

# *Revista da Graduação*

---

Vol. 4

No. 1

2011

11

---

**Seção: FACULDADE DE ENFERMAGEM, NUTRIÇÃO E FISIOTERAPIA**

## Título: Fatores de risco cardiovascular e qualidade de vida de idosos: um estudo preliminar

Autores: Caroline Louise Müller, Cláudia Cristina Vescovi,  
Beatriz Regina Lara dos Santos, Andréia da Silva Gustavo,  
Marion Creutzberg e Ana Maria Pandolfo Feoli

Este trabalho está publicado na Revista da Graduação.

ISSN 1983-1374

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/8582/6077>

# FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS: UM ESTUDO PRELIMINAR

Caroline Louise Müller<sup>a</sup>

Cláudia Cristina Vescovi<sup>a</sup>

Beatriz Regina Lara dos Santos<sup>b</sup>

Andréia da Silva Gustavo<sup>c</sup>

Marion Creutzberg<sup>d</sup>

Ana Maria Pandolfo Feoli<sup>e</sup>

## RESUMO

Estudo transversal, realizado com idosos cadastrados em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre, com o objetivo de associar a prevalência de fatores de risco cardiovascular com a qualidade de vida em idosos. Verificou-se a prevalência de fatores de risco cardiovasculares na totalidade dos idosos participantes. A hipertensão arterial esteve presente em 95,8% dos idosos. Considera-se que os objetivos estabelecidos para este estudo foram alcançados visto que quanto maior o número de fatores de risco cardiovascular, menor o domínio físico o qual avalia a dor e o desconforto, a energia e a fadiga, o sono e o repouso. Não foi encontrado correlação entre os fatores de risco cardiovascular com os domínios do whoqol-old.

**Palavras-chave:** Saúde do Idoso. Qualidade de Vida. Fatores de Risco Cardiovascular.

---

<sup>a</sup> Acadêmicos de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

<sup>b</sup> Enfermeira. Doutora em educação. Professora titular da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

<sup>c</sup> Enfermeira. Doutora em epidemiologia. Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

<sup>d</sup> Enfermeira. Doutora em gerontologia. Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

<sup>e</sup> Nutricionista. Doutora em bioquímica. Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é considerado um fenômeno mundial e adquire características próprias no Brasil com a rapidez em que vem se instalando. Estima-se que em 2020 as pessoas com idade superior a 60 anos<sup>f</sup> serão responsáveis por mais de 15% da população brasileira<sup>(1)</sup>. Pode-se afirmar que o Brasil, antes denominado um país de jovens, hoje já pode ser considerado um país estruturalmente envelhecido, segundo padrões estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde. Os principais determinantes do processo de envelhecimento da população brasileira são: a baixa na taxa de fecundidade e no coeficiente de mortalidade infantil, a melhoria nas condições de saneamento e infra-estrutura básica e os avanços tecnológicos na área da saúde. No Rio Grande do Sul, no senso demográfico de 2000, os idosos significam 10,46% da população<sup>(2)</sup>.

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. 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<sup>(3)</sup>.

No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2008, do IBGE, revela que o contingente de pessoas de mais de 60 anos somava cerca de 21 milhões. Este número supera a população de idosos de vários países europeus, entre os quais, pode-se citar a França, a Inglaterra e a Itália (entre 14 e 16 milhões) de acordo com as estimativas para 2010, das Nações Unidas. Considerando apenas o segmento de pessoas com mais de 75 anos (cerca de 5,5 milhões), a população idosa no Brasil toma proporções significativas, mudando bastante o perfil etário até pouco tempo considerado extremamente jovem. O Rio Grande do Sul, segundo esse mesmo estudo do IBGE, continua sendo um dos estados com maior proporção de idosos no Brasil, 13,5 %, perdendo apenas para o Rio de Janeiro, 14,9% da população com mais de 60 anos de idade. A região metropolitana de Porto Alegre apresenta proporcionalmente, 12,3 %, da população de idosos<sup>(4)</sup>.

---

<sup>f</sup> Segundo a Lei nº8842/94 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, em seu cap.I, art. 2º, “considera-se idoso, para efeitos desta lei, a pessoa maior de 60 anos de idade”.

O fenômeno do envelhecimento populacional tem impacto significativo sobre diversas dimensões do desenvolvimento e do funcionamento das sociedades, bem como sobre o bem-estar relativo dos idosos. Dessas dimensões, as mais importantes são os sistemas de aposentadoria e pensões, a composição dos padrões de participação na força de trabalho, as disposições de caráter familiar e domiciliar, as transformações intrafamiliares entre gerações e as condições de saúde dos mais velhos. A importância relativa de cada um desses aspectos é variável, dependendo das peculiaridades demográficas e regionais, assim como da organização político-institucional de cada país. O movimento de promoção e prevenção da saúde é uma das respostas a esses desafios. Esse paradigma, para os idosos, põe em destaque o estilo e a qualidade de vida, valorizando comportamentos de autocuidado e focalizando a capacidade funcional como um novo conceito de saúde do idoso<sup>(5)</sup>.

No Brasil, a Política Nacional do Idoso incorpora os postulados da Promoção e Prevenção à Saúde, para a orientação das ações de atenção, ajustando-as às peculiaridades nacionais. Tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. No que se refere à saúde, rege a garantia à assistência integral à saúde e hierarquizar o atendimento ao idoso a partir das Unidades Básicas de Saúde, com o desenvolvimento e apoio a programas de prevenção, educação e promoção da saúde do idoso<sup>(6)</sup>. Esses aspectos são reforçados e ampliados na Política Nacional de Saúde do Idoso<sup>(7)</sup>.

O estudo e a avaliação da qualidade de vida na população idosa vêm se tornando cada vez mais importante e necessário, pois o envelhecimento é uma experiência em que cada indivíduo conduz sua vida com padrões, normas, expectativas, desejos, valores e princípios diferentes. Existem algumas características da velhice que tornam os idosos suscetíveis, podendo interferir na sua qualidade de vida, tais como: a redução das reservas fisiológicas dos órgãos e sistemas do organismo; e a redução da capacidade de se adaptar ao ambiente social. Tais características, muitas vezes, são decorrentes da aposentadoria, perda do poder aquisitivo, isolamento social devido à perda de familiares e amigos e, conseqüentemente, redução do suporte social. Igualmente, há preconceitos que dificultam a vida dos idosos, como a idéia de que possuem valores antiquados, menos habilidade em julgamentos e críticas, diminuição da capacidade de desfrutar os prazeres da vida. Outros fatores relacionados com a aposentadoria, viuvez, dependência, perda de autonomia, podem ser obstáculos para uma vida de melhor qualidade<sup>(8)</sup>.

A avaliação da qualidade de vida é determinante no processo de cuidar em saúde, no qual são considerados os aspectos biopsicossociais e espirituais, vivenciados pelo

idoso e pela família, assim como a determinação da associação dessa com um dos agravos mais prevalentes na atualidade. O cuidado prevê a integração de todas as dimensões do viver da pessoa idosa, propiciando um viver mais saudável, favorecendo a exaltação da vida no processo de envelhecer, na utilização de seus potenciais, das suas capacidades, dos recursos, das condições de saúde, evoluindo para um contínuo desenvolvimento pessoal, buscando o autocuidado e a prevenção de agravos<sup>(9)</sup>.

### **1.1 Qualidade de Vida e Envelhecimento**

O termo qualidade de vida tem significados diferentes, para diferentes pessoas, em lugares e ocasiões diferentes. Assim, qualidade de vida é um conceito que está submetido a muitos pontos de vista, que varia de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e conseqüentemente, de indivíduo para indivíduo<sup>(10)</sup>. Para a Organização Mundial da Saúde a qualidade de vida é a percepção da pessoa sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações<sup>(11)</sup>. Os vários significados atribuídos para a qualidade de vida estão de acordo com as perspectivas econômica, demográfica, antropológica, bioética e, mais recentemente, ambiental e de saúde pública<sup>(12)</sup>.

A qualidade de vida na velhice tem multiplicidade de aspectos e influências, descritas por quatro dimensões inter-relacionadas. A primeira, diz respeito a condições ambientais, onde o ambiente deve oferecer condições adequadas à vida das pessoas. A segunda, refere-se a competência comportamental, traduzindo o desempenho dos indivíduos frente às diferentes situações de sua vida, seu potencial, suas experiências, condições de vida, valores e desenvolvimento pessoal. Na terceira, busca-se a avaliação da própria vida, influenciada pelos valores que o indivíduo foi agregando, como também, pelas expectativas pessoais e sociais. Na quarta, busca-se um bem-estar subjetivo, buscando a satisfação com a própria vida, tanto global como específica<sup>(10)</sup>.

Existem fortes associações entre qualidade de vida percebida, bem estar subjetivo e mecanismos da personalidade. Elas têm relações com a competência adaptativa, na capacidade de lidar com fatores estressores, na competência cognitiva, na resolução de problemas e em competência comportamental. Estas competências, no conjunto, vão se refletir na manutenção de atividades sociais, no ajustamento pessoal, nas relações sociais, tendo grande importância na preservação da saúde física e mental. A qualidade de vida na velhice pode ser definida como a avaliação multidimensional referenciada a

critérios sócio-normativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente<sup>(10)</sup>.

No contexto dos serviços de saúde a avaliação da qualidade de vida de determinados grupos também tem proporcionado elementos para medir a qualidade da assistência e a efetividade das políticas sociais e de saúde, assim como dos diferentes serviços ofertados. Além disso, estudos têm demonstrado a relação da qualidade de vida com índices de mortalidade, hospitalização e custos de recursos sanitários<sup>(11)</sup>. É indispensável ao profissional de saúde manter-se atento a quaisquer alterações na saúde do idoso, intervindo prontamente e de forma adequada, com vistas a uma melhor adaptação do indivíduo no processo de envelhecimento.

Nesta fase surgem inúmeros agravos, entre os quais as doenças crônicas, sobretudo as Doenças Cardiovasculares (DCV). Atualmente, as doenças do aparelho circulatório são responsáveis por um maior número de óbitos entre os idosos. Existem vários fatores que predisõem o desenvolvimento de DCV. Alguns desses fatores são passíveis de prevenção, diminuindo o risco da instalação de tais agravos<sup>(3)</sup>.

## **1.2 Fatores de Risco Cardiovascular**

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, o uso de anticoncepcionais, a alimentação rica em sódio e gordura<sup>(3)</sup>.

Hipertensão arterial, obesidade, tabagismo, diabetes tipo 2 e sedentarismo contribuem isolada ou associadamente para o desenvolvimento do processo aterosclerótico, que caracteriza-se como mecanismo central para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, responsável por 28% dos óbitos no Brasil<sup>(13)</sup>.

Os avanços tecnológicos, a forte pressão psicológica, pouco tempo de lazer, atividades ocupacionais excessivas, baixos salários e dificuldades de acesso à assistência médica são considerados potenciais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares<sup>(13)</sup>.

Embora muitos estudos já tenham comprovado os benefícios do exercício físico regular, há uma expressiva parcela da população que é sedentária. Entre os brasileiros, 80,3% não praticam exercícios habitualmente e, na região sudeste, esta proporção atinge 78,2% dos adultos<sup>(13)</sup>.

Como um processo dinâmico e progressivo, ao longo do envelhecimento ocorre 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<sup>(3)</sup>.

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.

Embora a maioria dos idosos apresente pelo menos uma doença crônica, é possível continuar vivendo com qualidade de vida, desde que essa doença seja controlada e acompanhada por profissionais preparados para atender essa clientela.

Portanto, surgiu a necessidade de realizar o presente estudo com o objetivo de associar a prevalência de fatores de risco cardiovascular com as dimensões de qualidade de vida em idosos. Mais especificamente, identificar a prevalência de fatores de risco cardiovasculares e verificar o índice de qualidade de vida em idosos moradores da área adstrita a uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), pertencente ao Distrito Leste do município de Porto Alegre, no período de julho a setembro do ano de 2010.

### **3. MÉTODO**

#### **3.1 Tipo de pesquisa**

Estudo transversal, com abordagem quantitativa, permitindo a identificação e a distribuição de agravos e/ou características observadas em sua população<sup>(14)</sup>.

#### **3.2 Cenário de Realização do Estudo**

O estudo foi realizado com idosos cadastrados nos prontuários de família de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família pertencente ao Distrito de Saúde Leste de Porto Alegre. A escolha está relacionada à inserção da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia nessa área geográfica, para o desenvolvimento dos projetos e ações previstas no Projeto de Reconstrução Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da PUCRS.

O Distrito de Saúde Leste é constituído de 118.969 habitantes, distribuídos em 168 setores censitários<sup>15</sup>, possuindo 14 serviços da rede básica de saúde, composta por um Centro de Saúde, três Unidades Básicas, quatro Unidades do Serviço de Saúde

Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição e seis Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Especificamente serão incluídos idosos da área adstrita a ESF Vila Brasília.

### **3.3 População/ amostra**

A ESF Vila Brasília tem um total de 448 idosos. Utilizando como dados de entrada os resultados encontrados nos seis domínios do WHOQOL chegamos ao tamanho amostral de  $n=71$  idosos assim distribuídos: 21; 13; 17 e 20 entre as microáreas, respectivamente, A, B, C e D da ESF Vila Brasília. A amostra permite realizar inferências sobre as médias dos domínios com margem de erro de apenas 0,6 pontos (para mais ou para menos) e 95% de confiança. Os critérios de inclusão dos idosos na amostra foram: ser sorteado para participar do estudo; aceitar participar do estudo e ter condições cognitivas de participar, o que foi verificado com a aplicação do teste Mini-Mental. O teste Mini-Mental serve para diagnosticar uma possível demência em idosos altamente escolarizados com uma pontuação menor do que 24; em idosos que estudaram até o ginásio com uma pontuação menor do que 18 e em idosos analfabetos com uma pontuação menor do que 14. Entre os participantes do estudo a média do Mini-Mental foi 23,96 pontos, um desvio-padrão de  $\pm 3,43$ , com valor mínimo de 16 entre os analfabetos e máximo de 23,96 entre os idosos com ensino médio completo e incompleto.

Este é um estudo preliminar, no qual consta a análise de vinte e quatro idosos assim distribuídos: nove na microárea A; seis na microárea B; dois na microárea C; sete na microárea D.

### **3.4 Procedimentos de coleta de dados**

A coleta foi realizada por meio de busca de dados em prontuários e inquérito domiciliar. Em prontuários foram coletados os dados referentes às variáveis idade, sexo, escolaridade, ocupação, diagnóstico de hipertensão arterial, diagnóstico de diabetes mellito, antecedentes familiares de doença cardiovascular e diabetes mellito e outras morbidades, as quais constavam em instrumento próprio desenvolvido pelos pesquisadores. No domicílio foram aplicados o whoqol-bref e o whoqol-old assim como dados de circunferência abdominal, glicemia ao acaso, índice de massa corpórea (IMC) e pressão arterial. Os valores de referencia para fatores de risco cardiovascular utilizados neste estudo foram: circunferência abdominal:  $\geq 88$  cm para mulheres e  $\geq 102$  cm para

homens; pressão arterial: sistólica > 130 mmHg e diastólica > 85 mmHg; glicose ao acaso < = 140 mg/dl; IMC > = 27 <sup>(16,17, 18)</sup>.

O whoqol-bref consta de 26 questões. Duas questões são gerais de qualidade de vida, ao passo que as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. As questões abrangem o domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. No whoqol-bref o domínio “Físico” avalia a dor e o desconforto; energia e fadiga; sono e repouso. O domínio “Psicológico” avalia os sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos. O domínio “Relações Sociais” avalia as relações pessoais; suporte (apoio) social; atividade sexual. O domínio “Meio Ambiente” avalia a segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico (poluição/ruídos/trânsito/clima); transporte<sup>(19)</sup>.

O whoqol-old consiste em 24 itens da escala de Likert atribuídos a seis facetas: “Funcionamento do Sensorio” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT). Cada uma das facetas possui 4 itens e representa um importante instrumento para a avaliação da qualidade de vida dos idosos. A faceta “Funcionamento do Sensorio” avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida. A faceta “Autonomia” refere-se à independência na velhice e, portanto, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões. A faceta “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia. A faceta “Participação Social” delinea a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade. A faceta “Morte e Morrer” relaciona-se às preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer, ao passo que a faceta “Intimidade” avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas <sup>(20)</sup>.

Na avaliação de qualidade de vida os instrumentos podem ser autoaplicáveis ou aplicados pelo pesquisador. Alguns autores têm sugerido que a entrevista pode ser utilizada, pois permite incluir pessoas analfabetas. Como o percentual de idosos com dificuldades de leitura é elevado, o instrumento foi aplicado pelos pesquisadores, evitando erros advindos da leitura e compreensão do instrumento <sup>(21)</sup>.

### 3.5 Análise de dados

Os dados quantitativos oriundos da aplicação dos instrumentos foram organizados em um Banco de Dados do SPSS 12.0, utilizando-se a sintaxe oferecida pelo WHOQOL Group. Foram analisados por estatística descritiva com cálculo da frequência, média, desvio padrão e análise inferencial com intervalo de confiança de 95%. Utilizou-se o teste de Pearson para associar os fatores de risco cardiovascular com os escores de qualidade de vida. Foi considerado estatisticamente significativo, o p-value inferior a 0,05.

### 3.6 Aspectos éticos

O Projeto foi aprovado pela Comissão Científica da FAENFI, pelo Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, no protocolo nº 09/04840. Seguindo as normas para pesquisas com seres humanos e entendendo que o consentimento informado é uma condição indispensável da relação pesquisador-sujeito. Os idosos ou seus responsáveis legais assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aceitando participar do estudo e autorizando a utilização dos dados, mantendo-se seu anonimato<sup>(22)</sup>.

## 4 Resultados

Conforme tabela 1, 70,8% dos idosos são do sexo feminino com média de idade de 71,65 anos. Entre os entrevistados, 29,2% são do sexo masculino com média de idade de 75 anos. No que se refere à escolaridade 16,7% são analfabetos; 70,8% possuem 1º grau incompleto; 4,2% não concluíram o 2º grau e 8,3% concluíram o 2º grau. Referente ao tempo desde a última consulta na Unidade Básica de Saúde (UBS), a maioria dos idosos consultaram em um período de até seis meses perfazendo um total de 58,3% dos usuários. Tanto os participantes que consultaram entre seis meses e um ano, quanto os participantes que consultaram há mais de um ano totalizaram, respectivamente, 20,8% dos idosos.

**Tabela 1 - Distribuição de idosos por idade, sexo, escolaridade, período de tempo de última consulta na ESF.**

<b>Variáveis</b>	<b>Amostra n=24</b>
<b>Idade - (média ± DP)</b>	
Feminino	71,65 ± 7,92
Masculino	75,00 ± 6,58
Total	72,63 ± 7,58
<b>Sexo – (n,%)</b>	
Masculino	7(29,2)
Feminino	17(70,8)
<b>Escolaridade - (n, %)</b>	
Analfabeto	4(16,7)
1º grau incompleto	17(70,8)
2º grau incompleto	1(4,2)
2º grau completo	2(8,3)
<b>Período de tempo desde a última consulta na ESF – (n,%)</b>	
Até 6 meses	14(58,3)
Entre 6 meses e 1 ano	5(20,8)
Mais de 1 ano	5(20,8)

Fonte: Instrumento de coleta de dados da pesquisa Fatores de Risco Cardiovascular em Idosos: um Estudo Preliminar, Julho - agosto, 2010.

A tabela 2 refere-se às informações obtidas nos prontuários dos idosos. A hipertensão arterial está presente em 83,3% dos prontuários; 16,7% não possuíam esta informação. O histórico familiar de doença cardiovascular foi obtido em 37,5% dos prontuários; 25% não apresentavam esse fator de risco e 37,5% não obtiveram essa informação. Foi constatado que 20,8% dos idosos possuem diagnóstico de diabetes mellito; 33,3% não apresentavam esse fator de risco e 45,8% dos prontuários não possuíam esse dado. O histórico familiar de diabetes mellito não estava presente 8,3% dos prontuários; 4,2% apresentam esse fator de risco e 87,5% não apresentavam esta informação.

Outras morbidades foram encontradas perfazendo um total de 66,7% dos prontuários. Dentre as morbidades que mais acometem os idosos destacam-se: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) em 29,2%; tanto a artrose quanto o acidente vascular cerebral prévio estiveram presentes em 16,7%; Insuficiência Respiratória Aguda (IRA), sinusite e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) estiveram presentes em, respectivamente, 12,5% dos participantes.

**Tabela 2 – Distribuição de idosos por presença e história familiar de Doenças Cardiovasculares e Diabetes Mellito**

<b>Variáveis</b>	<b>Amostra (n=24)</b>
<b>HAS - (%)</b>	
Sim	83,3
Não Informado	16,7
<b>Histórico Familiar de Doença Cardiovascular - (%)</b>	
Sim	37,5
Não	25,0
Não Informado	37,5
<b>DM - (%)</b>	
Sim	20,8
Não	33,3
Não Informado	45,8
<b>Histórico Familiar de Diabete Mellitus - (%)</b>	
Sim	4,2
Não	8,3
Não Informado	87,5
<b>Presença de Outras Morbidades - (%)</b>	
Sim	66,7
Não Informado	33,3

Fonte: Instrumento de coleta de dados da pesquisa Fatores de Risco Cardiovascular em Idosos: um Estudo Preliminar, Julho - agosto, 2010.

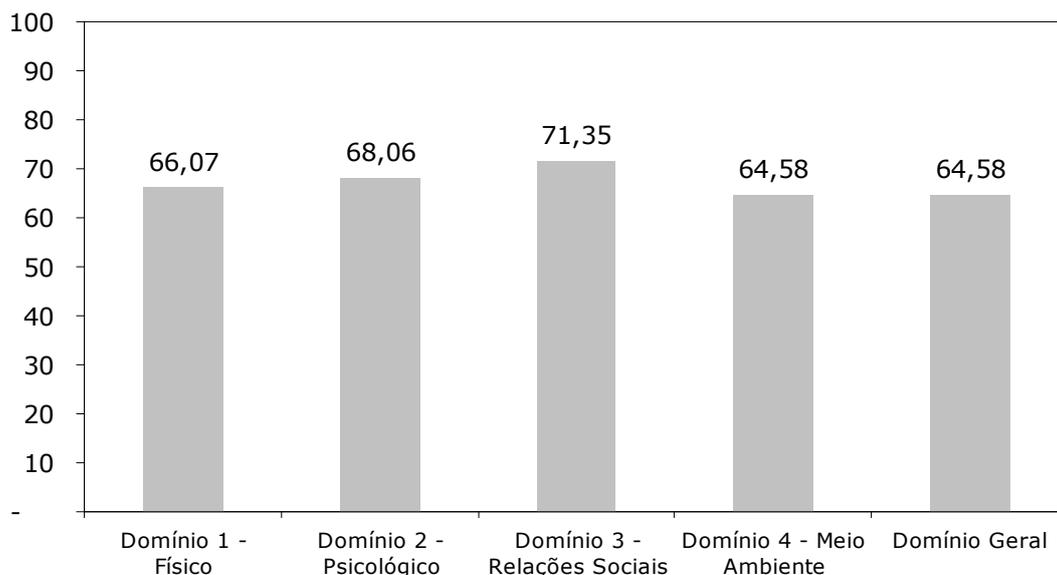
A tabela 3 refere-se aos dados coletados no domicílio. A circunferência abdominal aumentada está presente em 79,2% dos entrevistados; a glicemia capilar ao acaso, maior 140mg/dl em 37,5%;o Índice de Massa Corpórea (IMC) maior ou igual a 27 em 70,8% e a pressão arterial elevada em 95,8% dos entrevistados, sendo este último o fator de risco cardiovascular que mais afeta os idosos. Dos idosos entrevistados, 37,5% apresentaram três fatores de risco cardiovasculares (FRC); 29,2% apresentaram quatro; 20,8% apresentavam dois e 12,5 apresentaram apenas um fator de risco cardiovascular.

**Tabela 3 - Distribuição de fatores de risco cardiovascular em idosos pertencentes a ESF Vila Brasília no Distrito Leste do município de Porto Alegre, 2010.**

Distribuição por fatores de risco cardiovascular		
	f	%
<b>Circunf. Abdominal (<math>\geq 88</math>cm p/ sexo fem.; <math>\geq 102</math>cm p/ sexo masc.)</b>		
Sim	19	79,2
Não	05	20,8
<b>Glicemia capilar ao acaso (<math>&gt;140</math> mg/dl)</b>		
Sim	09	37,5
Não	15	62,5
<b>Índice de Massa Corpórea (IMC) (<math>\geq 27</math>)</b>		
Sim	17	70,8
Não	07	29,2
<b>Pressão arterial (<math>&gt;130/85</math>mmHg)</b>		
Sim	23	95,8
Não	01	4,2
<b>Total de FRC por Participante</b>		
Um	3	12,5
Dois	5	20,8
Três	9	37,5
Quatro	7	29,2

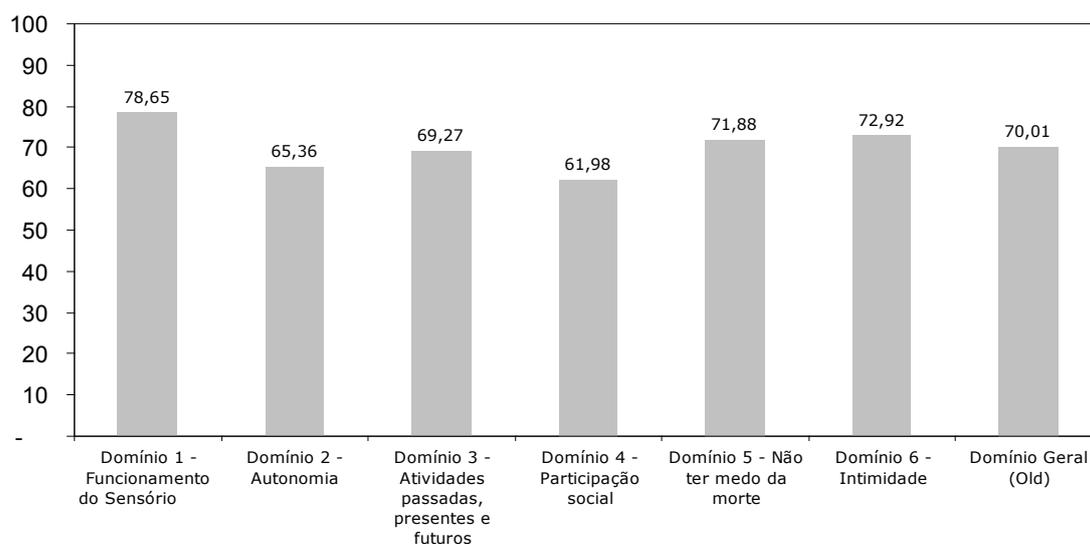
Fonte: Instrumento de coleta de dados da pesquisa Fatores de Risco Cardiovascular em Idosos: um Estudo Preliminar, Julho - agosto, 2010

Na tabela 4 referente aos domínios do Whoqol-bref, a maior média entre todos os idosos foi no domínio Relações Sociais com 71,35 pontos. A menor média, 64,58 pontos, aparece no domínio meio ambiente e no domínio geral. O domínio físico apresentou média de 66,07 pontos e o domínio psicológico teve média de 68,6 pontos entre os idosos.

**Tabela 4 – Proporção dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-bref**

Fonte: Instrumento de coleta de dados da pesquisa Fatores de Risco Cardiovascular em Idosos: um Estudo Preliminar, Julho - agosto, 2010.

A tabela 5 referente ao Whoqol-old, o domínio funcionamento do sensório destacou-se com 78,65 pontos sendo a maior média entre os idosos. O domínio participação social destacou-se com 61,98 pontos sendo a menor média. Os domínios autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; não ter medo da morte; intimidade e geral obtiveram médias 65,36; 69,27; 71,88; 72,92 e 70,01 pontos respectivamente.

**Tabela 5 - Proporção dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-OLD**

Fonte: Instrumento de coleta de dados da pesquisa Fatores de Risco Cardiovascular em Idosos: um Estudo Preliminar, Julho - agosto, 2010.

**Tabela 6 – Correlação entre os domínios do whoqol-bref, whoqol-old e número de fatores de risco cardiovascular.**

	Domínio 1 - Funcionamento do sensório	Domínio 2 - Autonomia	Domínio 3 – Atividades passadas, presentes e futuras	Domínio 4 - Participação social	Domínio 5 – Não ter medo da morte	Domínio 6 - Intimidade	Domínio Geral (old)	Número de fatores de risco cardiovascular
Domínio 1 - Físico	0,17	0,322	0,491*	0,33	0,163	0,657**	0,508*	- 0,434*
Domínio 2 - Psicológico	0,302	0,553**	0,775**	0,343	0,309	0,693**	0,741**	- 0,299
Domínio 3- Relações sociais	- 0,065	0,526**	0,766**	0,418*	0,201	0,795**	0,622**	- 0,397
Domínio 4- Meio ambiente	0,418*	0,388	0,388	0,403	0,331	0,683**	0,724**	-0,005
Domínio geral (bref)	0,173	0,433*	0,433*	0,285	0,255	0,607**	0,605**	-0,325

\*\* Correlação é significativa a nível 0,01.

\* Correlação é significativa a nível 0,05.

Na correlação do whoqol-bref com o whoqol-old foi constatado que quanto maior o domínio meio-ambiente, maior o funcionamento do sensório; quanto maior o domínio psicológico, relações sociais e domínio geral do whoqol-bref, maior o autonomia dos participantes. O estudo apresentou uma correlação de quanto maior todos os domínios do whoqol-bref, maior as atividades passadas, presentes e futuras do whoqol-old. Quanto maior o domínio relações sociais do whoqol-bref, maior o domínio participação social do whoqol-old. Quanto maior todos os domínios do whoqol-bref, maior os domínios intimidade e geral do whoqol-old.

No que se refere à correlação de fatores de risco cardiovasculares com os domínios do whoqol-bref, quanto maior o número de fatores de risco cardiovasculares, menor o domínio físico que avalia a dor e o desconforto; energia e fadiga; sono e repouso. Não foi encontrado correlação entre os fatores de risco cardiovasculares com os domínios do whoqol-old.

## DISCUSSÃO

A população estudada apresenta algumas características semelhantes a outro estudo sobre a temática no que se refere ao sexo, escolaridade, hipertensão arterial e circunferência abdominal aumentada<sup>(3)</sup>.

No presente estudo, verificou-se que 70,8% dos participantes eram do sexo feminino, resultado esse, muito semelhante ao estudo realizado com um grupo de idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família no município de Jequié - BA, no qual 70,09% eram do sexo feminino. Da mesma forma, um estudo sobre a descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos mostrou que a maioria dos participantes também era do sexo feminino. A expectativa de vida ao atingir 60 anos também acompanha o sexo, com mais de 19,3 anos de vida, em média, para mulheres, contra 16,8 anos para os homens<sup>(23, 3)</sup>.

O estudo de Caetano mostra que o índice de analfabetismo esteve presente em 50,3% dos idosos, contrariamente aos resultados encontrados no presente estudo, no qual uma pequena parcela dos idosos é analfabeta. Por ser um estudo preliminar, essa diferença pode estar relacionada ao pequeno número de participantes da amostra. Quando se considera a população idosa do país como um todo, salienta-se que esses idosos vêm de uma época na qual o acesso à educação era precário e, por vezes, em algumas localidades, inexistente<sup>(3)</sup>.

Um estudo realizado com um grupo de idosos do Centro Regional de Reabilitação de São Paulo constatou que a maioria dos participantes apresentava pressão arterial elevada, coincidindo com o presente estudo em que 95,8% dos idosos apresentaram esta alteração. Sendo este o fator predisponente às doenças cardíacas, cerebrovasculares e renais, 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<sup>(24)</sup>.

No que se refere ao histórico familiar de doenças cardiovasculares, um estudo realizado mostrou que mais da metade dos entrevistados não possuem história de doenças cardiovasculares entre seus familiares, resultado este, diferente do encontrado no presente estudo, no qual menos da metade dos idosos não possuem histórico familiar de doença cardiovascular. Outro dado relevante encontrado neste estudo foi que 37,5% dos prontuários não possuem esta informação<sup>(24)</sup>.

Um estudo sobre a prevalência de síndrome metabólica em idosos de uma comunidade de Novo Hamburgo-RS, revelou que menos da metade dos entrevistados possuem diagnóstico de diabetes mellito, o que confere com o presente estudo em que

20,8% dos idosos possuem este diagnóstico. O que afetou negativamente na busca real deste dado foi o número de prontuários que não possuem esta informação, totalizando 45,8%<sup>(25)</sup>.

Quanto ao histórico familiar de diabetes mellito, Silva considera presente em mais da metade dos entrevistados. No presente estudo, 4,2% dos idosos apresentam história familiar. Tal diferença pode estar relacionada ao tamanho da amostra nos dois estudos e ao fato de na maioria dos prontuários, 87,5%, não constar esta informação, afetando negativamente na real busca deste dado<sup>(24)</sup>.

Rigo refere em seu estudo que a maioria dos entrevistados possui valores de circunferência abdominal aumentada, resultados esses que coincidem com o presente estudo em que 79,2% dos idosos possuem esse agravo à saúde, aumentado ainda mais as chances de complicações cardiovasculares<sup>(25)</sup>.

O índice de massa corporal aumentada esteve presente na maioria dos entrevistados, o que também foi constatado no estudo com um grupo de idosos moradores da cidade de Bambuí - MG, no qual o índice de massa corporal elevado esteve presente em 51,6% dos participantes. Tal agravo pode estar relacionado à falta de atividade física, fato relatado pela maioria dos idosos é justificado por problemas como artrose, osteoporose e hérnia de disco<sup>(26)</sup>.

Constatou-se neste estudo que mais da metade dos entrevistados apresentou de três a quatro fatores de risco cardiovasculares.

Referente ao questionário Whoqol-old, o presente estudo mostrou que a maior média entre os idosos esteve no domínio funcionamento do sensório com 78,65 pontos. Diferentemente do presente estudo, uma pesquisa realizada mostrou este domínio com uma média inferior, justificada pelo fato desse domínio corresponder a perda dos sentidos (audição, visão, paladar e olfato), por afetar a vida diária, a capacidade de participar em atividades e a capacidade de interagir com outras pessoas, fazendo com que os idosos tornem-se dependentes dos cuidados da família. Esses resultados podem estar relacionados com a mediana de idade dos idosos nos dois estudos, já que no presente estudo a média de idade foi menor quando comparada ao estudo citado<sup>(23)</sup>.

Em estudo realizado, o domínio participação social referente ao uso de tempo livre e a participação em atividades da comunidade pelos idosos obteve-se média de 32,03 pontos. Diferentemente do presente estudo em que a média deste domínio foi 61,98 pontos, demonstrando que os idosos estão satisfeitos com o uso de seu tempo livre<sup>(23)</sup>.

No presente estudo, o domínio autonomia obteve uma média elevada quando comparado aos resultados de outro estudo, mostrando assim que a maioria dos idosos

relata liberdade de tomar suas próprias decisões, controlar seu próprio futuro e possuírem sua autonomia respeitada pelas pessoas que o cercam<sup>(23)</sup>.

Quanto à associação da prevalência dos fatores de risco cardiovascular e a qualidade de vida não foram encontrados estudos para discussão dos dados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alguns obstáculos foram encontrados durante a construção do estudo tais como: a falta de informações nos prontuários dos participantes que prejudicou a identificação do histórico familiar de diabetes mellito e doenças cardiovasculares; o hábito dos idosos de repousar após o almoço implicou em poucas entrevistas diárias, fazendo com que a amostra não alcançasse o tamanho esperado; a mudança de endereço de alguns idosos também dificultou o contato com os mesmos.

Considera-se que os objetivos estabelecidos para este estudo foram alcançados visto que foi possível conhecer parte da realidade dos idosos de uma comunidade do distrito Leste no município de Porto Alegre.

Os cuidados com as pessoas idosas devem visar à recuperação ou à manutenção do seu estado de saúde, com perspectiva de vida ativa, junto aos familiares e à comunidade, com a máxima independência e autonomia possível.

Programas educativos para controle dos fatores de risco cardiovasculares devem ser oferecidos a esta população, na tentativa de promover a qualidade de vida principalmente no que se refere à dimensão física.

## REFERÊNCIAS

1. Camarano A A. **Envelhecimento da população brasileira**: uma contribuição demográfica. IPEA. Texto para discussão [online] 2002 Jan; (858). (Acesso 2004 mar 03). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>.
2. Brasil. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios e censo demográfico 2000**. Brasília: IBGE, 2000. (Capturado 2003 ago 29). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2001/a14.htm>.
3. Caetano JA, Costa AC, Santos ZMSA, Soares E. **Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos**. Texto contexto - enferm. [online]. 2008, vol.17, n.2, pp. 327-335. ISSN 0104-0707. doi: 10.1590/S0104-07072008000200015.

4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2008** [citado em: 15 out 2010]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/pnad/pnadpb.asp?o=3&i=P>
5. Derntl A M, Watanabe HAW. Promoção da Saúde. In: Litvoc J, Brito FC. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu; 2004. P.37-46.
6. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional do Idoso**. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Brasília (DF),1997.
7. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999. Brasília (DF), 1999.
8. Monteiro, Silva, Henriques; 2001.
9. Gonçalves LHT, Alvarez AM. O cuidado na Enfermagem Gerontogeriatrica: conceito e prática. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. P. 756-761.
10. Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, Neri AL, et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. P. 79-84.
11. Belasco AGS, Sesso RCC. Qualidade de vida: princípios, focos de estudo e intervenções. In: Diniz DP, Schor N. **Qualidade de Vida**. São Paulo: Manole, 2006. P. 1 – 10
12. Diniz DP, Schor N. **Qualidade de Vida**. São Paulo: Manole, 2006.
13. Barel M, Louzada JCA, Monteiro HL, Amaral SL. **Associação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares e qualidade de vida entre servidores da saúde Rev. bras. Educ.Fís. Esporte**, São Paulo, v.24, nº2, p.293-303, abr./jun.2010.
14. Pereira MG. **Epidemiologia: teoria e prática**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2007, p. 298-300.
15. Moretto A et al. Saúde como direito: desafio para o ensino em saúde. In: **PUCRS**. Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. Diagnóstico de saúde do distrito leste de Porto Alegre, PROMED. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005. p. 203 – 244.

16. **I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica**. Texto [online] 2004; (Acesso 2009 mai 05). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v84s1/a01v84s1.pdf>
17. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica**. Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus - protocolo. V. 7, p.26, Brasília, 2001. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_06.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf)
18. Lipschitz D.A. **Screening for nutritional status in the elderly**. Primary Care. 1994; 21(1): 55-67.
19. **Versão em português dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL) 1998**. (Acesso em Nov. 2010). Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol85a.html>
- 20 Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. **Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil**. Revista de Saúde Pública. 2003; 37(6): 793-9.
21. Duarte OS, Ciconelli RM. Instrumentos para a avaliação da qualidade de vida: genéricos e específicos. In: Diniz DP, Schor N. **Qualidade de Vida**. São Paulo: Manole, 2006. p. 11 – 18.
22. Goldim JR, Clotet J, Francisconi CF. **Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil**. Porto Alegre: edipucrs, 2000.
23. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH. **Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, vol. 58 nº 1. Rio de Janeiro, 2009.
24. Silva RCP, Simões MJS, Leite AA. **Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos com diabetes mellitus tipo 2**. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, v.28, n. 1, p. 113-121, 2007.
25. Rigo JC, Vieira JL, Dalacorte RR, Reichert CL. **Prevalência de síndrome metabólica em idosos de uma comunidade: comparação entre três métodos diagnósticos**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Vol.93 nº.2, São Paulo, 2009.
26. Costa - Lima MF, Peixoto SV, Firmo JOA, Uchoa E. **Validade do diabetes auto-referido e seus determinantes: evidências do projeto Bambuí**. Revista de Saúde Pública vol.41 nº.6, São Paulo, 2007.