



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina

Brasil

Afio Caetano, Joselany; de Carvalho Costa, Andréa; de Sousa Araújo Santos, Zélia Maria; Soares, Enedina

Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 17, núm. 2, abril-junho, 2008, pp. 327-335

Universidade Federal de Santa Catarina

Santa Catarina, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71417215>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

DESCRÍÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES EM UM GRUPO DE IDOSOS

DESCRIPTION OF RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR ALTERATIONS IN AN ELDERLY GROUP

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LAS ALTERACIONES CARDIOVASCULARES EN UN GRUPO DE ANCIANOS

Joselany Afio Caetano¹, Andréa de Carvalho Costa², Zélia Maria de Sousa Araújo Santos³, Enedina Soares⁴

¹ Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Ceará. Ceará, Brasil.

² Aluna da graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Ceará, Brasil.

³ Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Educação em Saúde da UNIFOR. Ceará, Brasil.

⁴ Livre docente. Docente da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

PALAVRA-CHAVE: Saúde do idoso. Fatores de risco. Enfermagem.

RESUMO: Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, cujo objetivo foi investigar os fatores de risco relacionados com as alterações cardiovasculares em idosos, atendidos numa instituição pública de Fortaleza - CE, no ano de 2006. Para coleta de dados foram entrevistados 145 idosos. Os achados foram organizados em tabelas e analisados em percentuais descritivos. Os resultados mostraram, 43,4% da população encontra-se na faixa etária acima de 70 anos, predomina o sexo feminino e a renda familiar incide em um ou menos de um salário mínimo. Além disso, 52% não são alfabetizados, maioria é casada e reside com familiares, 59,3% têm antecedentes de hipertensão e 41%, são sedentários. Entre os fatores de risco citados sobressaem consumo de café, sal e gordura. As afecções crônico-degenerativas estão presentes na maioria dos idosos. Considera-se, portanto, necessário se intensificar programas de educação em saúde com vistas a se manter o padrão de qualidade de vida do idoso.

KEYWORDS: Health of the elderly. Risk factors. Nursing.

ABSTRACT: This is a descriptive study with a quantitative approach, whose objective was to investigate the risk factors related to cardiovascular changes in the elderly, attended in a public institution in Fortaleza, CE, Brazil in 2006. Interviews with 145 elderly were carried out for data collection. The findings were organized in tables and analysed in descriptive percentages. The results showed that 43.4% of the population is over 70 years old, predominantly female, with family incomes of one or less than one minimum monthly wage. Moreover, 52% are illiterate; the majority are married and live with relatives, 59.3%, have a history of hypertension and 41% are sedentary. Among the risk factors cited the consumption of coffee, salt, and fat are highlighted. Chronic-degenerative diseases are present in most elderly. It is therefore necessary to intensify health education programs in order to maintain the quality of life of the elderly.

PALABRAS CLAVE: Salud del anciano. Factores de riesgo. Enfermería.

RESUMEN: Estudio descriptivo, con abordaje cuantitativo, cuyo objetivo fue investigar los factores de riesgo relacionados con las alteraciones cardiovasculares en ancianos, atendidos en una institución pública de Fortaleza - CE, el año de 2006. Para la recolección de los datos fueron entrevistados 145 ancianos. Los resultados fueron organizados en tablas y analizados en porcentuales descriptivos. Los resultados obtenidos mostraron que un 43,4% de la población se encuentra en la faja etaria por encima de 70 años, predomina el sexo femenino y la renta familiar incide en uno o menos de un salario mínimo. Además de ello, un 52% no son alfabetizados, la mayoría es casada y reside con los familiares, 59,3% de los entrevistados tienen antecedentes de hipertensión y un 41%, son sedentarios. Entre los factores de riesgo citados sobresalen: el consumo de café, sal y grasa. Las afecciones crónico-degenerativas están presentes en la mayoría de los ancianos. Por lo tanto, se considera que es necesario intensificar los programas de educación en salud con el objetivo de mantener el nivel de calidad de vida del anciano.

INTRODUÇÃO

A população idosa tem aumentado de forma mais considerável nos últimos anos. Esse fenômeno foi observado inicialmente nos países desenvolvidos. Conforme projeções recém-publicadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que, entre 1990 e 2025, essa população aumentará cerca de sete a oito vezes em países como a Colômbia, Malásia, Quênia, Tailândia e Gana. Segundo as mesmas projeções indicam, entre os 10 países com maior população idosa em 2025, cinco serão países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, com um número estimado de 27 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade.¹ Neste país, a proporção de pessoas com mais de 60 anos de idade subiu de 6,1%, em 1980, para 7,9% em 1996, correspondendo em números absolutos a um aumento de 5,2 milhões de habitantes idosos.²

No Brasil, o índice de idosos passou de 6,2%, em 1960, para 13,9%, em 1991. De acordo com estimativas, este índice alcançará 106,8% em 2050.³ Isso leva-nos a crer que nesse período haverá predomínio da população idosa, com forte impacto sobre as demandas sociais. Assim, as informações sobre as condições de saúde da população idosa e suas demandas por serviços médicos e sociais são fundamentais para o planejamento da atenção e promoção da saúde. Atualmente, no Brasil, as condições de saúde da população idosa são praticamente desconhecidas. Estudos epidemiológicos com base populacional, ou seja, aqueles que estudam a situação de saúde da comunidade idosa, fornecem este tipo de informação. Entretanto, em nosso meio, estas informações ainda são raras ou pouco divulgadas.

Por tais motivos, é indispensável os profissionais de saúde se manterem atentos a quaisquer alterações na saúde dos idosos e intervirem prontamente, e de forma adequada, com vistas a uma melhor adaptação do indivíduo no processo de envelhecimento. Nesta fase surgem inúmeros agravos, os quais podem ser ainda maiores quando acrescidos de qualquer doença crônica, sobretudo as Doenças Cardiovasculares (DCV). Estas, muitas vezes, requerem cuidados e atenção por parte dos familiares, em relação à necessidade de acompanhamento às consultas, participação ativa na terapêutica, com reflexos nas condições financeiras, por perda ou afastamento de emprego.⁴

Como um processo dinâmico e progressivo, ao longo do envelhecimento ocorrem alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. Sua dimensão vai além do contexto biológico, e requer, portanto, atenção especial. Diante da

situação, é preciso implementar ações em favor das populações que envelhecem, com políticas de caráter mais preventivo e menos curativo, mais promocional e menos assistencial, capazes de contribuir para a manutenção da qualidade de vida.⁵

Justifica-se, portanto, a necessidade de avaliar periodicamente os idosos, no intuito de detectar problemas de saúde e fatores de risco relacionados com as alterações cardiovasculares. Entre esses fatores, sobressaem a idade, o sexo, a raça, os antecedentes familiares, a hipertensão arterial, a obesidade, o estresse, a vida sedentária, o álcool, o tabaco, os anticoncepcionais, a alimentação rica em sódio e gordura.

Nesse contexto, explicitamos o objetivo deste estudo, qual seja, investigar os fatores de risco para alterações cardiovasculares em idosos.

MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido no Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI). A área delimitada para a pesquisa foi a comunidade do Dendê, bairro da periferia da cidade de Fortaleza - CE. Esta comunidade encontra-se inserida nas ações educativas e programas sociais advindos da filosofia da instituição, e constitui campo de prática para os diversos cursos da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), destinados a contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos habitantes.

Neste estudo, foram considerados idosos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de acordo com o critério cronológico estabelecido na Política Nacional do Idoso.⁶ Adotamos como critério de seleção, para participarem da pesquisa, os idosos atendidos pelo NAMI residentes na comunidade do Dendê, e que aceitaram participar do estudo após abordagem dos pesquisadores, quando foi explicado o objetivo proposto e a importância do estudo. Houve participação espontânea, com garantia de anonimato diante dos achados. Tais esclarecimentos foram pautados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado por todos os participantes, em consonância com o previsto na Resolução N° 196/96 do Comitê de Ética do Ministério da Saúde.⁷ Ainda como exigido, a pesquisa foi também submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR e aprovada em reunião do referido Comitê com o parecer N° 349/2005.

Realizada durante visitas domiciliares, a pesquisa constituiu-se de uma amostra de 145 idosos. Contudo, uma série de fatores determinou a amos-

tragem do estudo, entre elas, algumas dificuldades em localizar o idoso. Como, em geral, a numeração dos domicílios no mencionado local não segue uma ordem, isto nos impossibilitou a localização dos idosos. Ademais, outros domicílios não eram encontrados segundo o cadastro; havia casas fechadas; alguns moradores haviam mudado de endereço e vários idosos já tinham falecido. Também, em virtude do ambiente pesquisado, outro fator a dificultar o trabalho foi a violência, comum na comunidade do Dendê. Quanto ao período de coleta de dados, foi de janeiro a dezembro de 2006.

Para esta coleta, utilizou-se um questionário com questões acerca de levantamento de dados sociodemográficos, investigação dos fatores de risco para alterações cardiovasculares, valores da Pressão Arterial, medicamentos em uso, doenças de base e exames realizados em 2006. Os resultados foram analisados quantitativamente e apresentados em percentuais descritivos e tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme mostram os dados, a maioria dos entrevistados pertencia à faixa etária dos 60 aos 69 anos (82 idosos - 56,6%), prevalecendo a população feminina (83 mulheres - 57,2%) (Tabela 1). Como em outros países do mundo, há um número maior de mulheres na faixa etária idosa (57,2%). Essa diferença se acentua com o aumento da idade. A expectativa de vida ao atingir 60 anos também acompanha o sexo, com mais de 19,3 anos de vida, em média, para as mulheres, contra 16,8 anos para os homens.⁸

Chama-nos atenção o poder aquisitivo, pois 91 (62,8%) idosos viviam apenas com um salário mínimo; 4 (2,8%) não possuíam renda, enquanto 10 (6,9%) não quiseram declará-la. Envelhecer em país em desenvolvimento constitui sério desafio, sobretudo porque, segundo pesquisas anteriormente realizadas, 40% dos idosos no país tinham uma renda familiar *per capita* inferior a um salário mínimo.⁹

Outros dados significativos são os relacionados à alfabetização dos entrevistados: 73 (50,5%) não eram alfabetizados e apenas 4 (2,8%) haviam completado o ensino médio. Segundo a maioria relatou, não teve oportunidade para estudar, pois desde cedo precisou trabalhar para ajudar a família. Quando consideramos os idosos da população do país como um todo, esses idosos vêm de uma época na qual o acesso à educação era precário e, por vezes, em algumas localidades, inexistente.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos idosos, Fortaleza - CE, 2006.

Variáveis	f	%
Idade (em anos)		
60 - 69	82	56,6
70 - 79	53	36,6
> 80	10	6,8
Sexo		
Feminino	83	57,2
Masculino	62	42,8
Renda familiar (salário mínimo)		
Sem renda	4	2,8
< 1	2	1,3
1	91	62,8
2	33	22,8
3	5	3,4
Não quis declarar	10	6,9
Escolaridade		
Analfabeto	73	50,3
Ensino fundamental incompleto	50	34,5
Ensino fundamental completo	12	8,3
Ensino médio incompleto	6	4,1
Ensino médico completo	4	2,8
Estado conjugal		
Casado	79	54,5
Viúvo	33	22,7
Solteiro	22	15,2
Divorciado	11	7,6
Com quem reside		
Cônjugue e filhos	55	37,9
Filhos	41	28,3
Cônjugue	19	13,1
Outros parentes e amigos	14	9,6
Mora só	16	11,1

Sobre o estado conjugal, a maioria dos idosos era casada, 79 (54,5%), e viúva, 33 (22,7%), enquanto os demais eram solteiros e divorciados. Como observamos, o estado conjugal dos idosos estudados corrobora os achados demográficos do Brasil. Entre os participantes, havia ainda idosos solteiros, com representatividade de 15,2%. Este fator pode comprometer a qualidade de vida dos idosos, principalmente se vierem a desenvolver perda da capacidade funcional, pois ficam sem apoio de maridos e/ou filhos. Para as mulheres, as chances de viuvez aumentam à medida que a idade avança, diminuindo a oportunidade de um segundo casamento, principalmente com homens mais jovens.¹⁰

A maior longevidade das mulheres, associada a um conjunto de fatos históricos de caráter socio-

cultural, os quais determinam que as mulheres se casem com homens mais velhos, acaba favorecendo um maior número de mulheres viúvas. Ademais, as mulheres descasadas e viúvas casam-se novamente menos que os homens nas mesmas situações.¹⁰

Ainda conforme os dados, a maioria dos idosos, 37,9%, residia com o cônjuge e filhos; 28,3% residiam com filhos, enquanto 11,15% moravam sozinhos. O fato dos idosos deste estudo terem tido filhos pode significar para eles uma possibilidade de rede de ajuda em caso de necessidade. Os viúvos têm opção de arranjos domiciliares variáveis, desde morar com filho ou filha solteiro, com filho casado ou com outras pessoas não pertencentes à sua família.

Apesar de somente 11,1% dos idosos deste estudo morarem sozinhos, essa condição requer atenção, pois pode refletir as transformações ocorridas na estrutura familiar dos últimos anos, não significando, necessariamente, abandono ou isolamento. Conforme sabemos, essa condição pode representar algum nível de risco para o idoso e, portanto, é um dado significativo para ser analisado em conjunto com outras informações referentes à autonomia e independência e também à rede de suporte social.¹¹

No concernente aos fatores de riscos cardiovasculares, objeto deste estudo, como mostra a Tabela 2, a maioria da população entrevistada possui fatores de risco para doenças cardiovasculares como: consumo desordenado de café, antecedentes familiares, consumo de sal, sedentarismo, consumo de gorduras, tabagismo e álcool.

Tabela 2 - Distribuição dos idosos segundo os fatores de risco cardiovascular, Fortaleza - CE, 2006.

Fatores de risco	Sim		Não	
	f	%	f	%
Consumo desordenado de café	122	84,1	23	15,9
Antecedentes familiares	86	59,3	59	40,7
Consumo de sal	78	53,8	67	46,2
Sedentarismo	60	41,4	85	58,6
Consumo de gordura	48	33,1	97	66,9
Fumo	40	27,6	105	72,4
Álcool	20	13,8	125	86,2

Os dados encontrados revelam uma freqüência exagerada no consumo de cafeína, 122 (84,1%). Esse é um dado relevante, e, possivelmente, um fator de risco para alterações nos níveis de pressão arterial, sobretudo se estiver em associação com

outros fatores, pois drogas que inibem a enzima monoamino-oxidase provocam um aumento considerável de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) nas terminações nervosas e resultam em elevação nos níveis tensionais. Potencializado com o consumo de café, o fenômeno poderá ocasionar o aumento dos valores da pressão arterial.¹²

Segundo verificamos, 86 (59,3%) idosos apresentam antecedentes familiares para problemas cardiovasculares. Destes, o mais citado foi a hipertensão arterial. Quanto ao sal, 78 (53,8%) referem consumi-lo. Entretanto, como sabemos, o cloreto de sódio é fator relevante no desenvolvimento e no agravamento da hipertensão.

Outro dado elevado foi a ingestão de gordura, revelada por 48 (33,1%) idosos estudados, seja ela de origem vegetal ou animal. Conforme diversos estudos têm demonstrado, a ingestão de gordura, tanto em portadores de hipertensão arterial quanto em pessoas saudáveis, deve ser controlada, particularmente para evitar o aumento de complicações como doenças coronárias e obesidade.¹³

É essencial reconhecer a complexidade dos fatores passíveis de influenciar os indivíduos idosos na sua seleção de alimentos. Estes fatores incluem renda, composição familiar, hábitos e valores culturais, religião, etnia e sexo.¹⁴

Outro fator importante observado nos participantes deste estudo foi o sedentarismo, comum para 60 (41,4%) deles. No entanto, a atividade física sistemática e regular é decisiva para a boa manutenção da saúde, em especial, da cardiovascular. Há evidências segundo as quais as atividades físicas e exercícios, em qualquer idade, reduzem a morbidade e a mortalidade para doença isquêmica do coração, hipertensão, obesidade, diabetes, osteoporose e transtornos mentais.⁵

Em nível populacional, a caminhada é, sem dúvida, o exercício mais simples e adequado. Por suas características, pode ser facilmente incorporada à rotina de vida, e tornar-se um hábito salutar. Não exige uso de equipamentos dispendiosos, seu risco de complicações é mínimo. Em estudo realizado em Gotemburgo, Suécia, os idosos com mais de 70 anos que caminhavam diariamente, pelo menos 30 minutos, apresentavam melhor capacidade física, menor densidade, menor prevalência de doença coronariana em relação aos que caminhavam menos de 30 minutos.¹⁵

Ainda, com base nos dados, observamos que 40 (27,6%) fumavam e 20 (13,8%) faziam uso de bebida alcoólica. A nicotina é maléfica ao organismo porque aumenta a liberação de

catecolaminas, responsáveis pela elevação da freqüência cardíaca, da pressão arterial e da resistência periférica. Aumenta também a capacidade orgânica de formar coágulos e diminui sua função de destruí-los. Há, ainda, redução de oxigênio nos glóbulos vermelhos em 15% a 20%, pois o monóxido de carbono, resultante de queima, liga-se à hemoglobina, lesando os vasos e favorecendo o depósito de gorduras.⁴

De acordo com o apontado por determinados estudos, o álcool é outro fator de risco, e contribui para o agravamento da patologia. O aumento das taxas de álcool no sangue eleva a pressão arterial lenta e progressivamente, na proporção de 2mmHg para cada 30 ml de álcool etílico ingerido diariamente. Mesmo quando suspenso, as cifras revertem. Soma-se a isto outro dado interessante, qual seja, quando há redução no consumo de álcool, ocorre também redução no abandono do tratamento farmacológico.¹³⁻¹⁶

Apesar de os fatores de risco tradicionais para doenças cardiovasculares, tais como tabagismo, sedentarismo, hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes, serem comprometedores, eles podem ser prevenidos, especificamente por três medidas principais: 1. abandono do hábito de fumar, eliminando o tabagismo; 2. utilização de atividades físicas no combate ao sedentarismo, hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia e diabetes; 3. mudança de hábitos nutricionais nocivos, como forma de combate à hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia e diabetes.¹⁴

Portanto, idosos identificados pela presença de fatores de risco devem receber atenção especial dos programas sociais e de saúde e o conhecimento dos fatores de risco pode orientar programas educativos para a difusão de condições e estilos de vida mais saudáveis.

Consoante verificamos, os resultados deste estudo apontam para a presença de fatores que elevam o risco da mortalidade em idosos, a exemplo do exposto na literatura.¹³ É possível, porém, reduzir os riscos com intervenções em comunidades, buscando a redução de comportamentos de riscos para a saúde, como: modificações na dieta com aumento do consumo de frutas e verduras, realização de atividades físicas e etc.

Entre as modalidades de tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), as condutas higieno-dietéticas constituem um grande desafio tanto para a clientela como para os profissionais de saúde. Essas condutas implicam mudanças de hábitos ou no estilo de vida, e isso

pode significar perda de prazer em um contexto de vida no qual as oportunidades de satisfação pessoal são limitadas.¹⁷

Tais afirmações são corroboradas por um estudo sobre adesão do cliente hipertenso ao tratamento. Nele os entrevistados aderiam apenas parcialmente ao tratamento básico, pois não incorporavam as condutas integralmente, a menor adesão foi no uso de gordura vegetal, no exercício físico regular e no uso de adoçantes dietéticos.¹⁷

Todos os participantes do estudo, ora elaborado, se submeteram a determinados exames. Destes os principais foram: hemograma, eletrocardiograma, sumário de urina, parasitológico de fezes, glicemia, colesterol, prevenção do câncer de colo uterino e toque retal, realizados por 89 (61,4%) idosos. Cinquenta e cinco idosos (37,9%) não fizeram nenhum tipo de exame e um não lembrava se havia feito algum exame.

Em relação aos dados referentes às cifras pressóricas arteriais, foi utilizada a classificação diagnóstica do Consenso,¹⁸ conforme descrito na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos idosos segundo os níveis pressóricos, Fortaleza - CE, 2006.

Pressão arterial	f	%
Normal	54	37,2
Normal limítrofe	29	20,0
Hipertensão leve	30	20,7
Hipertensão moderada	15	10,3
Hipertensão grave	10	7,0
Hipertensão sistólica isolada	7	4,8
Total	145	100,00

Destes resultados, merecem destaque aqueles que apresentam níveis de hipertensão leve, moderada, grave e isolada dos participes deste estudo. Como a prevalência de hipertensão arterial aumenta com a idade, mais de 50% da população de 60 anos ou mais têm hipertensão. Este é um dos fatores predisponentes das doenças cardíacas, cerebrovasculares e renais, motivos pelos quais deve ser controlado, pois pode contribuir para elevar os percentuais de mortalidade cardiovascular e de implicações diretas para a qualidade de vida e a longevidade.¹⁶

Quanto ao grupo das doenças do aparelho circulatório, no qual se encontra o maior número de problemas de saúde dos idosos, 108 (74,4%), as principais enfermidades encontradas foram:

hipertensão, flebite e insuficiência cardíaca congestiva. Como segundo grupo de agravos constam os problemas na visão, com 89 (61,3%). Em seguida vêm as doenças osteomusculares, relatadas por 73 (50,3%) dos idosos, cujos principais problemas são: artrite, reumatismo, osteoporose e bursite.

As doenças do sistema nervoso, no total de 32 (22%), também foram mencionadas e apresentam as seguintes enfermidades: depressão (16), Acidente Vascular Cerebral e seus efeitos (14), Doença de Alzheimer (2). Mencionaram-se, ainda, as doenças endócrina, metabólica e nutricional, a exemplo da diabetes (25) e problemas na alimentação, com perda de peso (4) (Tabela 4).

Outro agravio foi o distúrbio na audição, em 25 (17,2%) idosos. A ele seguiram-se problemas no aparelho digestivo, 22 (15,1%); no sistema respiratório, 21 (14,4%); na pele, 19 (13,1%); no aparelho geniturinário, 11 (7,5%) e neoplasias, 2 (1,3%).

Tabela 4 - Distribuição de idosos por grupos de agravos. Fortaleza - CE, Brasil, 2006.

Agravos	f	%
Doenças do aparelho circulatório	108	74,4
Doenças do olho e anexos	89	61,3
Doenças osteomusculares	73	50,3
Doenças do sistema nervoso	32	22,0
Doenças endócrina, metabólica e nutricional	29	20,0
Distúrbio de audição	25	17,2
Doenças do aparelho digestivo	22	15,1
Doenças do sistema respiratório	21	14,4
Doenças da pele	19	13,1
Doenças do aparelho geniturinário	11	7,5
Neoplasias (tumores)	2	1,3

A prevalência de problemas crônico-degenerativos como HAS revelou-se elevada nesta amostra: 51%. Em países desenvolvidos e em alguns em desenvolvimento, as DCVs representam a principal causa de morte e de incapacidade. Enquanto, no mundo desenvolvido, 49% dos óbitos advêm de DCVs, nos países em desenvolvimento, conforme se estima, em 2020, 34% de todos os óbitos terão essa mesma origem.⁵

Como mostram determinados estudos, a HAS é considerada uma das mais importantes causas de morbidade e mortalidade em idosos, tanto pela elevada prevalência como pelas complicações que determina. Em indivíduos idosos, ela ocorre em aproximadamente 60% dos

homens e 70% das mulheres, e afeta sobretudo indivíduos da raça negra.⁴

Quanto às doenças oculares, embora os distúrbios visuais patológicos não façam parte do envelhecimento normal, existe o aumento da incidência deles no idoso, mais amiúde, a catarata, o glaucoma, a degeneração macular senil e a retinopatia diabética. Além disso, o final da década de 1930 e início da década de 1940 introduzem nova condição visual para o indivíduo sem problemas visuais até esta data. Trata-se do surgimento da presbiopia ou "vista cansada", cuja queixa básica é a diminuição da visão de perto.¹⁹ Portanto, como os idosos estão mais propensos a desenvolverem doenças degenerativas, provavelmente a deficiência visual acomete mais idosos do que jovens.

Por si, o envelhecimento não representa uma doença. Contudo, rotineiramente determina elevado número de transtornos. Destes, o glaucoma é a alteração de saúde ocular mais grave e, se não for tratado, pode levar à cegueira total. O sintoma inicial é a perda gradual da visão periférica, evoluindo para dor nos olhos e aparecimento de halos em torno das luzes.¹⁹

Conforme demonstram estudos epidemiológicos,¹⁵ a dor crônica é um dos sintomas mais comuns no idoso. De qualquer forma, a dor é a mais freqüente razão para atendimento de doentes em consultórios ou em ambulatórios, e é, inclusive, fundamental para o diagnóstico de afecções agudas e para instituição de conduta a ser adotada em portadores de doenças crônicas.

Nas mulheres idosas, o acometimento articular se faz preferencialmente nas pequenas articulações das mãos e pés, joelhos, e coluna vertebral, enquanto nos homens ocorre preferencialmente nas coxofemorais e coluna lombar.¹⁵ A artrite reumatóide (AR), por exemplo, é uma doença inflamatória sistêmica que afeta mais comumente mulheres, com um pico de incidência do início da doença na quarta e na quinta décadas de vida. Com o progredir da idade, a prevalência da doença aumenta, e um terço dos pacientes adquire a AR após os 60 anos de idade. Em idosos, a AR coexiste com doenças crônicas, tais como hipertensão, diabetes, osteoartrite e osteoporose.²⁰

Outro comprometimento do envelhecimento é a perda da capacidade de ouvir os tons de alta freqüência, ocorrido na meia-idade. A perda auditiva associada à idade, denominada presbiacusia, é atribuída a alterações irreversíveis no ouvido interno. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos

e exigem acompanhamento médico constante e medicação contínua.²¹

Dos entrevistados, 85 (58,6%) faziam uso de medicamentos e 60 (41,4%) não o faziam. Os grupos de medicamentos mais consumidos atuam da seguinte forma: sobre o sistema cardiovascular, 66 hipotensores, tais como os inibidores do sistema renina-angiotensina (52), betabloqueadores (14) e bloqueadores dos canais de cálcio (3); os diuréticos (36); os analgésicos e antiinflamatórios (32); os antidiabéticos (20); os ansiolíticos (10); a antiúlcera (4) e a vitamina D (5). Existem, ainda, outros, com menor freqüência: broncodilatador, corticosteróide, antiespasmódico vesical, antibióticos, antianêmico, antifisético e medicamentos fitoterápicos.

Apesar da literatura mostrar que os medicamentos com ação sobre o aparelho cardiovascular são os mais consumidos por idosos, no referente à classificação terapêutica, o predomínio de medicamentos anti-hipertensivos – diuréticos e medicamentos que atuam sobre o sistema renina-angiotensina responderam por cerca de um quarto do total de medicamentos utilizados – é coerente com o fato de a hipertensão ser uma condição crônica auto-referida mais freqüente entre os idosos do estudo.²²

Em relação ao consumo de medicamentos, conforme um estudo realizado com 93 idosos da Universidade Aberta da Terceira Idade, no Rio de Janeiro, 85% da amostra relataram utilizar pelo menos um medicamento regularmente. Nessa mesma universidade, em outro estudo, ao entrevistarem 140 idosos, eles afirmaram ter ingerido 2,3 medicamentos em média na véspera da entrevista.²³ De 184 idosos atendidos em um ambulatório de psicogeriatría de São Paulo, 41,3% consumiam três ou mais medicamentos por dia. Das drogas não psicotrópicas, os anti-hipertensivos foram os mais freqüentemente utilizados (32,6%).²⁴

De modo geral, pessoas idosas utilizam mais medicamentos que qualquer outro grupo etário. Elas representam 12,6% da população total, e usam 30% dos medicamentos prescritos e 40% dos medicamentos populares. Esses achados, diante do rápido envelhecimento populacional brasileiro e dos riscos potenciais do uso de medicamentos em idade mais avançada, reforçam a necessidade de que a assistência farmacêutica ao idoso seja uma preocupação constante dos planejadores em saúde, no sentido de garantir a esse segmento populacional o acesso ao medicamento e o seu uso com qualidade.²⁵

Quanto à situação vacinal, 89 idosos (61,3%) foram vacinados, enquanto 56 (38,6%) não o foram. Dos idosos, 88 fizeram referência à vacina da gripe e 10 se imunizaram com a dupla adulta. Nenhum referiu a imunização contra a pneumonia.

Nas últimas décadas, o aumento na proporção de idosos na população tem sido um dos fatores demográficos mais relevantes e isto implica novas demandas para as políticas sociais e de saúde. Como evidenciamos, os problemas de saúde que afetam os idosos são quase sempre de natureza crônica. Portanto, o desenvolvimento de ações efetivas de controle e prevenção para enfrentá-los constitui um desafio para os sistemas de atenção à saúde e uma prioridade no planejamento. Neste caso, a melhor solução é identificar os fatores de risco e atuar sobre eles com medidas de promoção e prevenção.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa visa contribuir para a estruturação de uma assistência de qualidade a ser prestada às pessoas idosas, pois possibilita o conhecimento de característica desta clientela e dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. Assim, conforme verificamos, trata-se de população pertencente à faixa etária entre 60-69 anos, com maior freqüência do sexo feminino, baixa renda *per capita*, nível instrucional analfabeto e predomínio de casado e/ou viúvo. Os idosos residem em companhia do cônjuge ou no mesmo domicílio que os filhos, genros, noras ou netos, isto é, domicílio multigeracional.

A predominância de idosos pertencentes ao sexo feminino refletiu a maior longevidade das mulheres em relação aos homens, fenômeno atribuído a algumas condições: menor exposição a determinados fatores de risco, notadamente no trabalho; menor prevalência de tabagismo e uso de álcool; diferenças quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades, e maior cobertura da assistência gineco-obstétrica.

Dos fatores de risco citamos em ordem decrescente os seguintes percentuais: consumo desordenado de café, com 84,1%; antecedentes familiares, 59,3%; uso de sal, 53,7%; gordura, 33,1%; e tabagismo, 27,6%. Acrescenta-se a presença de afecções crônico-degenerativas as quais exigem tratamento prolongado e oneroso. Dos entrevistados, 37,25 apresentavam pressão normal; 20%, normal limítrofe; 20,7%, hipertensão leve; 10,3%, hipertensão moderada; 7%, hipertensão grave e 4%, hipertensão sistólica isolada.

Referiram presença de doença crônica, como: dor, hipertensão, alteração de visão, artrite, entre outras afecções ainda incuráveis para as quais se exigem cuidados freqüentes, prolongados e muitas vezes caros. Contudo, a prevalência desses problemas crônicos de saúde com suas incapacidades associadas, não difere substancialmente do observado em outros países mais desenvolvidos. Trata-se na verdade, de uma consequência natural do envelhecimento populacional. Há, porém, um objeto de grande preocupação: esta transição está se dando num contexto de extrema privação da população. Tal fato associado ao aumento quase explosivo da população de idosos pode gerar uma demanda insuportável para o sistema de saúde.

Finalmente, embasados nos resultados aqui apresentados, acreditamos que o objetivo fundamental na atenção à saúde do idoso é de se conseguir a manutenção do seu bom estado de saúde, com a finalidade de atingir o máximo de vida ativa na comunidade junto à família, com o maior grau possível de autonomia, de independência física, psíquica e social. Para tanto, cabe às autoridades competentes intensificar suas ações no processo de educação em saúde com vistas a se manter o padrão de qualidade de vida compatível com os recomendados pelo Estatuto do Idoso ora vigente no país.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization. Population ageing: a public health challenge [n. 135]. Geneva (CH): Fact Sheet; 1998.
- 2 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da população 1996. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 1997.
- 3 Moreira MM. Envelhecimento da população brasileira em nível regional: 1995-2050. In: Anais do 11o Encontro Nacional de Estudos Populacionais [CD-ROM]; Caxambu: Belo Horizonte; 1998.
- 4 Araujo TL, Maciel ICF, Maciel GGF, Silva ZMSA. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. Rev. Soc. Cardiol. 1998 Mar-Abr; 8 (2): 1-6.
- 5 Salgado MA. Envelhecimento populacional: desafio do próximo milênio. Terceira Idade. 1998 Ago; 10 (14): 31-8.
- 6 Brasil. Decreto No 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei No 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 3 Jul 1996. v.134, n.28, Seção 1, p.12277-9.
- 7 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No. 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 1996.
- 8 Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Necessidade de saúde comum aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. Cienc. Saude Colet. 2006 Set; 11 (3): 657-67 [acesso em 2007 Maio 28]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300014&lng=pt&nrm=iso
- 9 Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2000. PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio): acesso e utilização de serviços de saúde 1998. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2000.
- 10 Barreto KML, Carvalho EMF, Falcão IV, Lessa FJD, Leite VMM. Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no estado de Pernambuco. Rev. Bras. Saude Materno Infantil. 2003 Set; 3 (3): 339-54 [acesso em 2007 Maio 28]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000300013&lng=pt&nrm=iso
- 11 Peixoto C. De volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos. In: Veras RP, organizadora. Terceira idade: desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro (RJ): Relume-Dumará; 1997. p.41-74.
- 12 Oliveira TC, Araújo TL, Moreira TMM. Avaliação de fatores de risco para alterações cardiovasculares e de alterações oculares em um grupo de idosos. Rev. Nursing. 2003 Jan; 56 (6): 15-21.
- 13 Mion Júnior D. Hipertensão: aspectos práticos. São Paulo (SP): Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Departamento de Hipertensão Arterial; 1988.
- 14 Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML, Doll J. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2ed. 2006.
- 15 Carvalho Filho ET. Fisiologia do envelhecimento. In: Papaléo NM. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p.60-70.
- 16 Pessuto J, Carvalho EC. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. Rev. Latinoam. Enfermagem. 1998 Jan; 6 (1): 33-9 [acesso em 2007 Jun 22]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000100006&lng=pt&nrm=iso
- 17 Santos ZMSA, Frota MA, Cruz AM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. Texto Contexto Enferm. 2005 Set-Dez; 14 (3): 332-40.
- 18 Sociedade Brasileira de Hipertensão. Anais do 30 Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial; 1998 fevereiro de 12 a 14; Campos do Jordão, Brasil. Campos do Jordão (SP): SBH; 1998.
- 19 Smeltzer SC, Bare BG. Histórico e tratamento de pacientes com distúrbios oculares e da visão. In: Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth, tratado

- de enfermagem médica-cirúrgica. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005. p. 1849-93.
- 20 Brito FC, Litvoc J. Envelhecimento prevenção e promoção da saúde. São Paulo (SP): Atheneu; 2006.
- 21 Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad. Saúde Pública*. 2003 Jun. 19 (3): 705-15 [acesso em 2007 Maio 28]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300003&lng=pt&nrm=iso
- 22 Lima-Costa MFF. A saúde dos adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional. Belo Horizonte (MG): Fundação Oswaldo Cruz/Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento/Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
- 23 Sayd JD, Figueiredo MC, Vaena MLHT. Automedicação na população idosa no núcleo de atenção ao idoso na UnATI/UERJ [3]. In: Vellhice numa Perspectiva de Futuro Saudável (Veras RP e org.) Rio de Janeiro (RJ): Relume Dumará/Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000. p. 21-34.
- 24 Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006 Dez; 22 (12): 2657-67 [acesso em 2007 Maio 28]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200015&lng=pt&nrm=iso
- 25 Ruiz T, Chalita LVAS, Barros MBA. Estudo de sobrevivência de uma coorte de pessoas de 60 anos e mais no município de Botucatu (SP) - Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2003 Set; 6 (3): 227-36.