



Universidade Estadual da Paraíba

Campus I

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Curso de Graduação Farmácia Generalista

ALINE DE PAULA BATISTA SOUSA

**Avaliação do Perfil Lipídico de Idosos Atendidos numa Unidade
Básica de Saúde da Família de Campina Grande**

CAMPINA GRANDE – PB

2012

ALINE DE PAULA BATISTA SOUSA

**Avaliação do Perfil Lipídico de Idosos Atendidos numa Unidade
Básica de Saúde da Família de Campina Grande**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação
Farmácia Generalista da
Universidade Estadual da Paraíba,
em cumprimento à exigência para
obtenção do grau de Bacharel em
Farmácia.

Orientadora: Maria Auxiliadora Lins
da Cunha.

CAMPINA GRANDE – PB

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S725a Sousa, Aline de Paula Batista.
Avaliação do perfil lipídico de idosos atendidos
numa unidade básica de saúde da família de Campina
Grande [manuscrito] / Aline de Paula Batista Sousa. –
2012.
24 f .

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Farmácia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro
de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Profa. Dra. Maria Auxiliadora Lins
Da Cunha, Departamento de Farmácia”.

1. Perfil lipídico. 2. Dislipidemias. 3. Idosos. I.
Título.

21. ed. CDD 616.075

ALINE DE PAULA BATISTA SOUSA

**Avaliação do Perfil Lipídico de Idosos Atendidos numa Unidade
Básica de Saúde da Família de Campina Grande**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação
Farmácia Generalista da
Universidade Estadual da Paraíba,
em cumprimento à exigência para
obtenção do grau de Bacharel em
Farmácia.

Aprovada em: ___/___/2012.

Gláucia Auxiliadora Lins da Cunha

Prof^ª Dr^a Maria Auxiliadora Lins da Cunha/ UEPB

Orientadora

Heronides dos Santos Pereira

Prof. Dr. Heronides Pereira/ UEPB

Examinador

Rosemary Sousa Cunha Lima

Prof^ª. Dr^a. Rosemary Sousa/ UEPB

Examinadora

Avaliação do Perfil Lipídico de Idosos Atendidos numa Unidade Básica de Saúde da Família de Campina Grande

Aline de Paula Batista Sousa¹, Maria Auxiliadora Lins da Cunha².

Resumo

Fundamento: A análise do perfil lipídico pode revelar a prevalência das dislipidemias em uma população, possibilitando uma intervenção direcionada para o controle e prevenção de problemas cardiovasculares.

Objetivo: Avaliar a prevalência de dislipidemias e fatores associados em idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde da Família, no Município de Campina Grande-PB.

Métodos: Estudo epidemiológico transversal, realizado em idosos do município de Campina Grande. A coleta de dados foi realizada através de um formulário para registro das variáveis sócio-demográficas (gênero, idade, escolaridade, estado civil), antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal), e clínicas (estado nutricional e pressão arterial) e laboratoriais (níveis de glicemia, triglicerídeos, colesterol total e frações). Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas, percentuais uni e bivariadas e as medidas estatísticas: média, mediana e desvio padrão (Técnicas de estatística descritiva) e foram utilizados os testes: Qui-quadrado de Pearson ou o Exato de Fisher.

Resultados: Participaram do estudo 59 idosos hipertensos. A dislipidemia foi prevalente em 96,6% dos idosos, com alteração do HDL-colesterol (HDL-c) em 86,4% da amostra. O sedentarismo esteve presente em 76,3% com maior frequência entre as mulheres, assim como o excesso de peso (84,8%) e a obesidade central (82,6%). A síndrome metabólica foi constatada em 76,3% e o diabetes mellitus em 32,2% da amostra. A maioria dos fatores de risco foram mais alterados em idosos com até 69 anos. O HDL-c foi significativo em pacientes com síndrome metabólica e em dislipidêmicos.

Conclusão: Houve uma alta prevalência de dislipidemias nos idosos, com frequente alteração do HDL-c. Os fatores de risco, em sua maioria, estiveram mais presentes nas mulheres e em idosos com idade entre 60 e 69 anos. . O conhecimento dos fatores de risco pra doenças cardiovasculares e da prevalência destes, pode colaborar com a abordagem multiprofissional à saúde do idoso, que tenha como foco a prevenção das complicações relacionadas aos fatores de risco cardiovasculares.

Palavras-chave: Perfil lipídico, fatores de risco, idosos.

¹Graduanda do Curso de Farmácia Generalista/ Departamento de Farmácia/ Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

²Farmacêutica, Doutora, Pesquisadora / Departamento de Farmácia/ UEPB.

1. INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa representa um dos grandes desafios da saúde pública no Brasil. Estimativas indicam que a população idosa brasileira poderá exceder 30 milhões de pessoas até 2020, chegando a representar quase 13% da população¹.

O processo de envelhecimento populacional aumenta a necessidade de conhecer a situação de saúde e os fatores de risco envolvidos no desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente nas doenças cardiovasculares (DCV), que desde a década de 60 lideram as causas de morte no país, correspondendo em 2007 a 37,7 % de óbitos entre os idosos².

Com base nos resultados observados em estudos populacionais como o de Framingham Heart Study e de INTERHEART Study, foram estabelecidos como fatores de risco de maior probabilidade para o desenvolvimento das DCV, a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, o tabagismo e as dislipidemias³. Além disso, fatores secundários como o gênero, a idade, e a falta de exercícios físicos também aumentam o risco de desenvolvimento destas complicações. Deste modo, a dislipidemia é um importante fator de risco cardiovascular que, juntamente com a obesidade abdominal, a intolerância à glicose e a hipertensão arterial compõem a síndrome metabólica⁴.

Nesse contexto, a análise do perfil lipídico pode revelar a prevalência das dislipidemias em uma população, possibilitando uma intervenção direcionada para o controle e prevenção de problemas cardiovasculares, uma vez que as dislipidemias variam segundo as características socioeconômicas, sexo, idade, hábitos dietéticos culturais e diferentes estilos de vida. No Brasil, há vários estudos sobre a prevalência das dislipidemias em populações distintas, alguns envolvendo populações maiores, compreendendo cidades interiores, outros envolvendo grupos mais restritos, limitados a instituições, escolas, pacientes de risco, laboratórios de análises clínicas^{5,6,7}.

Assim, o crescimento da população acima de 60 anos e o impacto significativo das DCV nessa faixa etária motivaram a proposta desse estudo que teve como objetivo avaliar a prevalência de dislipidemias e fatores associados em idosos

atendidos em uma Unidade Básica de Saúde da Família, no Município de Campina Grande-PB.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A morbidade apresentada pela população idosa caracteriza-se pela presença de doenças crônicas e múltiplas de longa duração, exigindo acompanhamento, cuidados permanentes e exames periódicos. O idoso utiliza mais serviços de saúde, e apresenta internações hospitalares mais frequentes do que entre adultos. Ainda, com o aumento da prevalência de doenças crônicas com a idade, o fortalecimento de ações com ênfase na atenção primária à saúde tem papel fundamental na detecção precoce de idosos em situação de vulnerabilidade para essas doenças⁸.

A dislipidemia é um quadro clínico caracterizado por concentrações anormais de lipídios ou lipoproteínas (LP) no sangue, determinado por fatores genéticos e ambientais⁹. Evidências acumuladas ao longo de várias décadas, inclusive epidemiológicas, animais, metabólicas e clínicas, demonstraram que níveis elevados de Colesterol Total (CT), LDL colesterol (LDL-c) e triglicerídeos (TG) estão correlacionados com maior incidência de hiperlipidemia, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Doença Arterial Coronariana (DAC). Essas doenças ocorrem em consequência da formação de placas lipídicas (ateromas) que se depositam na parede arterial, podendo obstruir a luz dos vasos sanguíneos¹⁰.

As dislipidemias podem ser classificadas como primárias ou secundárias¹¹:

- Dislipidemias primárias: são as relacionadas a causas genéticas e só se manifestam em função da influência ambiental, devido à dieta inadequada e/ou sedentarismo. Podem ser classificadas genotipicamente ou fenotipicamente através de análises bioquímicas. Na classificação genotípica, se dividem em monogênicas, causadas por mutações em um só gene e poligênicas, causadas por associações de múltiplas mutações que isoladamente não seriam de grande repercussão¹¹.

- Dislipidemias secundárias: diversas situações clínicas e alguns medicamentos podem alterar o metabolismo de uma ou mais LP, ocasionando dislipidemias, ou influenciar a manifestação e agravamento das dislipidemias primárias¹¹.

A classificação bioquímica ou fenotípica das dislipidemias envolve valores do CT, LDL-c, HDL-c e TG, e de acordo com a IV Diretriz Brasileira

sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose¹²a dislipidemia bioquímica ou fenotípica é dividida em quatro tipos:

- Tipo 1: Hipercolesterolemia isolada: elevação isolada do LDL-c (≥ 160 mg/dL);
- Tipo 2: Hipertrigliceridemia isolada: elevação isolada dos TG (≥ 150 mg/dL);
- Tipo 3: Hiperlipidemia mista: valores aumentados de LDL-c (≥ 160 mg/dL) e de TG (≥ 150 mg/dL). Nos casos com TG ≥ 400 mg/dL, quando o cálculo do LDL-c pela fórmula de Friedewald é inadequado, considerar-se-á hiperlipidemia mista se o CT for maior ou igual a 200 mg/dL.
- Tipo 4: HDL-c baixo: redução do HDL-c (homens < 40 mg/dL e mulheres < 50 mg/dL) isolada ou em associação com aumento de LDL-c ou de TG (SBC, 2010)¹².

3. MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, realizado no período de agosto de 2010 a junho de 2011, em 59 idosos hipertensos que pertenciam ao programa Hiperdia da Unidade Básica de Saúde da Família Adalberto César, no município de Campina Grande – PB. O estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Avaliação da Proteína C Reativa em Portadores de Síndrome Metabólica” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), sob o número de processo nº 0593.0.133.000-10. Em concordância com as diretrizes éticas, os participantes tomaram ciência dos objetivos, da metodologia da pesquisa e possíveis desconfortos e/ou benefícios que a pesquisa poderia resultar, bem como foram informados a respeito do sigilo das informações, mas que os resultados seriam divulgados em publicações científicas desde que o nome dos mesmos não fosse mencionado. Após estes esclarecimentos, as pessoas envolvidas assinaram o termo de Consentimento livre e Esclarecido.

A inserção dos pacientes no estudo realizou-se obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: pacientes idosos e portadores de hipertensão arterial sistêmica.

Como instrumento para coleta dos dados foi utilizado um formulário para registro das variáveis sócio-demográficas (gênero, idade, escolaridade, estado civil), antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal), clínicas (estado nutricional e pressão arterial) e laboratoriais (níveis de glicemia, triglicerídeos, colesterol total e frações).

A faixa etária foi dividida em duas, idosos com idade até 69 anos e idosos com 70 anos ou mais.

O estado civil foi classificado em: com companheiro(a) os idosos casados, e sem companheiro(a) os idosos solteiros, separados e viúvos.

O tabagismo: foram considerados tabagistas os pacientes que fumam ou que são ex-fumantes, e não tabagistas os pacientes que relataram nunca ter fumado.

Com relação ao consumo de bebidas alcoólicas foram classificados como etilistas os idosos que têm ou já tiveram um consumo regular desse tipo de bebida, e em não etilistas os que não têm e nunca tiveram consumo regular das mesmas.

Consideraram-se não sedentários os idosos que praticavam atividade física regular com uma frequência mínima de três vezes na semana, com duração mínima de 30 minutos, conforme recomendações das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial¹².

A classificação do estado nutricional foi realizada a partir do cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC) que é calculado pelo quociente entre o peso, em quilogramas, e o quadrado da estatura, em metros. Este índice possui boa correlação com a quantidade total de gordura e permite a classificação em categorias, são elas: eutrófico (IMC entre 18,5 e 24,9 Kg/m²) sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 Kg/m²), obesidade grau I (IMC entre 30 e 34,9 Kg/m²), obesidade grau II (IMC entre 35 e 39,9 Kg/m²) e obesidade grau III (IMC \geq 40 Kg/m²)¹³. Para melhor entendimento o estado nutricional foi dividido em duas variáveis: eutrófico para pacientes com IMC eutrófico, e excesso de peso para pacientes com sobrepeso e obesidades graus I, II e III. Os idosos foram pesados em balança mecânica Welmy, nº48989, modelo R110 com capacidade para 150 Kg e precisão de 100g. Para a medição da estatura corporal, o paciente permaneceu em posição ortostática com os pés unidos e descalços, utilizou-se um estadiômetro de alumínio acoplado a balança com escala de 0,5cm.

A circunferência abdominal (CA) foi medida utilizando-se uma fita inelástica da marca Fiber Glass de precisão milimétrica com o paciente de pé, com as mãos atrás da cabeça e o abdômen relaxado, no ponto médio entre o último arco costal e a crista ilíaca antero – superior.

A pressão arterial (PA) foi aferida com o idoso sentado, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado, com o braço na altura do coração, ou seja, ao nível do ponto médio do esterno ou quarto espaço intercostal, e em repouso prévio de pelo menos cinco minutos, utilizando um esfigmomanômetro B&D, com manguitos de tamanhos apropriados à circunferência dos braços. Foram consideradas alteradas a PA \geq 140/90 mmHg, seguindo as recomendações das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão¹².

Para as análises bioquímicas foi cumprido o jejum de 12 horas antes da coleta sanguínea. O sangue foi colocado em um tubo com gel separador, para dosagens bioquímicas a partir da obtenção do soro. Após a coagulação, em temperatura

ambiente, os tubos foram centrifugados em 3000 rpm durante 10 minutos. As dosagens bioquímicas foram realizadas em equipamento automático modelo Metrolab 2300-Wiener através do método colorimétrico enzimático, seguindo as instruções do fabricante para mensuração do colesterol total, HDL - colesterol, triglicerídeos e glicemia de jejum.

O HDL colesterol (HDL-c) foi mensurado através da precipitação seletiva das lipoproteínas de baixa e muito baixa densidades, determinando-se, após centrifugação, o sobrenadante. E o LDL colesterol (LDL-c) foi calculado usando a fórmula de Friedewald: $LDL-c = \text{colesterol total} - (\text{HDL-c} + TG/5)$, considerando-se valores de TG até 400mg/dL.

Para a classificação de síndrome metabólica utilizou-se os seguintes critérios do NCEP – ATP III como pontos de corte:

- a) obesidade abdominal: quando a CA for maior que 88 cm em mulheres e maior que 102 cm em homens;
- b) concentração plasmática de triglicérides ≥ 150 mg/dl;
- c) concentração plasmática de HDL- c inferior a 40 mg/dl para homens e 50 mg/dl para mulheres;
- d) glicemia de jejum ≥ 110 mg/dl.

Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas, percentuais uni e bivariadas e as medidas estatísticas: média, mediana e desvio padrão (Técnicas de estatística descritiva) e foram utilizados os testes: Qui-quadrado de Pearson ou o Exato de Fisher desde as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas para associação entre variáveis categóricas, t-Student com variâncias iguais, t-Student com variâncias desiguais e o teste F (ANOVA) (Técnica de estatística inferencial). A verificação das hipóteses de igualdade de variâncias foi realizada através do teste F de Levene.

A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5%.

O programa estatístico utilizado para digitação dos dados e obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 17.

Todas as análises bioquímicas foram realizadas no Laboratório de análises Clínicas (LAC) na Universidade Estadual da Paraíba.

4. RESULTADOS

Foram avaliados 59 idosos e a amostra caracterizou-se pelo predomínio do sexo feminino $n=46$ (78,0%). Na Tabela 1 observa-se que a maioria da amostra analisada (66,1%) se encontrava na faixa etária de 60 a 69 anos. Em relação ao perfil socioeconômico, constatou-se que 59,3% tinham 1º grau incompleto/completo. A frequência de idosos casados ou com companheiros foi duas vezes maior entre os homens (92,3%). Observou-se uma alta prevalência de excesso de peso na maioria da amostra (83,1%), destacando-se uma maior frequência entre as mulheres (84,8%).

Avaliando os fatores de risco cardiovascular conforme o sexo, (Tabela 2), constatou-se que com relação ao estilo de vida a maior parte da amostra (76,3%) era sedentária, com frequência maior entre as mulheres ($p=0,001$). O tabagismo foi citado por 30,5% observando-se uma frequência maior no sexo masculino. O consumo de bebida alcoólica foi observado em 5,1% da amostra. Observou-se que 32,2% eram portadores de diabetes mellitus. Do total, 69,5% apresentaram obesidade central, sendo significativamente mais frequente entre as mulheres ($p<0,001$). A presença de síndrome metabólica foi constatada em 76,3% dos participantes, observando-se uma maior prevalência no sexo feminino ($p=0,008$). Com relação ao perfil lipídico, 96,6% apresentaram-se dislipidêmicos. Observou-se alteração do HDL-c (86,4%) e dos triglicerídeos (54,2%). O colesterol total e LDL-c apresentaram-se alterados com 42,4% e 11,9% respectivamente. As médias das variáveis numéricas: pressão arterial sistólica (PAS) e pressão artéria diastólica (PAD) foram correspondentemente mais elevadas no sexo feminino do que no masculino, porém não se comprovou diferença significativa para essas variáveis.

Os resultados obtidos mediante as análises de correlação da faixa etária entre, síndrome metabólica, obesidade central, perfil lipídico, glicemia e pressão arterial encontram-se na Tabela 3. Verificou-se associação significativa da síndrome metabólica ($p=0,010$), onde a prevalência mais elevada foi na faixa compreendida entre 60 a 69 anos (87,2%). Com relação à obesidade central ($p=0,020$), apresentou-se mais elevada na faixa etária entre 60 a 69 anos (79,5%). Avaliando-se os componentes do perfil lipídico, verificou-se que apenas o colesterol total ($p=0,002$) e os triglicerídeos ($p=0,034$) apresentaram significância, encontrando-se

mais elevados na faixa entre 60 a 69 anos com 56,4% e 64,1%, respectivamente. Com relação à glicemia e à média dos níveis pressóricos não foi observado diferenças significativas entre as faixas etárias.

Tabela 1 – Avaliação dos dados sócio demográficos e estado nutricional, segundo o sexo

Variável	Sexo				Grupo Total		Valor de p
	Masculino		Feminino		N	%	
	n	%	n	%			
TOTAL	13	100,0	46	100,0	59	100,0	
• Faixa etária							
60 a 69	6	46,2	33	71,7	39	66,1	p ⁽¹⁾ = 0,106
70 ou mais	7	53,8	13	28,3	20	33,9	
• Escolaridade							
Não alfabetizado	4	30,8	20	43,5	24	40,7	p ⁽²⁾ = 0,410
1º grau incompleto/completo	9	69,2	26	56,5	35	59,3	
• Estado civil							
Com companheiro	12	92,3	20	43,5	32	54,2	p ⁽²⁾ = 0,002*
Sem companheiro	1	7,7	26	56,5	27	45,8	
• Estado nutricional							
Eutrofia	3	23,1	7	15,2	10	16,9	p ⁽¹⁾ = 0,676
Excesso de peso	10	76,9	39	84,8	49	83,1	

(*): Associação significativa ao nível de 5,0%.

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências muito baixas.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-Quadrado de Pearson.

Tabela 2 – Avaliação dos fatores de risco cardiovascular, segundo o sexo.

Variável	Sexo				Grupo Total		Valor de p
	Masculino		Feminino		N	%	
	n	%	N	%			
TOTAL	13	100,0	46	100,0	59	100,0	
• DM							
Sim	3	23,1	16	34,8	19	32,2	p ⁽¹⁾ = 0,517
Não	10	76,9	30	65,2	40	67,8	
• Sedentarismo							
Sim	5	38,5	40	87,0	45	76,3	p ⁽¹⁾ = 0,001*
Não	8	61,5	6	13,0	14	23,7	
• Tabagismo							
Sim	6	46,2	12	26,1	18	30,5	p ⁽¹⁾ = 0,187
Não	7	53,8	34	73,9	41	69,5	
• Etilismo							
Sim	1	7,7	2	4,3	3	5,1	p ⁽¹⁾ = 0,533
Não	12	92,3	44	95,7	56	94,9	
• Síndrome metabólica							
Sim	6	46,2	39	84,8	45	76,3	p ⁽¹⁾ = 0,008*
Não	7	53,8	7	15,2	14	23,7	
• Obesidade central							
Sim	3	23,1	38	82,6	41	69,5	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Não	10	76,9	8	17,4	18	30,5	
• Dislipidemia							
Sim	13	100,0	44	95,7	57	96,6	p ⁽¹⁾ = 1,000
Não	-	-	2	4,3	2	3,4	
• Colesterol Total							
Alterado	4	30,8	21	45,7	25	42,4	p ⁽²⁾ = 0,338
Normal	9	69,2	25	54,3	34	57,6	
• HDL							
Alterado	11	84,6	40	87,0	51	86,4	p ⁽¹⁾ = 1,000
Normal	2	15,4	6	13,0	8	13,6	
• LDL							
Alterado	-	-	7	15,2	7	11,9	p ⁽¹⁾ = 0,330
Normal	13	100,0	39	84,8	52	88,1	
• Triglicerídeos							
Alterado	6	46,2	26	56,5	32	54,2	p ⁽²⁾ = 0,508
Normal	7	53,8	20	43,5	27	45,8	
• PAS: Média ± DP	131,54 ± 20,75		133,48 ± 20,13		133,05 ± 20,11		p ⁽³⁾ = 0,762
• PAD: Média ± DP	80,00 ± 8,16		85,00 ± 16,96		83,90 ± 15,54		p ⁽³⁾ = 0,310

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências muito baixas.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(3): Através do teste t-Student com variâncias iguais.

Tabela 3 – Avaliação dos fatores de risco cardiovascular, segundo a faixa etária.

Variável	Faixa etária				Grupo Total		Valor de p
	60 a 69 anos		70 ou mais		N	%	
	n	%	n	%			
TOTAL	39	100,0	20	100,0	59	100,0	
• DM							
Sim	14	35,9	5	25,0	19	32,2	p ⁽¹⁾ = 0,396
Não	25	64,1	15	75,0	40	67,8	
• Sedentarismo							
Sim	31	79,5	14	70,0	45	76,3	p ⁽²⁾ = 0,521
Não	8	20,5	6	30,0	14	23,7	
• Tabagismo							
Sim	9	23,1	9	45,0	18	30,5	p ⁽¹⁾ = 0,083
Não	30	76,9	11	55,0	41	69,5	
• Etilismo							
Sim	2	5,1	1	5,0	3	5,1	p ⁽¹⁾ = 1,000
Não	37	94,9	19	95,0	56	94,9	
• Síndrome metabólica							
Sim	34	87,2	11	55,0	45	76,3	p ⁽²⁾ = 0,010*
Não	5	12,8	9	45,0	14	23,7	
• Obesidade central							
Sim	31	79,5	10	50,0	41	69,5	p ⁽¹⁾ = 0,020*
Não	8	20,5	10	50,0	18	30,5	
• Dislipidemia							
Sim	39	100,0	18	90,0	57	96,6	p ⁽²⁾ = 0,111
Não	-	-	2	10,0	2	3,4	
• Colesterol Total							
Alterado	22	56,4	3	15,0	25	42,4	p ⁽¹⁾ = 0,002*
Normal	17	43,6	17	85,0	34	57,6	
• HDL							
Alterado	34	87,2	17	85,0	51	86,4	p ⁽²⁾ = 1,000
Normal	5	12,8	3	15,0	8	13,6	
• LDL							
Alterado	6	15,4	1	5,0	7	11,9	p ⁽²⁾ = 0,404
Normal	33	84,6	19	95,0	52	88,1	
• Triglicerídeos							
Alterado	25	64,1	7	35,0	32	54,2	p ⁽¹⁾ = 0,034*
Normal	14	35,9	13	65,0	27	45,8	
• PAS: Média ± DP	133,33 ± 19,51		132,50 ± 21,73		133,05 ± 20,11		p ⁽³⁾ = 0,882
• PAD: Média ± DP	82,56 ± 9,10		86,50 ± 23,68		83,90 ± 15,54		p ⁽³⁾ = 0,362

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências muito baixas.

(1): Através do teste Qui-Quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

(3): Através do teste t-Student com variâncias iguais.

(4): Através do teste t-Student com variâncias desiguais.

5. DISCUSSÃO

No estudo realizado em idosos hipertensos observou-se, que a maior participação foi das mulheres dado encontrado também em outros estudos semelhantes^{3,7}.

A faixa etária mais prevalente foi de idosos com idade entre 60 e 69 anos (66,1%), assim como na pesquisa realizada pelo projeto Bambuí¹⁴ que obteve 59,9% dos idosos na faixa etária referida.

A prevalência de idosos com 1º grau incompleto/completo foi de 59,3% da população estudada, sendo inferior ao encontrado no estudo de Sherer *et al* (88,0%)¹⁵.

Observou-se nesse estudo alta prevalência de idosos que viviam com o companheiro (a), com destaque para a amostra do sexo masculino que apresentou 92,3% dos idosos casados, dado semelhante ao encontrado no estudo realizado em Londrina no Paraná⁷, que verificou como casados 79,9% dos homens.

O excesso de peso esteve presente em grande parte da amostra estudada, 47,5%, com percentuais elevados em relação aos resultados encontrados em uma amostra brasileira de idosos (17%)¹⁶, e em um estudo em Goiânia (27%)³. A prevalência do excesso de peso foi maior entre as mulheres (84,8%) resultado também semelhante a esses outros estudos^{3,16}.

O sedentarismo, considerado para idosos que não praticavam atividade física regularmente, mostrou-se prevalente na população estudada com 76,3% do total da amostra sendo superior ao encontrado nos estudos populacionais realizados na região Sul e Nordeste do Brasil (58%)¹⁷ e em Fortaleza-CE (54,3%)¹⁸. O sedentarismo foi significativamente maior entre as mulheres (87%), o que está de acordo com os outros estudos^{17,18}.

A prevalência do sedentarismo diminuiu com a idade sendo mais presente para idosos com até 69 anos, que difere da encontrada nos estudos de Goiânia³ onde a prevalência aumentou de acordo com o aumento da idade, especialmente para idosos acima de 75 anos. A atividade física tem reduzido bastante nas sociedades

modernas, apesar de ser importante na manutenção da saúde de pacientes que apresentam fatores de risco cardiovascular.

A proporção de tabagistas na população desse estudo foi de 30,5%, valor superior ao encontrado em Fortaleza-CE (27,6%)¹⁸, na amostra brasileira (12,7%)¹⁶ e em Goiânia (10,0%)³. Assim como nos estudos citados a frequência maior de tabagismo foi no sexo masculino.

A prevalência para o consumo de bebida alcoólica entre os idosos pesquisados foi de 5,1%, resultado que se assemelha bastante a prevalência encontrada na cidade de Londrina no Paraná (5,3%)⁷ e no estudo feito na cidade de Goiânia (6%)³.

A prevalência de diabetes mellitus neste estudo (32,2%) foi superior ao encontrado no estudo na cidade de Goiânia (19,1%)³ e ao registrado em outras pesquisas, de 10,3% na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD)¹⁹ e de 17,8% em amostra brasileira de idosos¹⁵.

Também se observou alta prevalência de obesidade central com 69,5% da população idosa ($p < 0,001$), sendo mais presente entre as mulheres (82,6%) e em idosos na faixa etária de 60 a 69 anos (79,5%), mostrando-se bastante semelhantes aos resultados encontrados em um estudo na cidade de Goiânia (83,3%)³ e a prevalência encontrada num estudo nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (86,3%)²⁰. Em estudo realizado em Fortaleza¹⁸, com idosos do SUS a prevalência de obesidade central foi inferior (52%) a encontrada na pesquisa do presente trabalho e mais frequentes nas mulheres (68,9%)¹⁸. Muitos estudos^{3,4,18} demonstraram que a obesidade central é frequentemente encontrada em mulheres idosas, e explicaram que a variação antropométrica corresponde às alterações hormonais da menopausa que estão mais relacionadas às modificações na distribuição da massa gordurosa do que propriamente ao ganho de peso.

A síndrome metabólica caracterizada pelas dislipidemias juntamente com a obesidade central, a hipertensão arterial e a intolerância a glicose⁷ esteve presente em 76,3% da população estudada, tendo significância para o sexo feminino ($p = 0,008$) com 84,8% dessa população, e para os idosos com idade inferior a 70 anos (87,2%), que foi semelhante ao estudo realizado em Londrina no Paraná⁷. A combinação dos fatores de risco que compõem a síndrome metabólica, geralmente

representa um risco total aumentado para doenças cardiovasculares, o que pode indicar efeito sinérgico entre esses fatores²¹.

A prevalência de dislipidêmicos na amostra foi de 96,6%, resultado bastante superior ao encontrado no estudo feito na cidade de Goiânia (23,4%)³, o HDL-c esteve alterado em 86,4% da amostra estudada e em 89,5% da amostra dislipidêmica que foi superior ao resultado do estudo de Sherer *et al* (26,0%)¹⁵. A alteração dos triglicerídeos esteve presente em 54,2% da amostra estudada, em 64,1% dos idosos com idades entre 60 e 69 anos ($p=0,0034$).

A prevalência de idosos com colesterol total alterado (42,4%) foi bastante semelhante a encontrada no estudo do Projeto Bambuí (44,5%)¹⁴ e superior a prevalência encontrada nos estudos de Sherer *et al* (21,0%)¹⁵.

6. CONCLUSÃO

Neste estudo foi evidenciada uma alta prevalência de dislipidemias nos idosos, com frequente alteração do HDL-c. O excesso de peso, o sedentarismo, o tabagismo e a prevalência de diabetes melittus foram superiores aos encontrados na maioria dos estudos semelhantes a este. Os fatores de risco, em sua maioria, estiveram mais presentes nas mulheres e em idosos com idade entre 60 e 69 anos. Dados como esses evidenciam a importância do desenvolvimento de ações educacionais e assistenciais contínuas para o cuidado com a saúde dos idosos. O conhecimento dos fatores de risco pra doenças cardiovasculares e da prevalência destes, pode colaborar com a abordagem multiprofissional à saúde do idoso, que tenha como foco a prevenção das complicações relacionadas aos fatores de risco cardiovasculares.

7. REFERÊNCIAS

1. PIZZOL, T.S.D.; PONS E.S.; HUGO F.N.; BOZZETI M.N.; SOUSA M.L.R. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública** 2012; 28(1).
2. BRASIL, Ministério da Saúde. **Dislipidemias em pacientes de alto risco de desenvolver eventos cardiovasculares**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: medicamentos excepcionais.
3. FERREIRA, C.C.C.; PEIXOTO, M.R.G.; BARBOSA, M.A.; SILVEIRA, E.A. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Idosos Usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. **Arq Bras Cardiol** 2010; 95(5): 621-628.
4. GRILLO, L.P.; CRISPIM, S.P.; SIEBERT, A.N. Perfil lipídico e obesidade em escolares de baixa renda. **Rev Bras de Epidemiol**. 2005; 8(1): 75-81.
5. MOREIRA, R.O.; SANTOS, R.D.; MARTINEZ, L. Perfil lipídico de pacientes com alto risco para eventos cardiovasculares na prática clínica diária. **Arq bras Cardiol**. 2006; 50(3): 481-489.
6. AMERICAN DIABETIC ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**. 2006; 29(suppl. 1):S43-8.
7. GIROTTO, E.; ANDRADE, S.M.; CABRERA, M.A.S. Prevalência de Obesidade Abdominal em Hipertensos Cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. **Arq Bras Cardiol**. 2010; 94(6): 754-762.

8. OLIVEIRA, M.A.; FRANCISCO, P.M.S.B.; COSTA, K.S.; BARROS, M.B.A. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**. 2012; 28(2): 335-345.
9. ROMALDINI, C.C.; ISSLER, H.; CARDOSO, A.L. ; DIAMENT, J.; FORTI, N. Fatores de risco para aterosclerose em crianças e adolescentes com história familiar de doença arterial prematura. **Jornal de Pediatria**. 2004; 80(2):135-140.
10. FRANÇA, E.; ALVES, J.G.B. Dislipidemia entre Crianças e Adolescentes de Pernambuco. **Arq Bras Cardiol**. 2006; 6(87): 722-727.
11. PAULA; I.D. de; MACHADO, J.C. Dislipidemias. In: VANNUCCHI, H.; MARCHINI, J. S. **Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S/A, 2007. p. 205-220.
12. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol**. 2010; 95(1).
13. WHO. Obesity: preventing and Managing the Global Epidemic: report of a WHO consultation on obesity. **World Health Organization**, Geneva, 1997.
14. PEIXOTO, S.V.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras

- (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). **Cad Saude Publica**. 2006; 22 (9): 1925-34.
15. SHERER, F.; VIEIRA, J.L.C. Estado nutricional e sua associação com riscos cardiovasculares e síndrome metabólica em idosos. **Rev Nutr**. 2010; 23(3): 347-355.
16. PEREIRA, J.C.; BARRETO, S.M.; PASSOS, V.M.A.; O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. **Arq Bras Cardiol**. 2008; 91 (1): 1-10.
17. SIQUEIRA, F.V.; FACCHINI L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S., 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 Saude Publica**. 2008; 24 (1): 39-54.
18. RAMOS, A.L.S.L. Prevalência de fatores de risco cardiovasculares e adesão ao tratamento em pacientes cadastrados no sistema de acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) em unidade de referência de Fortaleza, Ceará, 2002-2005 [Dissertação]. Fortaleza: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2008.
19. LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. Health status, physical functioning, health services utilization, and expenditures on medicines among Brazilian elderly: a descriptive study using data from the National Household Survey. **Cad Saúde Pública**. 2003; 19 (3): 735-43.

20. LIMA-COSTA, M.F.; PEIXOTO, S.V.; CÉSAR, C.C. Comportamento em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. **Cad Saúde Pública**. 2009; 43(2): 18-26.
21. EBRAHIM, S.; MONTANER, D.; LAWLOR, D. A. Clustering of risk factors and social class in childhood and adulthood in British women's heart and health study: cross sectional analysis. **BMJ**. 2004; 328 (7444): 861-5.