato direto ou indiretamente com o tabagismo. A maioria (80,1%) não referiu consumo de bebidas alcoólicas. Quanto à prática de exercícios físicos, 62,2% relataram a adesão a alguma atividade física. Contudo, 32,9% não se exercitavam.

Destaca-se que 33,3% e 25,2% dos idosos apresentaram alteração no Índice de Massa Corporal (IMC), compatíveis com sobrepeso e obesidade, respectivamente. Dos participantes, 61,8%, tinham medidas da circunferência da cintura alterada, de acordo com os parâmetros estabelecidos para o sexo.

Em relação aos dados coletados referentes à glicemia capilar e o colesterol, evidenciou-se os seguintes resultados: 22,8% dos participantes tinham colesterol limítrofe e 12,6% colesterol alto. Em relação à glicemia, 34,6% dos idosos apresentaram índices glicêmicos alterados, variando de diabetes duvidosa a muito provável diabetes. A Tabela 1 Apresenta os dados referentes à avaliação da pressão arterial dos idosos do Maciço de Baturité.

Tabela 1: Avaliação da pressão arterial dos idosos atendidos nos Centros de Referência da Assistência Social, distribuídos nos municípios do Maciço de Baturité - CE, Brasil, 2016.

Classificação final das avaliações da	Normal	Pré-hipertensão	HE 1	HE 2	HE 3	TOTAL
---------------------------------------	--------	-----------------	------	------	------	-------

pressão arterial	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Primeira Avaliação	102(41,4)	40(16,3)	73(29,7)	17(6,9)	14(5,7)	246(100,0)
Segunda Avaliação	26(18,2)	32(22,4)	61(42,6)	21(14,7)	03(2,1)	143(100,0)
Terceira Avaliação	30(25,7)	16(13,7)	50(42,7)	17(14,5)	04(3,4)	117(100,0)

Legenda: HE – Hipertensão em Estágio

No que concerne à pressão arterial, identifica-se que, no primeiro momento de avaliação, 144 (58,6%) dos idosos tiveram alteração da pressão, ficando dentro da classificação entre Pré-hipertensão e Hipertensão estágio 3. Os participantes que apresentaram alteração foram avaliados mais duas vezes em momentos distintos. Já na segunda avaliação, compareceram 143 idosos, cujos valores pressóricos apresentaram percentual de alteração de (81,8%) entre Pré-hipertensão e Hipertensão estágio 3.

A terceira avaliação foi realizada com 117 idosos, dos quais 74,3% apresentaram a pressão arterial entre Pré-hipertensão e Hipertensão estágio 3. Salienta-se que, em 61 idosos, os níveis pressóricos mantiveram alterados nos três momentos.

A tabela 2 apresenta os dados da associação dos fatores de riscos modificáveis e o colesterol.

Tabela 2. Resultado do teste de associação dos fatores de riscos e resultado do colesterol de idosos atendidos nos Centros de Referência da Assistência Social, distribuídos nos municípios do Maciço de Baturité - CE, Brasil, 2016.

Fatores de risco modificáveis		Colesterol					Total	p-Valor
		Ótimo	Limítrofe	Alto	ACLA¹	ABLA²		
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Fumo ativo	Sim	09(45)	07(35)	01(05)	01(05)	02(10)	20	
	Não	31(40)	20(26)	16(21)	05(06)	05(06)	77	
	Não atualmente	43(42)	29(28)	14(14)	04(04)	12(12)	102	
Fumo passivo	Sim	10(34)	10(34)	04(14)	04(14)	01(03)	29	
	Não	60(43)	39(28)	23(16)	04(03)	15(11)	141	
	Não atualmente	13(45)	07(24)	04(14)	02(07)	03(10)	29	

Bebida alcoólica	Sim	02(12)	07(41)	02(12)	00(00)	06(35)	17	0,011
	Não	70(43)	45(28)	27(16)	10(06)	11(07)	163	
	Não atualmente	11(58)	04(21)	02(10)	00(00)	02(10)	19	
Drogas ilícitas	Sim	00(00)	00(00)	00(00)	00(00)	01(100)	01	0,145
	Não	83(42)	56(28)	31(16)	10(05)	18(09)	198	

Legenda: ¹ACLA - Valores acima do limite do aparelho; ²ABLA – Valores abaixo do limite do aparelho.

Ao se observar o relacionamento entre fatores de risco e níveis de colesterol, nota-se que bebida alcoólica obteve associação significativa (p-valor = 0,011).

A tabela 3 apresenta informações referentes à associação entre as principais variáveis sociodemográficas e fatores de riscos modificáveis estudados.

Tabela 3. Associação entre as variáveis sociodemográficas e fatores de risco modificáveis de idosos atendidos nos Centros de Referência da Assistência Social, distribuídos nos municípios do Maciço de Baturité - CE, Brasil, 2016.

Variáveis Sociodemográficas	Fatores de Risco	Fumo Ativo			P-Valor	Bebida Alcoólica			P-Valor
		Sim	Não	NA ¹		Sim	Não	NA	
		n(%)	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	n(%)	
SEXO	Masculino	13(22)	17(28)	30(50)	<0,001	07(12)	30(50)	23(38)	<0,001
	Feminino	16(09)	81(44)	89(48)		15(08)	167(90)	04(02)	
ESTADO CIVIL	Sem Companheiro	18(14)	50(39)	60(47)	0,183	01(05)	14(78)	03(17)	0,234
	Com Companheiro	11(09)	48(41)	59(50)		09(08)	93(79)	16(13)	
IDADE	< 70anos	13(11)	55(45)	54(44)	0,249	12(10)	94(77)	16(13)	0,472
	≥ 70 anos	16(13)	43(35)	65(52)		10(08)	103(83)	11(09)	

NÍVEL DE INSTRUÇÃO	< 8 anos	27(13)	78(37)	108(51)	0,046	20(09)	168(79)	25(12)	0,516
	≥ 8 anos	02(06)	19(60)	11(34)		02(06)	28(88)	02(06)	

Legenda: ¹N.A. – Não Atualmente.

Percebe-se que houve significância na associação de sexo e fumo ativo (p-valor < 0,001) e bebida alcoólica (p-valor < 0,001), bem como de nível de instrução (escolaridade) e fumo ativo (p-valor = 0,046).

Tabela 4. Relação entre circunferência da cintura e prática de atividade física com o Índice de Massa Corporal (IMC) de idosos atendidos nos Centros de Referência da Assistência Social, distribuídos nos municípios do Maciço de Baturité - CE, Brasil, 2016.

		ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)				Total	p-Valor
Variáveis		Baixo n(%)	Normal n(%)	Sobrepeso n(%)	Obesidade n(%)		
Circunferência da Cintura	Normal	17(18)	56(60)	19(20)	02(02)	94	<0,001
	Alterada	04(03)	25(16)	63(41)	60(39)	152	
Atividade Física	Sim	07(00)	56(00)	53(00)	37(00)	153	0,014
	Não	13(16)	25(31)	23(28)	20(25)	81	
	N.A. ¹	01(08)	00(00)	06(50)	05(42)	12	

Legenda: ¹N.A. – Não Atualmente.

Na tabela 4 identificou-se a associação entre as medidas de circunferência da cintura (p-valor < 0,001) com o índice de massa corporal; havendo também, relação significativa com exercício físico (p-valor = 0,014).

Discussão

Quanto ao gênero, a amostra caracterizou-se por ser predominantemente feminina (75,6%). Com relação à morbimortalidade e expectativa de vida, as diferenças entre o gênero

masculino e feminino podem ser elucidadas a partir de cinco aspectos: características biológico-genéticas; diferenças e desigualdades étnicas e sociais; relação dos comportamentos e determinadas expectativas sociais; procura e utilização de serviços de saúde e assistência de profissionais de saúde (MOREIRA, 2016).

No que concerne ao estado civil, 48,0% dos participantes eram casados e/ou viviam com parceiros e 34,6% eram viúvos. Ser casado consiste em fator importante de proteção, especialmente no tocante à adesão ao tratamento, sendo o suporte familiar altamente relevante na aquisição de novos hábitos de vida e no seguimento do tratamento medicamentoso. Assim, o cônjuge torna-se a principal companhia e o estímulo para atividades diárias. Além disso, quanto maior a presença de familiares, amigos e cônjuge, mais se renovam as forças para superar os obstáculos que vão aparecendo com o aumento da idade (LIMA, 2014).

Quanto à associação entre os fatores de risco e as variáveis sociodemográficas, houve associação estatística significativa entre fumo ativo e sexo masculino e também entre a bebida alcoólica e sexo masculino. Neste estudo, observou-se que 30,1% dos participantes referiram contato direto ou indiretamente com o tabagismo.

Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada em 27 cidades do Brasil, na qual 70% de tabagistas atuais tem 60 anos ou mais. O tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo e, assim como no consumo de álcool, esse hábito é mais comum no sexo masculino. O vício do tabaco é considerado uma patologia e situa-se na Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão (CID-10), no grupo de transtornos mentais e de comportamentos associados ao uso de substâncias psicoativas (SANTOS et al., 2014).

Constata-se que fumantes, quando comparados aos não fumantes, têm um pior domínio sobre questões relacionadas a aspectos sociais, psicológicos e físicos, além de pior qualidade de vida, sendo que tabagistas vivem em média dez anos menos do que os não tabagistas, com um risco duas vezes maior de ocorrência de eventos cardiovasculares, em um período de dez anos. Salienta-se, ainda, o dobro do risco relativo de infarto agudo do miocárdio em fumantes maiores de 60 anos, quando comparados a não fumantes (MOREIRA-SANTOS, 2016).

Além disso, o tabagismo é considerado um problema de saúde pública devido a sua relação com a hipertensão arterial, aneurismas, problemas respiratórios, impotência sexual no homem, infertilidade na mulher, doenças vasculares e vários tipos de cânceres. É responsável,

ainda, pelo impacto financeiro, resultado de vários gastos, tais como, tratamento de doenças causadas pela exposição ao tabaco, mortes de cidadãos em idade produtiva e maiores índices de aposentadorias precoces (CÉSAR, 2014).

Sabe-se que os idosos estão dentro da faixa etária que apresenta o maior risco para doenças e agravos crônicos. Deste modo, o uso do cigarro contribui para o maior risco de complicações, de surgimento de comorbidades e de prejuízos terapêuticos decorrentes do efeito do fumo no metabolismo de vários medicamentos. Em seu estudo, Zaitune (2012), afirma que o tabagismo tende a ocorrer na concomitância de vários outros comportamentos não saudáveis como: inatividade física, ingestão insuficiente de frutas e hortaliças, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e de gorduras saturadas de origem animal, elevando ainda mais a probabilidade do indivíduo desenvolver doenças crônicas.

Como afirma Veras (2011), muitas condições crônicas estão ligadas à sociedade em envelhecimento, mas também às escolhas de estilo de vida, como tabagismo, etilismo, comportamento sexual de risco, hábitos alimentares inadequados e inatividade física, além da predisposição genética.

Quanto à prática do etilismo foi referida por apenas 8,9% dos participantes. Contudo, 11,0% já fez uso do álcool em algum momento de sua vida. Portanto, apesar de a maioria dos idosos não usar álcool, é necessária atenção a este fator de risco, pois se sabe que o alcoolismo é um significativo problema de saúde pública no país, levando a inúmeras patologias. O abuso e a dependência do álcool interferem na qualidade de vida dos idosos, aumentando a frequência de morbidades, causando restrições funcionais ou, até mesmo, a morte, interferindo, ainda, na vida de quem convive com o etilista (SOUZA, 2014).

Segundo Vargas (2014), o consumo excessivo de bebidas alcoólicas está intimamente ligado a efeitos deletérios sobre o organismo. Ainda de acordo com o autor, o uso crônico pode provocar uma série de distúrbios, dentre eles, as cardiomiopatias.

Nesse sentido, muito se discute sobre o processo de envelhecimento ativo, o qual tem como um dos seus objetivos elaborar programas de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio da cessação do uso de álcool e tabaco e do incentivo à atividade física. O álcool é considerado uma droga lícita que causa problemas físicos, psicológicos e sociais. Estima-se que 10% da população idosa consuma álcool, sendo mais comum entre o sexo masculino, como identificado na presente pesquisa. O envelhecimento fisiológico provoca

alterações no metabolismo do álcool, tornando o idoso mais sensível à intoxicação alcoólica. Portanto, o uso nocivo dessa substância também pode causar impacto nos contextos social, familiar e na saúde desses indivíduos (SANTOS et al., 2014)

Um estudo realizado por Kano et al. (2014) relata que o abuso de álcool coloca os idosos em maior risco de vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas físicos, psicológicos e sociais, que nem sempre são detectados pelos profissionais nos diversos serviços de saúde. Assim, as estimativas do consumo atual de álcool na população idosa variam, mas suas consequências nesta fase da vida, além da gravidade dos problemas de saúde, têm gerado grande impacto nos cuidados de saúde.

Outro fator de risco presente no estudo foi o sedentarismo, referido por 37,8% dos participantes. Na atualidade, este é considerado um problema mundial que deve ser eliminado com o intuito de diminuir os riscos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (LIMA, 2014). Estudiosos relatam que, a partir dos cinquenta anos de idade, os benefícios da atividade física regular podem ser mais relevantes para evitar, minimizar e/ou reverter muitos dos declínios físicos, psicológicos e sociais que, com frequência, acompanham a idade avançada. A mudança no estilo de vida requer também a prática regular de atividades físicas, além da ingestão hipocalórica e hipossódica, da diminuição ou abandono do tabagismo, do alcoolismo e da adesão ao tratamento (ALVES et al, 2012).

Detectou-se, ainda, como relevante problema na população do estudo, a falta de controle da pressão arterial, pois dentre os 142 idosos que referiram diagnóstico de hipertensão arterial, 48 apresentaram picos hipertensivos, mesmo fazendo uso da medicação.

É importante lembrar que o controle da pressão arterial em pessoas com HAS está intimamente relacionado com a adesão ao tratamento prescrito. A não adesão à medicação é uma grande preocupação para os profissionais de saúde, de modo que estudos são necessários para melhorar a adesão aos tratamentos anti-hipertensivos, especialmente em pessoas com HAS e com risco cardiovascular elevado. Nestas, o controle de complicações poderá reduzir significativamente a mortalidade para estas doenças, bem como os custos de tratamento destas complicações (JING et al., 2011).

Estima-se que 69% dos idosos com histórico de infarto agudo do miocárdio, 77% dos que apresentaram acidente vascular encefálico e 74% daqueles com antecedente de insuficiência cardíaca, apresentem diagnóstico prévio de hipertensão arterial. Não obstante, é

de suma importância que os sujeitos nesse período de vida tenham mais consciência da condição em que se encontram bem como sejam submetidos ao tratamento para hipertensão arterial com mais frequência do que os de meia-idade, pois as taxas de controle da pressão arterial nos idosos são baixas, principalmente naqueles com mais de 80 anos (MALACHIAS, 2016).

Averiguou-se, também, um percentual considerado dos idosos (13%) com níveis pressóricos alterados, mas que desconheciam esta condição. Isso revela que essa população merece uma atenção redobrada tanto dos profissionais de saúde quanto das políticas públicas para um melhor desenvolvimento de atividades que reduzam o risco de adoecimento, através de ações voltadas para promoção da saúde e detecção precoce de doenças.

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, o diabetes mellitus, também possui elevada incidência em idosos (SILVEIRA, 2015). Em 2014, avaliou-se que, no Brasil, haveria 11,9 milhões de indivíduos, na faixa etária de 20 a 79 anos, com diabetes, podendo alcançar 19,2 milhões em 2035 (DIRETRIZES, 2015).

Este é um dado preocupante e, neste estudo, ao comparar os idosos que afirmaram já saber que tem diabetes e os idosos que tiveram sua glicemia capilar avaliada, temos os seguintes dados: (23,2%) relataram ter diagnóstico de diabetes mellitus e, em relação à glicemia, 22,8% tinham diabetes duvidosa e 6,9% provável diabetes. É importante enfatizar que os custos ocasionados pelo diabetes mellitus atingem o indivíduo, a família e a sociedade, mas não contemplam apenas a economia. Os custos intangíveis, como: dor, ansiedade, inconveniência e perda de qualidade de vida, também acarretam relevante impacto na vida das pessoas com diabetes e seus familiares, algo difícil de quantificar (MELECH et al., 2016). Portanto, esta doença crônica poderá acarretar maior dano, especialmente na população idosa que já vivencia alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento.

No que se refere à presença de dislipidemias, na medição do colesterol, por meio da coleta de sangue capilar, 22,8% dos participantes tinham colesterol limítrofe e 12,6% colesterol alto. Estes dados demonstram que os idosos poderão estar propensos a maiores complicações de caráter cardiovascular bem como menor qualidade de saúde.

Corroborando com os achados do estudo, a literatura demonstra que, com o aumento da expectativa de vida, tornou-se comum a maior incidência e prevalência de algumas doenças que estão intimamente relacionadas ao envelhecimento e que possuem ligação direta com os

hábitos de vida mantidos pela população, dentre elas estão às dislipidemias, mais especificamente o colesterol, que ganhou bastante visibilidade, sendo considerado fator de risco independente, linear e contínuo para diversas doenças (PAULA, et al., 2014).

Estudos apontam ainda que, nos últimos anos, tem sido comum a presença de níveis elevados de lipídios no sangue, sobretudo alterações de colesterol, ressaltando dessa forma, a necessidade da realização de exames visando sua detecção precoce (PAULA, 2013).

Nesta pesquisa, detectou-se também, associação estatística dos valores de colesterol com o consumo de bebidas alcoólicas ($p:0,011$). Esta associação está igualmente evidenciada na V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2013) a qual destaca que, nos idosos, geralmente as dislipidemias são de origem secundária associadas ao diabetes melito, intolerância à glicose, síndrome nefrótica, hipotireoidismo (especialmente no sexo feminino), alcoolismo, obesidade ou uso de medicamentos, como diuréticos tiazídicos e bloqueadores beta-adrenérgicos não seletivos.

Quanto à classificação do IMC ressalta-se que, no estudo, 25,2% dos participantes foram classificados como obesos. Também estiveram presentes as associações entre o IMC e cintura ($p\text{-valor} < 0,001$) e IMC e exercício físico ($p\text{-valor} = 0,007$). Esses resultados vão ao encontro de uma pesquisa envolvendo idosos com hipertensão arterial cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família de Londrina-PR, cuja prevalência de obesidade foi ainda maior, 64,3%, o que pode ser justificado devido ao aumento esperado do tecido gorduroso abdominal no processo de envelhecimento (ANDRADE, 2014).

Considera-se a obesidade uma das comorbidades que leva a condições inflamatórias crônicas bem como à predisposição de outros fatores de risco, como a dislipidemia, HAS e diabetes, que por sua vez aumentam ainda mais o risco de problemas cardiovasculares (GUS et al., 2015).

Quanto à associação entre o IMC e o sedentarismo, esta também foi evidenciada em estudo realizado no Paraná, com 53 portadores de HA estágio I, o qual observou reduções significativas do IMC após seis meses de exercícios (ANDRADE, 2014). É importante salientar que a inatividade física eleva os riscos de obesidade, hipertensão arterial, diabetes tipo II e ocasiona a redução dos níveis de HDL-colesterol, além de possuir efeito direto no crescimento da placa de ateroma (GUS et al., 2015).

Frente ao exposto, merece destaque o acompanhamento deste público, pois as consequências advindas da hipertensão arterial bem como das outras doenças cardiovasculares são complicações que, muitas vezes, podem vir a causar uma invalidez permanente do idoso, além de reduzir sua qualidade de vida.

Considerações finais

Este estudo proporcionou uma análise do perfil dos idosos em relação à saúde cardiovascular e aos fatores de risco modificáveis, além de propiciar informação acerca de seus hábitos de vida.

No entanto, uma limitação do estudo foi quanto à participação dos idosos, que não compareceram a todos os encontros marcados nos Centros de Referência da Assistência Social no maciço de Baturité-CE.

Ressalta-se que esta pesquisa contribuiu expressivamente para a população do Maciço de Baturité visto que identificou níveis pressóricos elevados em significativo percentual dos idosos que desconheciam esta condição. Permitiu, ainda, o encaminhamento dos participantes com alteração na pressão arterial, glicemia e/ou níveis lipídicos para acompanhamento e/ou tratamento nas unidades de saúde.

Anseia-se que esta pesquisa proporcione aos profissionais de saúde ampliação de conhecimentos e de percepções na busca por uma prática que favoreça a saúde do idoso. Ao mesmo tempo, presume-se que possa subsidiar outros trabalhos nessa perspectiva, servindo de estímulo a novas investigações bem como alicerce à construção de estratégias que favoreçam melhoria da qualidade do cuidado da população idosa.

Agradecimentos

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo financiamento das despesas da pesquisa conforme Edital PJP 07/2012.

Referências

ALVES, C.B.;RIBEIRO, C.M.; GRADIM, L.C.C.; MORAES, G.N.; SILVA, K.B.; ALVES ,I. et al. Pressão arterial de idosos que praticam atividades físicas em um grupo de envelhecimento saudável. **Arquivos de Ciências do Esporte**.v.1,n.1,P.75-80-2012.

AMORIM,C.C.; PESSOA,F.S.; organizadores. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa: políticas, **programas e rede de atenção à saúde do idoso**. São Luís; 2014.

BRASIL. Resolução CNS nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013. Seção 1.

CEZAR, A.; Os problemas causados pelos fumantes ativos aos passivos na unidade e a criação de um fumódromo. **Cadernos de Graduação - Ciências Exatas e Tecnológicas Unit**. Aracaju, v. 2, n. 1, p. 11-20, Mar. 2014.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 6. São Paulo: **Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia**, 2010.

FERRARI,R.F.R.;RIBEIRO,D.M.M.;VIDIGAL,F.C.;MARCON,S.S.;BALDISSERA,V.D.A.; Carreir,L.Reasons that led hypertensive elderly to seek assistance in primary care. **Rev. Rene**. v.15,n.4,p. 691-700- 2014.

GUS, I; RIBEIRO, R.A; KATO, S. *et al*. Variations in the Prevalence of Risk Factors for Coronary Artery Disease in Rio Grande do Sul-Brazil: A Comparative Analysis between 2002 and 2014. **Arq Bras Cardiol**. 2015; 105(6):573-579.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Diabetes Atlas. 7^a ed. Brussels: **International Diabetes Federation**. [Internet]. 2015 [citado 2016 jul 28]. Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html>.

JING S, NALIBOFF A, KAUFMAN MB, CHOY M. Descriptive analysis of mail interventions with physicians and patients to improve adherence with antihypertensive and antidiabetic medications in a mixed-model managed care organization of commercial and Medicare members. **J Manag Cuidados Pharm**. 2011;17 (5): 355-366.

KANO, M.Y. et al. Uso do álcool em idosos: validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test Geriatric Version (MAST-G). **Rev. Esc. Enferm. São Paulo**, v. 48 n.4 p. 648-55, 2014.

LIMA,E.R.; BARROS,A.R.C.; OLIVEIRA,C.A.N.; Percepção dos clientes hipertensos acerca das complicações da hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Interfaces: saúde, humanas e tecnologia**. v.2,n.5,p.1-9-2014.

LIMA,A.C.S.; ARAÚJO,M.F.M.; FREITAS,R.W.J.F.; ZANETTIS,M.L.; ALMEIDA,P.C.; DAMASCENO,M.M.C.; Risk factors for Type 2 Diabetes Mellitus in college students: association with sociodemographic variables. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2014; v.22,n.3,p.484-90. 2014;

MALACHIAS,M.V.B.; SOUZA,W.K.S.B.; PLAVNIK,F.L.; RODRIGUES,C.I.S.; BRANDÃO,A.A.; NEVES, M.F.T. et al. 7^a **Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. **Arq Bras Cardiol**. 107:183. 2016;

MENDES ,G.S.; MORAIS, C.F.; GOMES,L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Rev. Bras. Med. Família e Comunidade**. v.9,n.32,p.273-278. 2014;

MOREIRA, M.C.N.; GOMES,R.; RIBEIRO,C.R.; E agora o homem vem?! **Estratégias de atenção à saúde dos homens. Cad. Saúde Pública.** [Periódico na Internet]. 2016 [citado 2016 dezembro 21]; 32(4): e00060015. Disponível: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v32n4/1678-4464-csp-32-04-e00060015.pdf>

MOREIRA-SANTOS,T.M.; GODOY, I.; Psychological distress related to smoking cessation in patients with acute myocardial infarction. **J Bras Pneumol.**v.42,n.1,p.:61-7. 2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº 371/GM de 04 de março de 2002. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília: **Ministério da Saúde** [Internet]. 2002. [citado 2016 out 28]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_371.pdf.

MILECH,A.; PEREZ, A.A.; GOLBERT,A.; MATHEUS,A.; CARRILHO, A.J.F.; RAMALHO,A.C. et al. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016).** São Paulo: A.C. Farmacêutica; 2016.

PAULA,J.M.; SAWADA,N.O.; NICOLUSSI, A.C.; ANDRADE, C.T.A.E.; ANDRADE, V. Quality of Life of Elderly People with Impaired Physical Mobility. **Rev. Rene.** v.14,n.6,p.12224-31. 2013;

PAULA,C.C; CUNHA, RM, TUFAMIN A. T. Análise do Impacto do treinamento resistido no perfil lipídico de idosos. **Rev. Bras. Ciências e Movimento.** v. 22, n. 1, p. 150-156. 2014

SOUZA,A.A.M.; SALES,L.R.; GONÇALVES,M.S.; BOTELHO,T.V.; XAVIER,V.L.L.; O idoso alcoolista assistido pelo CAPS: papel da equipe de enfermagem. **Rev. Norte Mineira de Enfermagem.** v.3,n.2,p.79-89. 2014

SILVEIRA,G.L.; RAMOS,J.L.S.; FREITAS,G.L.S.; RODRIGUES,K.L.; SERAFIM,S.C.; BRITO,R.N. et al. Atuação do enfermeiro frente à adesão de idosos ao tratamento de diabetes. **Revista e- ciência**.v.3,n.1,p. 47-53-2015

SANTOS, A. S.; Atividade Física, Álcool e Tabaco entre Idosos. **Revista Família Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**. Uberaba MG. v. 2, n. 1 2014

VERAS, R. P.; Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 779-786, 2011

XAVIER, H.T.; IZAR,M.C.; FARIA NETO, J.R.; ASSAD,M.H.; ROCHA ,V.Z.; SPOSITO, A.C. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq Bras Cardiol** [Internet]. 2013. [citado 2016 nov 18]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.2013S010>.