

Avaliação do Conhecimento e da Presença de Fatores de Risco Cardiovascular em Idosos de Município do Sul do Brasil

Evaluation of Knowledge and Presence of Cardiovascular Risk Factors among Elderly Patients in a Town in Southern Brazil

Cleusa Maria Richter,^{1,2} Luiz Antonio Bettinelli,¹ Adriano Pasqualotti,¹ Diego Olschowky Borges,² Paulo Roberto Oliveira Daltrozo,² Jonas Zeni Klafke,² Paulo Ricardo Nazário Viecili²

Resumo

Fundamentos: Estudos indicam que os fatores de risco cardiovascular (FR) são conhecidos e prevalentes em idosos.

Objetivo: Avaliar o conhecimento e a presença de FR em idosos.

Métodos: Em amostra de 313 idosos (55,6% mulheres, 69,8±6,6 anos), avaliou-se o conhecimento dos FR, utilizando-se um questionário estruturado, seguindo-se a avaliação dos FR, hipertensão arterial sistêmica (HAS), dados antropométricos e laboratoriais.

Resultados: Os idosos conheceram os seguintes FR: HAS em 95,2%; hipercolesterolemia (HCT) em 95,5%; DM em 97,7%; hipertrigliceridemia (HTG) em 91,7%; consumo de álcool em 97,4%; e tabagismo em 99,7%. A presença de FR encontrada nos idosos foi: HAS em 56,9%, HCT em 29,2%, DM em 11,5%, HTG em 16,6%, tabagismo em 11,5%, sedentarismo em 63,6%, e estresse em 49,8%.

Conclusões: A maioria dos idosos mostrou conhecer os malefícios dos FR para a saúde, no entanto, muitos indivíduos não sabiam se eram portadores dos principais FR.

Palavras-chave: Idoso, Fatores de risco, Hipertensão, Diabetes mellitus

Abstract

Background: Studies indicate that cardiovascular risk factors (CRF) are known and prevalent among the elderly.

Objective: To assess knowledge and presence of cardiovascular risk factors among the elderly.

Methods: In a sample of 313 elderly people (55.6% women, 69.8 ± 6.6 years), we examined the knowledge of cardiovascular risk factors through a structured questionnaire, followed by an assessment of these risk factors, including hypertension (HBP), anthropometric data and laboratory data.

Results: The percentages of elderly people who knew about CRF were: hypertension 95.2%, hypercholesterolemia (HCT) 95.5%, DM 97.7%, hypertriglyceridemia (HTG) 91.7%, alcohol consumption 97.4% and smoking 99.7%. The presence of cardiovascular risk factors among them was: hypertension 56.9%, HCT 29.2%, DM 11.5%, HTG 16.6%, smoking 11.5%, sedentary lifestyles 63.6%, and stress 49.8%.

Conclusions: Although most elderly people were aware of RF threatening their health, many of them did not know if they were carriers of the main RF.

Keywords: Elderly, Cardiovascular risk factors, Hypertension, Diabetes mellitus

¹ Programa de Pós-graduação (Mestrado em Envelhecimento Humano) - Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - Universidade de Passo Fundo - Passo Fundo (RS), Brasil

² Grupo Multidisciplinar em Saúde - Universidade de Cruz Alta - Cruz Alta (RS), Brasil

Correspondência: cleusarichter@ig.com.br

Cleusa Maria Richter | Rua Iram Vargas, 346 - Bairro Centenário - Palmeira das Missões (RS), Brasil | CEP: 98300-000

Recebido em: 28/06/2010 | Aceito em: 27/10/2010

Introdução

O envelhecimento vem se refletindo na necessidade crescente do cuidado ao idoso, demandando esforço substancial aos serviços de saúde. Recente censo brasileiro calculou o número de idosos em mais de 14,5 milhões,¹ sendo a maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com elevada prevalência de doenças crônicas.^{2,3} Dentre estas, salientam-se as doenças cardiovasculares, em consequência do aumento da expectativa de vida.⁴

As doenças cardiovasculares apresentam diversos fatores de risco (FR) modificáveis, tais como: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemias, tabagismo, sedentarismo e estresse.⁵ Esses fatores são amplamente divulgados através de informações individuais e coletivas, feiras de saúde e por medidas oficiais do Ministério da Saúde. Diversos estudos têm sugerido um efeito benéfico do trabalho educacional na prevenção e no tratamento das doenças cardiovasculares.⁶

Estudos transversais de base populacional são utilizados para aquisição, levantamento de dados e geração de hipóteses quanto às condições de saúde de uma população. Apesar da sua relativa inabilidade em indicar relação entre causa e efeito, os estudos bem planejados e com coleta adequada de dados podem fornecer informações valiosas, com destaque para os FR,¹ como por exemplo o estudo de Framingham.⁷

No entanto, no Brasil, devido às peculiaridades regionais, há carência de dados que demonstram a real presença de FR, principalmente em idosos. Existem suspeitas de que muitos indivíduos desconhecem a presença ou não de FR, o que pode dificultar o controle deles e a redução dos seus agravos.⁸

Assim, percebeu-se a necessidade de avaliar o conhecimento e a presença dos FR pelos idosos. Com esse propósito, realizou-se uma pesquisa de campo, com questionários estruturados e coleta padronizada de dados, incluindo idosos que participavam de uma feira de saúde municipal.

Metodologia

Estudo transversal em amostra de conveniência envolvendo participantes de uma feira de saúde.

Este estudo foi conduzido de acordo com os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki e na resolução CNS 196/96, tendo os participantes assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da

Universidade de Passo Fundo, sob o número 0126.0.398.000-09.

Foram avaliados indivíduos com mais de 59 anos que, voluntariamente, participavam de uma feira de saúde do município de Cruz Alta (RS) que tem 64.437 habitantes, em setembro de 2009. Foram excluídos os idosos: (1) com alterações cognitivas que inviabilizassem o preenchimento dos questionários; (2) não concordaram em participar do estudo.

Os participantes responderam ao questionário por meio de entrevista individual realizada por acadêmicos dos cursos da saúde da Universidade de Cruz Alta e por técnicos de enfermagem, após curso de capacitação, em que cada entrevistado escolhia uma das opções oferecidas verbalmente.

O questionário aplicado compreendeu dados relativos às condições sociodemográficas, conhecimento dos FR e de presença ou não dos FR nos idosos.

Os dados sociodemográficos obtidos foram: sexo, idade, cor, renda familiar, escolaridade e ocupação. A cor foi classificada em brancos e não brancos; a renda familiar foi categorizada em número de salários mensais. A escolaridade foi classificada em três níveis: (1) analfabetos, (2) até quatro anos de estudo e (3) cinco ou mais anos de estudo. A ocupação foi categorizada como aposentados inativos, trabalhadores braçais ativos e trabalhadores intelectuais.

O conhecimento dos FR foi avaliado com as seguintes questões e seu respectivo *fator*: "O (A) *fator* faz mal para a saúde?", incluindo: HAS, colesterol, triglicérides, DM, bebida alcoólica, cigarro e estresse. As respostas oferecidas foram: (1) sim, (2) não, (3) não sabe e (4) não respondeu. Algumas informações adicionais foram oferecidas a alguns indivíduos para melhor entender as perguntas, sendo elas: os termos pressão alta para a HAS, aumento de açúcar e gorduras no sangue para melhor explicar a presença de DM, colesterol e triglicérides. Foram considerados sedentários aqueles indivíduos que não faziam exercícios físicos regulares, três vezes por semana, por no mínimo 20 minutos.

A presença dos FR foi avaliada subjetivamente através da pergunta, e seu respectivo *fator*: "Você tem *fator*?" incluindo: HAS, hipercolesterolemia, DM, hipertrigliceridemia, hábito de ingerir bebida alcoólica, tabagismo, sedentarismo, e estresse. As possíveis respostas foram: (1) sim, (2) não, (3) não sabe e (4) não respondeu.

Os participantes foram submetidos à avaliação objetiva incluindo: (1) pressão arterial, obtida por técnica clássica,⁹ sendo considerados valores ideais ou

Artigo Original

limítrofes para pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) $\leq 130\text{mmHg} \times 85\text{mmHg}$ de acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão;⁹ (2) índice de massa corporal foi obtido a partir da fórmula padrão $[\text{IMC} = \text{peso}(\text{kg}) / \text{altura}^2(\text{m})]$,¹⁰ sendo classificados em sobrepeso os idosos com $\text{IMC}^{11} \geq 27\text{kg/m}^2$; e (3) circunferência abdominal (CA=cm) foi avaliada no ponto médio entre o último arco costal e a crista ilíaca ântero-superior, com trena antropométrica inelástica. Foram consideradas medidas inadequadas para os homens ≥ 95 cm e para as mulheres ≥ 81 cm.¹²

Os participantes foram contemplados com exames laboratoriais para fins de dosagens de colesterol total (CT), triglicerídeos (TG) e glicemia (GL) de jejum com data marcada e agendada por laboratórios locais voluntários, participantes da feira de saúde municipal. Foram considerados valores ideais aqueles $< 200\text{mg/dL}$ para o CT, $< 150\text{mg/dL}$ para os TG e $< 100\text{mg/dL}$ para a glicemia.¹²

Análise estatística

Dados categóricos foram apresentados em percentuais, enquanto que para dados quantitativos utilizou-se média e desvio-padrão. Para a estatística analítica utilizou-se teste t de Student para a

comparação de variáveis com distribuição normal em amostras independentes. A comparação de variáveis categóricas foi realizada com o teste de qui-quadrado ou teste exato de Fisher. O intervalo de confiança foi de 95%, ou seja, as diferenças entre os grupos foram consideradas significativas quando o valor de $p \leq 0,05$. Utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Science*, versão 10,0 for Windows para a análise estatística.

Resultados

Foram entrevistadas 600 pessoas para a seleção da amostra, constituída por 313 idosos, com as seguintes características: 55,6% mulheres; $69,8 \pm 6,6$ anos; brancos em 75,2%; maioria (60,2%) com renda mensal até cinco salários/mês; analfabetismo em 3,5%, até quatro anos de estudo em 48,5% e cinco anos ou mais em 48%; maioria (64,7%) de aposentados.

Conhecimento dos FR cardiovascular

Mais de 92% dos entrevistados afirmaram que o/a *fator* faz mal para a saúde (Tabela 1), sendo que o tabagismo foi o de maior percentual quando comparado à hipertensão ($p=0,002$), hipercolesterolemia ($p<0,0004$), DM ($p=0,04$),

Tabela 1
Conhecimento dos fatores de risco cardiovascular por sexo, quanto aos seus malefícios ou não à saúde (%)

Fatores de risco cardiovascular		Sexo		Valor de p*
		Homens (n=139)	Mulheres (n=174)	
HAS	Sim faz mal	92,8	97,1	0,002
	Não faz mal	1,4	1,2	
	Não sabe	5,8	1,7	
Hipercolesterolemia	Sim faz mal	95,7	95,4	0,003
	Não faz mal	2,9	1,2	
	Não sabe	1,4	3,4	
DM	Sim faz mal	98,6	97,1	0,01
	Não faz mal	0,7	1,2	
	Não sabe	0,7	1,7	
Hipertrigliceridemia	Sim faz mal	91,4	92,0	0,008
	Não faz mal	2,1	2,3	
	Não sabe	6,5	5,7	
Álcool	Sim faz mal	97,1	97,7	0,007
	Não faz mal	2,2	-	
	Não sabe	0,7	2,3	
Tabagismo	Sim faz mal	99,3	100,0	0,006
	Não faz mal	0,7	-	
	Não sabe	-	-	
Estresse	Sim faz mal	95,0	98,8	0,002
	Não faz mal	0,7	0,6	
	Não sabe	4,3	0,6	

HAS=hipertensão arterial sistêmica; DM=diabetes mellitus; *p: significativo $\leq 0,05$

hipertrigliceridemia ($p < 0,0007$) e álcool ($p = 0,04$). Já o estresse foi mencionado em maior percentual que hipercolesterolemia ($p = 0,004$) e hipertrigliceridemia ($p = 0,0002$). O álcool por sua vez foi apontado somente em maior percentual que hipertrigliceridemia ($p = 0,01$).

Ao estratificar a amostra por sexo e cor, notou-se que os percentuais de conhecimento dos malefícios dos FR mantiveram-se altos (Tabela 1 e 2). As mulheres estavam mais cientes para HAS, hipertrigliceridemia, álcool, tabagismo e estresse. Comparados a não brancos, os brancos tinham mais conhecimento sobre HAS, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, como demonstrado na Tabela 2.

Ao relacionar o conhecimento sobre os FR e o nível de escolaridade, foi possível notar que a grande maioria afirmou que os FR fazem mal para a saúde (Tabela 3). No entanto, chamou a atenção o número de indivíduos com cinco anos ou mais de escolaridade que ainda não sabia, ou pior, achava que os FR não faziam mal à saúde. O inverso foi

verdadeiro, mostrando que os indivíduos que afirmaram que os FR não faziam mal ou não sabiam, estavam entre aqueles com menor escolaridade.

Presença dos FR cardiovascular

Quanto ao relato da presença de FR as seguintes percentagens foram encontradas: 56,9% afirmaram ter HAS, 29,2% hipercolesterolemia, 11,5% DM, 16,6% hipertrigliceridemia, 11,5% tabagismo, 63,6% sedentarismo e 49,8% estresse. Por outro lado, foi muito interessante notar a percentagem de indivíduos que afirmaram não saber se eram portadores de FR, sendo que entre estes, em torno de 35% não sabiam se tinham triglicérides elevados, 33% para colesterol, 11% para DM e 7% para HAS (Tabela 4).

Ao analisar a amostra por sexo, observou-se que as mulheres tinham mais FR que os homens (Tabela 4). Os indivíduos brancos apresentaram percentagens maiores de tabagistas e estressados que os indivíduos não brancos (Tabela 5).

Tabela 2
Conhecimento dos fatores de risco cardiovascular de acordo com a cor, quanto aos seus malefícios ou não à saúde (%)

Fatores de risco cardiovascular		Cor		Valor de p*
		Brancos (n=225)	Não brancos (n=88)	
HAS	Sim faz mal	96,5	92,0	<0,0001
	Não faz mal	1,3	1,1	
	Não sabe	2,2	6,8	
Hipercolesterolemia	Sim faz mal	97,3	90,9	<0,0006
	Não faz mal	1,8	2,3	
	Não sabe	0,9	6,8	
DM	Sim faz mal	98,2	96,6	0,47
	Não faz mal	1,3	-	
	Não sabe	0,5	3,4	
Hipertrigliceridemia	Sim faz mal	92,4	89,8	<0,0001
	Não faz mal	2,2	2,3	
	Não sabe	5,4	7,9	
Álcool	Sim faz mal	98,2	96,6	0,47
	Não faz mal	0,9	-	
	Não sabe	0,9	3,4	
Tabagismo	Sim faz mal	100,0	98,9	0,46
	Não faz mal	-	1,1	
	Não sabe	-	-	
Estresse	Sim faz mal	96,9	97,8	<0,0005
	Não faz mal	0,4	1,1	
	Não sabe	2,7	1,1	

HAS=hipertensão arterial sistêmica; DM=diabetes mellitus; *p: significativo $\leq 0,05$

Tabela 3
Relação entre nível de escolaridade e conhecimento dos fatores de risco cardiovascular e seus malefícios a saúde (%)

Fatores de risco cardiovascular		Nível de Escolaridade					
		Analfabetos (n=11)		Até 4 anos (n=152)		5 ou mais anos (n=150)	
		n	%	n	%	n	%
HAS	Sim faz mal (298)	(11)	3,7	(138)	46,3	(149)	50,0
	Não faz mal (4)	-		(4)	100,0	-	
	Não sabe (11)	-		(9)	81,8	(2)	18,2
Hipercolesterolemia	Sim faz mal (299)	(9)	3,0	(142)	47,5	(148)	49,5
	Não faz mal (6)	-		(5)	83,3	(1)	16,7
	Não sabe (8)	(2)	25,0	(5)	62,5	(1)	12,5
DM	Sim faz mal (306)	(9)	2,9	(147)	48,0	(150)	49,1
	Não faz mal (3)	-		(2)	66,7	(1)	33,3
	Não sabe (4)	(2)	50,0	(2)	50,0	-	
Hipertigliceridemia	Sim faz mal (287)	(9)	3,1	(137)	47,7	(141)	49,4
	Não faz mal (7)	-		(4)	57,1	(3)	42,9
	Não sabe (19)	(2)	10,5	(11)	57,9	(6)	31,6
Álcool	Sim faz mal (305)	(11)	3,6	(145)	47,5	(149)	48,9
	Não faz mal (3)	-		(3)	100,0	-	
	Não sabe (5)	-		(4)	80,0	(1)	20,0
Tabagismo	Sim faz mal (312)	(11)	3,5	(151)	48,4	(150)	48,1
	Não faz mal (1)	-		(1)	100,0	-	
	Não sabe (0)	-		-		-	
Estresse	Sim faz mal (304)	(11)	3,6	(146)	48,0	(147)	48,4
	Não faz mal (2)	-		(2)	100,0	-	
	Não sabe (7)	-		(4)	57,1	(3)	42,9

HAS=hipertensão arterial sistêmica; DM=diabetes mellitus

Exame clínico dos FR cardiovascular

Tanto os valores da PAS quanto da PAD não apresentaram diferenças entre homens e mulheres (138±18,6mmHg vs. 139,1±20,5mmHg; p=0,30; 83,8±11,8mmHg vs. 84,1±12,6mmHg; p=0,42, respectivamente). No entanto, foram encontrados valores pressóricos acima dos ideais preconizados, em torno da metade dos homens (PAS 56,8%; PAD 46%) e das mulheres (PAS 52,3%; PAD 43,7%).

A maioria das mulheres e dos homens estava com IMC alterado (49,6%; 27,2±5kg/m² vs. 52,9%; 27,6±4,4kg/m² p=0,25).

Os homens apresentaram CA maior que as mulheres (100,2±14cm vs. 95,7±11,6cm; p=0,001). No entanto, uma porcentagem maior de mulheres estava com medidas acima do ideal (CA: 89,6% vs. 74,8%, p<0,03).

As mulheres apresentaram em média CT mais alto e foram diagnosticadas como hipercolesterolêmicas (219,5±43mg/dL vs. 184,8±52,4mg/dL; p=0,001). Confirmando este achado, foi observado que mais

mulheres estavam com valores acima do ideal (24,7% vs. 9,4%, p<0,002).

Ao analisar os valores de TG, apesar de as mulheres estarem pouco acima, não houve diferença significativa (158,4±95,1mg/dL vs. 138±73,1mg/dL; p=0,13), no entanto, elas tinham maior porcentagem de indivíduos acima do preconizado (14,4% vs. 7,9%, p<0,02).

Os níveis de GL estiveram levemente acima do normal para todos. Não houve diferença entre os sexos (104,5±27,4mg/dL vs. 101,3±29,6mg/dL; p=0,30), porém as mulheres com glicemia acima do ideal foram a maioria (11,5% vs. 9,4%, p<0,0002).

Discussão

O presente estudo avaliou o conhecimento dos FR cardiovascular, a presença destes, bem como seus valores em amostra de idosos de um município do sul do Brasil. A maioria dos idosos conhecia os malefícios dos FR para a saúde; no entanto, chamou a atenção a considerável porcentagem de indivíduos que

Tabela 4
Presença dos fatores de risco cardiovascular por sexo (%)

Fatores de risco cardiovascular		Sexo		Valor de p*
		Homens (n=139)	Mulheres (n=174)	
HAS	Sim	50,4	62,6	0,0002
	Não	40,3	33,3	
	NS	9,3	4,1	
Hipercolesterolemia	Sim	27,3	30,5	0,004
	Não	36,7	39,1	
	NS	36,0	30,4	
DM	Sim	11,5	12,6	0,002
	Não	74,1	78,7	
	NS	14,4	8,7	
Hipertrigliceridemia	Sim	14,4	20,1	0,0002
	Não	46,8	52,3	
	NS	38,8	27,6	
Álcool	Sim	36,0	22,4	0,0001
	Não	64,0	77,6	
	NS	-	-	
Tabagismo	Sim	17,3	6,9	<0,0004
	Não	82,7	93,1	
	NS	-	-	
Sedentarismo	Sim	59,0	67,2	0,001
	Não	41,0	32,8	
	NS	-	-	
Estresse	Sim	47,5	51,7	0,006
	Não	51,1	46,6	
	NS	1,4	1,7	
HF-IAM	Sim	23,0	20,7	<0,0004
	Não	70,5	71,3	
	NS	6,5	8,0	

HAS=hipertensão arterial sistêmica; DM=diabetes mellitus; HF-IAM=história familiar para infarto agudo do miocárdio; NS=não sabe; *p: significativo $\leq 0,05$

responderam não saber se apresentavam os FR, destacando aqui o colesterol, triglicérides, DM e hipertensão. Existem poucos estudos com essa metodologia publicados no país.

Os indivíduos demonstraram alto conhecimento sobre os FR, independente do sexo e da cor. Estes resultados vão ao encontro dos achados de Ordunez-Garcia,¹³ provavelmente devido às informações de campanhas, feiras de saúde e melhores estratégias de saúde da família.

Diversos estudos apontam que as intervenções preventivas contribuem para diminuir a mortalidade entre os idosos e aumentar a possibilidade de continuarem a viver em comunidade.⁵ A prevenção, tanto individual quanto coletiva, visa a evitar a instalação de doenças ou amenizar suas consequências.⁶

Ao comparar o conhecimento e a escolaridade, foi possível observar que mesmo aqueles com pouca instrução tinham conhecimento dos FR, embora entre esses, o número de indivíduos desinformados tenha sido maior. Corroborando os dados encontrados, o estudo realizado pelo INCA¹ demonstrou que os participantes com maior escolaridade informaram, com frequência maior, terem conhecimento dos malefícios dos FR.

Como era de se esperar, quanto maior o grau de instrução maior o conhecimento apresentado a respeito dos FR; no entanto, alguns indivíduos com escolaridade maior mostraram desconhecimento.

A maioria sabia se era portadora ou não de algum FR. Dado semelhante foi publicado por McDonald et al.¹⁴ em que os autores observaram que muitos dos 3810 idosos norte-americanos sabiam ser portadores de HAS (75,9%), dislipidemias (65,7%) e diabetes (71,4%).

Tabela 5
Presença dos fatores de risco cardiovascular por cor (%)

Fatores de risco cardiovascular		Cor		Valor de p*
		Branco (n=225)	Não branco (n=88)	
HAS	Sim	54,7	63,6	<0,0005
	Não	39,5	28,4	
	NS	5,8	8,0	
Hipercolesterolemia	Sim	30,2	30,7	<0,0002
	Não	40,0	33,0	
	NS	29,8	36,3	
DM	Sim	10,7	73,9	<0,0001
	Não	78,7	13,6	
	NS	10,6	12,5	
Hipertrigliceridemia	Sim	16,5	17,0	<0,0001
	Não	52,4	43,2	
	NS	31,1	39,8	
Álcool	Sim	28,0	29,5	<0,0001
	Não	72,0	70,5	
	NS	-	-	
Tabagismo	Sim	12,0	10,2	<0,0009
	Não	88,0	89,8	
	NS	-	-	
Sedentarismo	Sim	63,1	64,8	<0,0001
	Não	36,9	35,2	
	NS	-	-	
Estresse	Sim	50,7	46,6	<0,0004
	Não	48,4	50,0	
	NS	0,9	3,4	
HF-IAM	Sim	20,4	23,8	<0,0009
	Não	73,8	64,8	
	NS	5,8	11,4	

HAS=hipertensão arterial sistêmica; DM=diabetes mellitus; HF-IAM=história familiar para infarto agudo do miocárdio; NS=não sabe; *p: significativo $\leq 0,05$

Nas últimas décadas, o conhecimento acumulado tem trazido significativa contribuição para a abordagem e o tratamento, principalmente no que diz respeito às doenças como hipertensão e diabetes muito divulgadas na mídia e em campanhas de saúde.

Mais da metade se referiu ser hipertenso, o que também foi observado no estudo de Lebrão et al.¹⁵ As mulheres tiveram porcentagens significativamente mais altas para HAS, hipercolesterolemia, diabetes, hipertrigliceridemia, sedentarismo e estresse. Outros estudos encontraram resultados semelhantes, principalmente para HAS.¹⁴⁻¹⁶

Muito importante ressaltar a percentagem de idosos que ainda desconhecia a presença de HAS, DM, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, justamente

os FR mais difundidos e encabeçados em campanhas oficiais. Existem vários programas, datas alusivas especiais, justamente para que se tenham mais esclarecimentos e possibilidades de diagnóstico. No entanto, levando-se em conta a idade avançada desta amostra, poder-se-ia questionar como ainda existem indivíduos que não sabem se são ou não portadores desses FR. Interessante notar que para o diagnóstico desses FR são necessárias intervenções diretas, como a mensuração da PA ou dosagem de sangue, sendo esse último, dependente, na sua maioria, da efetividade da rede de atenção básica.

Em relação à cor, embora os indivíduos não brancos fossem em menor número, apresentaram maiores porcentagens em quase todos os FR. Estes resultados foram diferentes dos encontrados por Cipullo et al.,¹⁷

em que não foram observadas diferenças entre brancos e não brancos. Uma possível justificativa, dada pelos autores, seria a grande miscigenação da população brasileira que poderia ter influenciado os resultados. Uma possível justificativa para os resultados do presente estudo está no predomínio da cor branca, devido ao processo de colonização local ser em sua maioria de origem europeia.

Outro dado que chamou a atenção foi a porcentagem de sedentários, principalmente nas mulheres. No estudo de Siqueira et al.,¹⁸ o sedentarismo foi mais frequente em homens; já no levantamento do Ministério da Saúde⁵ foi mais evidente nas mulheres. Esses dados podem ser atribuídos, em parte, à inexistência de uma cultura e meios incentivadores ao exercício. Diversos são os benefícios do exercício, ressaltando a redução dos níveis pressóricos,¹⁹⁻²¹ redução dos gastos com medicamentos²² e o controle dos demais FR, com consequente redução da morbimortalidade.²³

Mais da metade dos participantes foi encontrada com sobrepeso, de acordo também com a publicação de Abreu²⁴, ressaltando que pode estar havendo uma epidemia nas populações idosas. Por outro lado, as medidas aumentadas da CA, na maioria dos avaliados, pode refletir o conteúdo de gordura visceral o que tem grande associação com risco para eventos cardiovasculares.²⁵

As mulheres apresentaram suas dosagens de CT e TG mais altas e acima dos valores de normalidade, embora não tenha havido diferença para as taxas de TG, o que também foi encontrado por Rosini et al.²⁶ Ambos os sexos encontravam-se com suas dosagens de glicemia pouco acima das preconizadas, sendo compatível com intolerância à glicose. Em outra pesquisa, os níveis médios de glicemia estavam acima do desejável somente nos homens.²⁶

Dessa maneira, baseado nos resultados encontrados neste estudo sugere-se que sejam realizadas discussões sobre as políticas de saúde que garantam um melhor acesso dos idosos a programas e à rede de atenção básica, sendo necessária uma constante avaliação dos determinantes sociais, culturais, econômicos no enfrentamento para a diminuição dos FR. Acredita-se que não exista um único tipo de intervenção que tenha demonstrado efetividade para aumentar a mudança no estilo de vida dos idosos. Essas intervenções, ações e estratégias educativas não devem ser focalizadas em um único aspecto, mas antes definidas a partir das singularidades e demandas individuais, sociais e regionais dos idosos.

Limitações do estudo

Salienta-se que os dados apresentados são específicos de participantes de uma feira de saúde. Portanto, a generalização dos resultados para outras populações deve ser feita de forma cuidadosa, pelas particularidades regionais. Outro fator limitador foi a amostra de conveniência, embora com um número generoso, portanto útil para gerar hipóteses. Ainda assim, é importante para o conhecimento do problema dada a escassez de dados nacionais relacionados ao nível de conhecimento e a presença de FR em populações idosas.

Conclusões

Idosos participantes de uma feira de saúde, em sua grande maioria, demonstraram conhecimento dos FR cardiovascular. Por outro lado, um número respeitado de indivíduos afirmou não saber ser portador dos principais FR. Esta relação invertida sugere que pode haver falhas nas campanhas já realizadas, bem como na atenção básica à população. Assim, ficou evidente a possível necessidade de melhores estratégias e ações para diminuir essa discrepância e melhorar a inclusão de indivíduos sem assistência básica.

Potencial Conflito de Interesses

Declaramos não haver conflitos de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Universitária

Este artigo é parte da dissertação de Mestrado em Envelhecimento Humano de Cleusa Maria Richter pela Universidade de Passo Fundo (UPF).

Referências

1. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis 2003. [acesso em jun. 2009]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/publicacao_inquerito22_06.pdf>
2. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):745-57.
3. Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML (org). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002:72-78.

Artigo Original

4. Firmo JOA, Barreto SM, Lima-Costa MF. The Bambuí health and aging study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):817-27.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquéritos telefônicos (VIGITEL). Brasília: 2009. [acesso em jun. 2009]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>
6. World Health Organization (WHO). Neglected global epidemics: three growing threats. *The World Report 2003*. Geneva; 2003.
7. Franklin SS, Pio JR, Wong ND, Larson, MG, Leip EP, Vasan RS, et al. Predictors of new-onset diastolic and systolic hypertension: the Framingham heart study. *Circulation*. 2005;111:1121-127.
8. Richter CM, Bündchen DC, Dipp T, Belli KC, Panigas TF, Panigas CF, et al. Unawareness of presence for cardiovascular disease risk factors in a Brazilian regional population. (Abstract). *Circulation*. 2008;118:139.
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. *Rev Bras Hipertensão*. 2010;17(1):1-69.
10. Leite PF. Fisiologia do exercício, ergometria e condicionamento físico. Rio de Janeiro: Atheneu; 1986:70-74.
11. Cervi A, Franceschini SCC, Priore E. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Rev Nutrição*. 2005;18(6):765-75.
12. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Departamento de Aterosclerose. IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*. 2007;88(supl. I).
13. Ordonez-Garcia P, Munoz JL, Pedraza D, Espinos-Brito A, Silva LC, Cooper RS. Success in control of hypertension in a low-resource setting: the Cuban experience. *J Hypertension*. 2006;24(5):845-49.
14. McDonald M, Hertz RP, Unger AN, Lustik M. Prevalence, awareness, and management of hypertension, dyslipidemia, and diabetes among United States adults aged 65 and older. *J Gerontol*. 2009;64:256-63.
15. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):127-41.
16. Alencar YMG, Carvalho Filho ET, Paschoal SMP, Curiati JAE, Ping WC, Litvoc J. Fatores de risco para aterosclerose em uma população idosa ambulatorial na cidade de São Paulo. *Arq Bras Cardiol*. 2000;74(3):181-88.
17. Cipullo JP, Martin JFV, Ciorilia 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.
18. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões sul e nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):39-54.
19. Viecili PRN, Bündchen DC, Richter CM, Dipp T, Lamberti DB, Pereira AMR, et al. Curva dose-resposta do exercício em hipertensos: análise do número de sessões para efeito hipotensor. *Arq Bras Cardiol*. 2009;92(5):393-99.
20. Richter CM, Panigas TF, Bündchen DC, Dipp T, Belli KC, Viecili PRN. Redução dos níveis pressóricos em indivíduos hiper-reativos após treinamento físico aeróbico. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(2):251-57.
21. Bündchen DC, Panigas CF, Dipp T, Panigas TF, Richter CM, Belli KC, et al. Ausência de influência da massa corporal na redução da pressão arterial após exercício físico. *Arq Bras Cardiol*. 2010;94(5):678-83.
22. Dipp T, Richter CM, Bündchen DC, Panigas TF, Belli KC, Panigas CF, et al. Economic benefit of physical activity program for hypertensive subjects: variation in cost-dose-medication. (Abstract). *Circulation*. 2008;118:128.
23. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n° 19, série A. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: MS, 2006.
24. Abreu WC. Aspectos socioeconômicos, de saúde e nutrição, com ênfase no consumo alimentar, de idosos atendidos pelo Programa Municipal da Terceira Idade (PMTI), de Viçosa (MG). [Dissertação de mestrado]. Viçosa (MG): Universidade Federal de Viçosa; 2003.
25. Martins IS, Marinho SP. O potencial diagnóstico dos indicadores da obesidade centralizada. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(6):760-67.
26. Rosini N, Machado MJ, Xavier HT. Estudo da prevalência e multiplicidade de fatores de risco cardiovascular em hipertensos do município de Brusque (SC). *Arq Bras Cardiol*. 2006;86(3):219-22.