

<p>Jorge Kiyoshi Mitsunaga</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA</p>
<p>PERFIL E ESTILO DE VIDA DOS IDOSOS CADASTRADOS NO SISHIPERDIA DA ESF SÃO GERALDO – SÃO GOTARDO/MG</p>	<p>PERFIL E ESTILO DE VIDA DOS IDOSOS CADASTRADOS NO SISHIPERDIA DA ESF SÃO GERALDO – SÃO GOTARDO/MG</p> <p>Jorge Kiyoshi Mitsunaga</p>
<p>2011</p>	<p>Uberaba 2011</p>

Jorge Kiyoshi Mitsunaga

**PERFIL E ESTILO DE VIDA DOS IDOSOS
CADASTRADOS NO SISHIPERDIA DA ESF SÃO
GERALDO – SÃO GOTARDO/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientador: Prof.Dr.Flávio Chaimowicz

Uberaba
2011

Jorge Kiyoshi Mitsunaga

**PERFIL E ESTILO DE VIDA DOS IDOSOS
CADASTRADOS NO SISHIPERDIA DA ESF SÃO
GERALDO – SÃO GOTARDO/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientador: Prof.Dr.Flávio Chaimowicz

Banca Examinadora

Prof. Dr.Flávio Chaimowicz - orientador
Profa. Dra. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte: 18/06/2011

Dedico este trabalho:

*Á minha esposa Eva Marques Mitsunaga e aos meus filhos Ana Cristina Marques Mitsunaga,
Jorge Kiyoshi Mitsunaga Junior e Paula Keiko Mitsunaga que me incentivaram e me
ajudaram em todos os momentos da minha formação.*

AGRADECIMENTO

Agradeço:

a Comunidade de São Gotardo, que me acolheu;

a Equipe São Geraldo, que compartilhou comigo a busca do conhecimento;

a meus familiares e colegas, que me incentivaram em todos os momentos da minha formação.

À minha prezada Tutora Fernanda Carolina Camargo, que com as suas precisas e oportunas colocações me conduziu até aqui.

Ao meu orientador, prezado Professor Dr Flávio Chaimowicz, que com as suas hábeis e brilhantes orientações está me conduzindo na ampliação de meus conhecimentos sobre a temática; agradeço pelo apoio e pelo suporte recebido.

RESUMO

Objetivo: Identificar os fatores de risco modificáveis e as sequelas prevalentes nos idosos cadastrados no SIS-HIPERDIA da ESF São Geraldo do Município de São Gotardo/MG.

Métodos: estudo epidemiológico transversal de estatística descritiva através da ficha de cadastro de SIS-HIPERDIA da Unidade de Saúde da Família São Geraldo, no período de 2009 a 2010, no município de São Gotardo. **Resultados:** 164 idosos compõem esse universo,

com predominância do sexo feminino, à semelhança de outros estudos realizados com idosos; é a feminização do envelhecimento. No que dizem respeito à faixa etária, os idosos apresentaram de 60 a 93 anos, sendo a média de 73,3 anos, a moda de 63 anos, a mediana de 73 anos e o desvio-padrão de 9 anos. Revelou também sobrepeso de 14,0% e obesidade de 24,4%; 9,8% de tabagismo anterior (deixaram o vício) e continuam fumando 3,0%; 1,2% de etilismo; 51,2% de sedentarismo. **Conclusão:** a realização deste estudo forneceu indicadores para o planejamento de adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, prevenindo complicações e proporcionando melhoria da qualidade de vida dos idosos. **Descritores:** Doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, transição demográfica, diabetes melitus, Programa Saúde da Família, Saúde do Idoso.

Palavras-chaves: Qualidade de Vida. Pesquisas. Envelhecimento. Fatores de Risco.

ABSTRACT

Objective: To identify to the modifiable factors of risk and the sequelae prevalent in the elderly registered in the SIS-HIPERDIA of ESF São Geraldo of the Municipality of São Gotardo/MG. **Methods:** an epidemiological study transversal descriptive statistics through the document register SIS-HIPERDIA of the unit of the Family Health São Geraldo, in the period between 2009 to 2010, in the municipality of São Gotardo. **Results:** 164 elderly comprise that universe, with predominance of females, like other studies with elderly; it is the feminization of aging. With regard to age, the elderly had from 60 to 93 years, the average of 73,3 years, mode of 63 years, the median of 73 years and standard deviation of 9 years. Also revealed overweight of 14.0% and obesity of 24,4%; previous smoking of 9,8% (let the addiction) and 3,0% continue smoking; alcoholism of 1,2%; sedentary of 51,2%. **Conclusion:** the study provided indicators for the planning of adoption of habits and healthy lifestyles, preventing complications and providing better quality of life elderly people. **Key Words:** cardiovascular diseases, arterial hypertension, demographic transition, diabetes mellitus, Family Health Program, Health of the Elderly.

Keywords: Quality of Life. Research. Aging. Factors of Risk.

RESUMEN

Objetivo: Identificar factores de riesgo modificable y secuelas prevalentes em los ancianos registrados em el SIS-HIPERDIA del ESF São Geraldo del Municipio de São Gotardo/MG. **Métodos:** estudio epidemiológico transversal de estadísticas descriptivas mediante el documento registro SIS-HIPERDIA de la unidad de la Salud de la Familia São Geraldo, en el período 2009 a 2010, em el município de São Gotardo. **Resultados:** 164 ancianos comprenden esse universo, com predominio de las mujeres, al igual que otros estudios con ancianos; es la feminización del envejecimiento. Con respecto a la edad, las personas mayores tenían de 60 a 93 años, la media es de 73,3 años, la moda de 63 años, la mediana de 73 años y la desviación estándar de 9 años. El sobrepeso también reveló 14,0% y obesidad fue de 24,4%; 9,8% de los fumadores anteriores (dejar la adicción) y 3,0% sigue fumando; 1,2% de alcohol; 51,2% inactivos. **Conclusión:** a realización de este estudio proporcionan indicadores para la planificación de la adopción de hábitos y estilos de vida saludables, prevenir las complicaciones y proporcionar una mejor calidad de vida de las personas mayores. **Descriptores:** enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, transición demográfica, diabetes mellitus, Programa de Salud Familiar, salud de los ancianos.

Palabras clave: Calidad de Vida. Investigación. Envejecimiento. Factores de Riesgo.

Sumário

Introdução.....	10
Descritores.....	12
Justificativa.....	12
Objetivos.....	14
Objetivo Geral	14
Objetivos Específicos	14
Materiais e métodos.....	14
Resultados e Discussão.....	15
Conclusão.....	20
Referências.....	22
Anexo	27
Autorização do Secretário de Saúde de São Gotardo para a presente pesquisa.....	27

1. Introdução:

As doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 1/3 das mortes no Brasil. As lesões vasculares que acompanham essas afecções estão associadas à aterosclerose. Existe uma multicausalidade de fatores de risco para essa afecção. Dentre esses fatores de risco, a obesidade, o sedentarismo, a hipertensão arterial, o tabagismo e o estresse podem ser estudados e factíveis de tratamento. (*MARTINEZ et al, 1999; BERENSON et al, 1998; GIUGLIANO; FERREIRA, 2004; IBGE, revisão 2004*).

A hipertensão arterial atinge, no Brasil, mais de 20 milhões de pessoas. Dentre os fatores de risco já conhecidos para o desenvolvimento da hipertensão arterial, alguns não podem ser controlados pelas equipes de saúde, tais como a hereditariedade, e o fator racial, porém outros como o sedentarismo, a obesidade, o tabagismo e o elevado consumo de sal são factíveis de tratamento. (*MION, J.D., 1998; CARNEIRO et al, 2003; OMS, Brasília, 2005; CDCP, Michigan, 1996 e 1998*).

Apesar dos elevados investimentos para o controle das afecções cardiovasculares, as taxas de morbimortalidade têm sofrido poucas modificações nas últimas décadas. Os melhores resultados foram com programas direcionados às mudanças de hábitos maléficis à saúde das pessoas, tais como: combate às dietas ricas em colesterol, ao sedentarismo, à obesidade, ao tabagismo e ao estresse. (*VERAS, R.P., 2003; FREEDMAN et al, 2001; LEANDER et al, 2001; OMS, Brasília, 2005*).

Atualmente, com a denominação de transição demográfica, os idosos são a parcela da população que mais cresce no Brasil, assim como no mundo. Além disso, no Brasil a longevidade tem registrado um importante aumento. Essas mudanças requerem o desenvolvimento de programas que visem à promoção da saúde dos idosos. (*CHAIMOWICZ et al, 2009; VERAS, R.P., 2003*).

Os problemas de saúde tendem a aumentar e a se agravar com o avançar da idade. Hábitos saudáveis pode ser a chave para o controle dessas afecções. Dessa forma, é justificada a revisão de literatura sobre hábitos e estilos de vida inadequados em idosos e risco cardiovascular aumentado, com o estudo da influência da obesidade, do sedentarismo, do tabagismo, do etilismo nas doenças cardiovasculares e a sua prevenção. (*VERAS, R.P., 2003; CHAIMOVICZ et al, 2009*).

A obesidade é acompanhada de uma maior morbidade e uma menor longevidade, estando fortemente associada a afecções, como hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, entre outras. A diminuição dos níveis de atividade física e o aumento da ingestão calórica são fatores determinantes ambientais mais fortes. Estudos com gêmeos e crianças adotadas têm demonstrado que a obesidade não é simplesmente uma tendência hereditária, mas sofre forte influência do ambiente. O ambiente moderno é um potente estímulo para a obesidade. O fato de termos forte influência genética na obesidade não indica que a mesma seja inevitável e todos os esforços devem ser postos em prática para tentarmos adequar o peso desses pacientes e realizarmos, assim, um importante trabalho preventivo, numa condição ligada a tantos efeitos deletérios a curto, médio e longo prazo. (*GUS et al, 1998; SEKINE et al, 2002; GIUGLIANO; CARNEIRO, 2004*).

A ausência de atividade física é um hábito de aquisição relativamente recente na história da humanidade, sendo o sedentarismo um fator de risco independente para as doenças cardiovasculares. Programas de atividade física propiciam uma série de benefícios à saúde, como um melhor controle da obesidade, da hipertensão arterial, do diabetes *mellitus*, da hipercolesterolemia, da osteopenia, além de proporcionar melhora da função cognitiva e da auto-estima. (*SANTOS et al, 2001; CDCP, Michigan, 1996 e 1998*).

O hábito de fumar cigarros tem sido identificado como um grande problema de saúde pública e causa de morte prematura evitável através da prevenção. O controle do tabagismo é uma das medidas que do ponto de vista da saúde coletiva, provocaria maior impacto na redução das taxas de morbimortalidade das doenças cardiovasculares. No estudo de Framingham, foi verificada relação diretamente proporcional entre o número de cigarros consumidos e alteração nos níveis de lipoproteínas. É reconhecido o efeito do tabagismo no perfil lipídico e sua associação com o aumento da placa ateromatosa em carótidas, relacionada ao número de cigarros consumidos por dia. (*BARBOSA et al, 1989; POLETTI et al, 1991; WEN et al, 2005*).

O consumo elevado de bebidas alcoólicas confere risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial, acidente vascular hemorrágico (*CRIQUI MH, 1987*) e cardiomiopatias (*REGAN TJ, 1990*).

Em última análise uma abordagem insistente de pacientes deve ser instituída com o objetivo de prevenir ou pelo menos retardar o início do diabetes melitus, hipertensão e a doença cardiovascular. O primeiro tipo de intervenção recomendada para estes pacientes é a

modificação do estilo de vida, priorizando-se uma dieta saudável, a prática regular de atividade física, além do combate ao tabagismo, uso abusivo de álcool e estresse. (*BRASIL, M.S.Datasus, 2005; FREITAS et al, 2006; LUZ, PL; CESENA, FHY, 2001*).

2. Descritores:

Doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, transição demográfica, diabetes melitus, Programa Saúde da Família, Saúde do Idoso.

3. Justificativa:

Já na graduação em Medicina, no ano de 1969, percebia como a saúde do idoso seria uma problemática relevante para os serviços de saúde. Atualmente, depois de 42 anos de formação, pela minha prática cotidiana observo que a maior demanda assistencial na minha equipe de saúde da família está relacionada ao envelhecimento.

Quando do estudo do módulo Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde da comunidade do PSF São Geraldo, na cidade de São Gotardo, pequena cidade do interior de Minas Gerais, no semestre passado, o problema risco cardiovascular aumentado foi priorizado pela importância, pela urgência e pela capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto. Nesse estudo percebeu-se que o grande “nó crítico” (fatores de risco) do problema acima são os hábitos e estilos de vida inadequados e a equipe tem ação direta sobre esse “nó crítico”, instruindo esses pacientes, com programa de caminhada e aulas de alongamento com fisioterapeuta, orientações sobre dietas com nutricionista e endocrinologista na atenção secundária, e orientações sobre os malefícios do tabagismo, do alcoolismo e do estresse. Em relação à hipertensão arterial sistêmica foi demonstrado que a redução de 5 a 6 mmHg da pressão arterial reduz o risco de doenças ateroscleróticas, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca em até 15%, 40% e 50%, respectivamente, dentro de um período de cinco anos. (*Luz, P.L.; CESENA F.H.Y., 2001*). O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução do risco da doença cardiovascular – minimizando as mortes prematuras e os eventos altamente incapacitantes, como os quadros de acidente vascular cerebral (AVC), independente se o médico optar por um tratamento medicamentoso e/ou por orientações e outros tipos de tratamentos multiprofissionais. É importante que o hipertenso

seja abordado de forma a considerar todos os fatores de risco presentes, minimizando-os, e não só a pressão arterial isolada. (DÓREA E.L.; LOTUFO P.A., 2004; SILVA G.V., 2004). Já em pacientes diabéticos (DM) tipo 2, as doenças cardiovasculares são responsáveis por até 80% das mortes, sendo que essa população tem o risco relativo desse tipo de morte três vezes maior que da população em geral. A associação de uma alimentação rica em frutas e vegetais e a prevenção das complicações do diabetes se dão não só pelo controle da obesidade quanto pelo efeito dos fito nutrientes presentes nestes alimentos. É comprovado ainda que a prática regular de atividade física e a redução do peso podem reduzir a incidência de DM tipo 2 em indivíduos com intolerância à glicose. (GUIMARÃES *et al*, 2005). Deve-se destacar que a precoce identificação, a assistência oferecida e o acompanhamento adequado aos portadores de hipertensão e diabetes, e o estabelecimento do vínculo com as unidades básicas de saúde, são essenciais para o sucesso do controle desses agravos, prevenindo as complicações, reduzindo o número de internações hospitalares e a mortalidade das doenças cardiovasculares, além de reduzir o custo social e o custo que incorre ao SUS associado às doenças crônicas. (MS, Brasil, 2004).

Por outro lado, quando do estudo do módulo Saúde do Idoso, foi visto que em cinco anos a população de idosos da comunidade São Geraldo, hoje de 4,6% irá aumentar para 11,2% e em dez anos a população de idosos irá aumentar para 17,0%. Portanto a comunidade do PSF São Geraldo, hoje considerada jovem, com 4,6% de idosos, passará para comunidade envelhecida, com 17,0% de idosos, em dez anos. Dessa forma, é justificado o estudo da influência da obesidade, do sedentarismo, do tabagismo, do etilismo nas doenças cardiovasculares dos idosos e a sua prevenção.

É necessário o desenvolvimento de programas que visam a promoção de um envelhecimento ativo e saudável. Muitos distúrbios crônicos comuns nos idosos podem ser controlados, limitados e até mesmo prevenidos, podendo as pessoas idosas ter uma maior probabilidade de manter uma boa saúde e independência funcional. Nos países em desenvolvimento, atualmente há um consenso sobre a importância da adoção precoce de hábitos de vida saudáveis para a prevenção de problemas de saúde. Todos os países concordam em colocar em prática programas de educação sanitária, com objetivo de prevenir doenças e complicações mediante modificações nos comportamentos humanos, destacando-se o Programa Saúde Família enquanto importante estratégia de atenção à saúde. (CABRERA *et al*, 2004).

4. Objetivo:

4.1. Objetivo Geral

Identificar os fatores de risco modificáveis e as seqüelas prevalentes presentes nos idosos cadastrados no SIS-HIPERDIA da ESF São Geraldo do Município de São Gotardo/MG.

4.2. Objetivos Específicos

4.2.1. Caracterizar essa população quanto ao sexo, faixa etária, idosos fortes, idosos frágeis, fatores de risco comportamentais, fisiológicos e doenças associadas.

4.2.2. Analisar a prevalência de fatores de risco modificáveis, as seqüelas e doenças crônicas prevalentes nessa população.

5. Materiais e Método:

O estudo foi desenvolvido no município de São Gotardo, com população de cerca de 32.000 habitantes, situada na região do Alto Paranaíba. A população de estudo foi constituída pelos usuários idosos cadastrados no SIS-HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - da Unidade de Saúde da Família São Geraldo, no período de 2009 a 2010.

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, por estatística descritiva e análise de indicadores em saúde. Foram utilizadas como fonte dos dados as fichas de cadastro de SIS-HIPERDIA da Unidade de Saúde da Família São Geraldo (fichas HD), para os anos de 2009 a 2010.

Foi elaborado um banco de dados com as características em estudo através do *software Excel*. Apresentação dos resultados foi por meio da estatística descritiva: distribuição absoluta, frequência, média, moda, mediana, desvio padrão, coeficiente de variação e cálculo da razão de prevalência desses fatores de risco em relação às características demográficas e

clínicas dessa população. Em relação aos fatores éticos foi solicitado consentimento ao Secretário Municipal de Saúde de São Gotardo/MG para coleta desses dados.

Na fase de coleta de dados, o ponto de partida foi a identificação de pessoas idosas registradas como portadoras de hipertensão arterial, diabetes melitus ou associação de hipertensão arterial com diabetes melitus. Utilizou-se a definição de idoso constante do art. 2º da Lei nº 8.842/94: aquela pessoa com 60 anos ou mais (Brasil. Lei nº 8.842 de 1994. Política Nacional do idoso).

Para as variáveis: Índice de Massa Corporal (IMC), pressão arterial (PA) foram aplicados os seguintes parâmetros:

- o IMC é calculado através da divisão do peso (Kg) pela altura ao quadrado (m²). O IMC aceitável em idosos é diferente dos valores indicados para os adultos. Na faixa de 60 a 64 anos o intervalo de índice considerado normopeso é de 23 a 28 Kg/m²; na faixa etária acima de 64 anos o IMC adequado deve estar entre 24 a 29 Kg/m²; obeso acima de 30Kg/m²; obeso classe I de 30,0 a 34,9 Kg/m²; obeso classe II de 35 a 39,9 Kg/m²; obeso classe III \geq 40,0 Kg/m²; peso menor que o adequado: abaixo de 22,9 Kg/m² (COSTA, E.F.A., 2001; *Guia para o controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasil/2002*).
- os níveis pressóricos foram avaliados segundo a classificação do III consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial.

6. Resultados e Discussão:

Com os dados de identificação como sexo, idade, endereço, foi realizada uma conferência desses com os dos registros de atividades diárias nos cadernos dos ACS e dos prontuários dos pacientes localizados no PSF São Geraldo, excluindo-se as pessoas que, embora constassem no cadastro, já havia obituado (5 óbitos) ou ainda já haviam se mudado (3 mudanças de endereço) da área de abrangência da equipe de saúde da família (ESF) no período 2009 a 2010. Além disso, procedeu-se a inclusão de pessoas não cadastradas no sistema de informação, mas que faziam parte do registro dos ACS e (ou) do prontuário dos pacientes (inclusão de 36 portadores de hipertensão e (ou) diabetes não cadastrados no SIS-HIPERDIA) da unidade de saúde São Geraldo (prontuário UBS). Assim,

uma listagem com 164 pessoas, contendo nome, sexo e endereço, conforme as informações das fichas HD, dos cadernos de registro dos ACS e do prontuário UBS, foi confeccionada, conforme fluxograma abaixo (fig. 1).

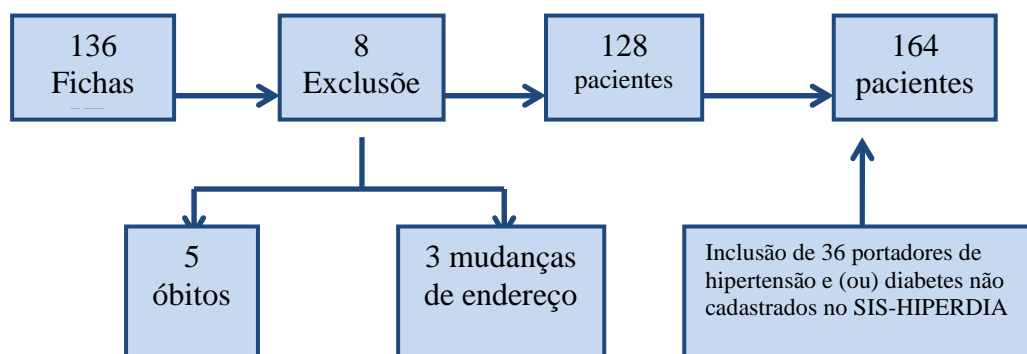


Fig. 1 – Fluxograma da definição da população de estudo

- Características sócio-demográficas e clínicas da população de estudo, conforme tabelas 2, 3 e 4:

Tabela 2 – Distribuição dos idosos, segundo sexo, idade.

Sexo	Número		%	
Feminino	118		71,9	
Masculino	46		28,0	
Idade (anos)	Feminino		Masculino	
	Número	%	Número	%
60 - 64	29	17,7	13	7,9
65 - 69	25	15,2	10	6,1
70 - 74	20	12,2	10	6,1
75 - 79	24	14,6	8	4,9
80 ou mais	20	12,2	5	3,0

Tabela 3 – Distribuição dos idosos, segundo características clínicas.

Hiperdia	Feminino	Masculino	Total
Diabéticos	2	6	8
Diabéticos c/ hipertensão	34	5	39
Hipertensos	80	37	117
IMC	Número	%	
Peso menor que o adequado	15	9,2	
Normal	86	52,4	
Sobrepeso	23	14,0	
Obeso classe I	26	15,9	
Obeso classe II	9	5,5	
Obeso classe III	5	3,0	
Sedentarismo	84	51,2	
Caminhada, dança, exercício	80	48,8	
Tabagismo anterior	16	9,8	
Tabagismo	5	3,0	
Etilismo	2	1,2	
Idosos fortes	81	49,4	
Idosos frágeis	83	50,6	

Tabela 4 – Distribuição dos idosos, segundo seqüelas e doenças crônicas prevalentes

Seqüelas e doenças crônicas prevalentes	Número	%
Síndrome da imobilidade	3	1,8
Alzheimer e outras demências	3	1,8
Seqüela de infarto agudo do miocárdio	3	1,8
Trombose venosa profunda de MI	1	0,6
Úlcera de perna (pé diabético)	4	2,4
Seqüela de AVC	9	5,5
Cardiopatia	3	1,8
Amputado de MI	2	1,2
Hérnia de disco	2	1,2
Renal crônico	3	1,8
Seqüela de fratura de colo de fêmur	2	1,2
Marca-passo cardíaco	1	0,6
Hipotireoidismo	1	0,6
Total	36	22,0

Os resultados do presente estudo apontaram para uma predominância do sexo feminino (71,9%). É a feminização do envelhecimento. Em pesquisa realizada em João Pessoa-PB, foram encontrados 79,7% de mulheres idosas. Em Fortaleza-CE, as mulheres constituíram 66% (SANTOS *et al*, 2002; COELHO FILHO J. M., RAMOS L.R., 1999)

No que diz respeito à faixa etária, os idosos apresentaram de 60 a 93 anos, sendo a média de 73,3 anos, a moda de 63 anos, a mediana de 73 anos e o desvio-padrão de 9 anos. O estudo apresentou a seguinte distribuição: entre 60 e 64 anos, 17,7% de mulheres e 7,9% de homens; entre 65 e 69 anos, 15,2% de mulheres e 6,1% de homens; entre 70 e 74 anos, 12,1% de mulheres e 6,1% de homens; entre 75 e 79 anos, 14,6% de mulheres e 4,9% de homens; acima de 80 anos, 12,2% de mulheres e 3,0% de homens.

Quanto aos fatores de risco modificáveis, foram estudados: sobrepeso, obesidade, tabagismo, etilismo, sedentarismo.

Pelo IMC, observou-se um percentual de sobrepeso de 14,0% e obesidade de 24,4% dos quais 15,9% eram obesos classe I, 5,5% obesos classe II e 3,1% obesos classe III. Pesquisas semelhantes revelaram 33,1% e 23,3% de obesidade em idosos (*ZAITUNE et al, 2006; DA CRUZ et al, 2004*).

Quanto ao tabagismo, observou-se 9,8% de tabagismo anterior (deixaram o vício). Continuam fumando 3,0%, valor inferior à pesquisa semelhante que revelou 10% de tabagismo em idosos de Goiânia (*FERREIRA et al, 2010*), 27,6% em Fortaleza – CE (*CAETANO et al, 2008*), 19,6% em Bambuí (*PEIXOTO et al, 2006*), 14,4% em Pelotas (*SILVEIRA et al, 2009*), 12,7% na amostra brasileira (*PEREIRA et al, 2008*), 7,6% em São Paulo (*ALENCAR et al, 2000*).

Quanto ao etilismo, observou-se 1,2%, valor inferior à pesquisa semelhante que revelou 6,0% de etilismo em idosos de Goiânia (*FERREIRA et al, 2010*), 13,8% em Fortaleza-CE, 3,2% em amostra de idosos brasileiros (*PEREIRA et al, 2008*)

No que diz respeito ao sedentarismo, observou-se que 51,2% dos idosos são sedentários, dentre os quais um grande número de sequelados de AVC, amputados, dementes, Alzheimer, cardiopatas, idosos debilitados, idosos com síndrome da imobilidade. Enquanto isso, 48,8% praticam regularmente atividade física (caminhada, hidroginástica, bicicleta, salão de danças da 3ª idade). Pesquisa semelhante revelou 59,8% de sedentarismo em idosos de Goiânia (*FERREIRA et al, 2010*).

7. Conclusão:

Mediante a presente pesquisa identificamos o perfil de 164 idosos hipertensos e/ou diabéticos atendidos no PSF São Geraldo do município de São Gotardo. A abrangência deste estudo é relativamente limitada, ao analisarmos o caso de um município pequeno no interior do estado de Minas Gerais. Porém, deve-se considerar que a maioria dos municípios brasileiros é de pequeno porte. Assim sendo, estes resultados podem contribuir para o trabalho dos profissionais que lidam no cotidiano do PSF.

Com base nos resultados obtidos neste trabalho, observa-se entre os idosos hipertensos e/ou diabéticos atendidos no PSF São Geraldo no município de São Gotardo, uma predominância de indivíduos do sexo feminino. É a feminização do envelhecimento.

Os problemas de saúde tendem a aumentar e a se agravar com o avançar da idade. Hábitos saudáveis pode ser a chave para o controle dessas afecções. Percebe-se que há a necessidade de uma intervenção mais específica para essa faixa da população com o auxílio de recursos didáticos atrativos e de fácil compreensão.

Foram identificados diversos fatores de risco modificáveis, como sobrepeso, obesidade, sedentarismo, tabagismo, etilismo. Esses fatores de risco, se não controlados, podem aumentar a predisposição dos pacientes às doenças cardiovasculares, aumentando os custos para o sistema sanitário e diminuindo os anos de vida com qualidade para os indivíduos acometidos por essas enfermidades. Cabe aqui, portanto, uma intervenção via interação interprofissional que favoreça a mudança de hábitos e estilos de vida ligados a esses fatores de risco modificáveis, importantes na promoção da saúde e prevenção de complicações tanto para os portadores de hipertensão e/ou diabetes como para a população em geral que é usuária do PSF.

Em última análise uma abordagem insistente de pacientes deve ser instituída com o objetivo de prevenir ou pelo menos retardar o início do diabetes mellitus, hipertensão e a doença cardiovascular. O primeiro tipo de intervenção recomendada para estes pacientes é a modificação do estilo de vida, priorizando-se uma dieta saudável, a prática regular de atividade física, além do combate ao tabagismo, uso abusivo de álcool, conforme destacam vários autores (*BRASIL.M.S. Datasus, 2005; FREITAS et al, 2006; LUZ, PL; CESENA, FHY, 2001*). A partir dos dados encontrados nesta pesquisa, foi possível o planejamento de ações

de estratégias de educação e cuidados à saúde destes usuários e a implantação de programas voltados especificamente para essa faixa etária e para a população em geral, usuária do PSF.

8. REFERÊNCIAS:

1. ALENCAR, Y.M.G. et al. *Risk factors for atherosclerosis in an elderly out patient population in the city of São Paulo*. Arq. Bras. Cardiol. 2000; 74 (3): 189-96.
2. BARBOSA, M. T. S. et al. *O uso de tabaco em estudantes de primeiro e segundo grau de dez capitais brasileiras: possíveis contribuições de estatística multivariada para a compreensão do fenômeno*. Rev Saúde Pública. 1989; 23:401-9.
3. BERENSON, G. S. et al. *Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults*. Bogalusa Heart Study. N Engl J Med. 1998; 338: 1650-6.
4. Brasil. 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. [citado 2003 Nov22]. Disponível em http://www.sbgg.org.br/profissional/legislacao/lei_idoso.pdf
5. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus no Brasil*. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2004.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Datasus. [acessado 2005 out 10]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>
7. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia para o controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2002. [Cadernos de Atenção Básica].
8. CABRERA, C. E. et al. *Impacto de la educación participativa em el índice de masa corporal y glicemia em indivíduos obesos com diabetes tipo 2*. Cad. Saúde Publica 2004; 20(1).

9. CAETANO, J.A. et al. *Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos*. Texto Contexto Enferm. 2008; 17 (2): 327-35.
10. CARNEIRO, G et al. *Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos*. Rev Assoc Med Bras. 2003; 49: 306-11.
11. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Compliance with physical activity recommendations by walking for exercise – Michigan, 1996 and 1998*. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2000; 49:560-5.
12. CHAIMOWICZ, F. et al. *Saúde do idoso - Belo Horizonte-MG: Nescon/UFMG, Copomed, 2009)*
13. COSTA, E. F. A. *Guia para o controle da hipertensão arterial e diabetes melitus*. Brasil/2002.
14. CRIQUI MH. *The roles of alcohol in the epidemiology of cardiovascular diseases*. Acta Med Scand Suppl 1987;717:73-85.
15. DA CRUZ, I.B.M. et al. *Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares*. Ver Assoc Med Bras (1992). 2004;50 (2):172-7.
16. DÓREA, E.L; LOTUFO, P.A. *Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica*. Rev. Hipertensão 2004; 7(3): 86-89.
17. FERREIRA, C. C. da C. et al. *Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Idosos Usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia*. Arq. Bras. Cardiol. 2010; 95(5);621-628
18. FREEDMAN, DS et al. *Relationship of childhood obesity to coronary heart disease risk factors in adulthood: the Bogalusa Heart Study*. Pediatrics. 2001; 108:712-8. et al.

19. FREITAS et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2ed.2006.
20. GIUGLIANO, R; CARNEIRO, E. C. *Factors associated with obesity in school children.* J Pediatr. Rio de Janeiro-RJ, 2004; 80: 17-22.
21. GUIMARÃES, V. et al. *Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde.* Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2005; 14(1): 41-68
22. GUS, M. et al. *Associação entre diferentes indicadores antropométricos de obesidade e prevalência de hipertensão arterial.* Arq Bras Cardiol. 1998; 70: 111-4
23. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA - IBGE. Censo demográfico de 2000: revisão 2004. Rio de Janeiro-RJ: IBGE; 2004 [acesso em 2007 Abr 28]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
24. LEANDER, K et al. de Faire U. Family history of coronary heart disease, a strong risk factor for myocardial infarction interacting with other cardiovascular risk factors: results from the Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP). Epidemiology. 2001; 12:215-21.
25. LUZ, P.L.da; CESENA, F.H.Y. *Prevenção da doença coronariana.* Rev. Soc. Cardiol. 2001; 11 (2):6-20.
26. MARTINEZ, V. V. et al. *Familial aggregation of cardiovascular disease risk factors: the Cuenca study.* Prev Med. 1999; 28: 131-7.
27. MION, J. D. *Hipertensão: aspectos práticos.* São Paulo-SP, Sociedade Brasileira de Cardiologia Departamento de Hipertensão Arterial; 1988.

28. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília-DF. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2005.
29. PEIXOTO, S. V. et al. *Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte-MG)*. Cad. Saúde Pública. 2006; 22 (9): 1925-34.
30. 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.
31. POLETTO, L. et al. *Prevalência 25US habito de fumar em jóvenes y 25US padres. Asociaciones relevantes com educacion y ocupación*. Rev. Saúde Pública. 1991; 25: 388-93.
32. REGAN TJ. Alcohol and the cardiovascular system. JAMA 1990; 264:377-81
33. SANTOS, L. D. et al. *Eficácia da atividade física na manutenção do desempenho funcional do idoso: uma revisão da literatura*. Fisioter Bras 2001; 2:169-76.
34. SANTOS, S.R. et al. *Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan*. Rev. Latinoam Enferm. 2002;10(6):757-64.
35. SEKINE, M. et al. *Parental obesity, lifestyle factors and obesity in preschool children: results of the Toyama Birth Cohort study*. J Epidemiol. 2002; 12: 33-9. *Et al.*
36. SILVA, G.V. *Qual a diretriz de hipertensão arterial os médicos brasileiros devem seguir? Análise comparativa das diretrizes brasileiras, européias e norte-americanas (JNCVII)*. Arq. Bras. Cardiol. 2004; 83(2): 179-181.
37. SILVEIRA, E.A.; KAC, G.; BARBOSA, L. S. *Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da*

obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. Cad Saúde Pública, 2009; 25 (7): 1569-77.

38. VERAS, R.P. *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.*

39. WEN, C. P. et al. *Role of parents and peers in influencing the smoking status of high school students in Taiwan. Tob Control. 2005 (Suppl: 1): 110-5.*

40. ZAITUNE, M.P.A. et al. *Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo-SP, Brasil. Cad Saúde Pública = Rep Public Health. 2006; 22(2): 285-94.*

9. ANEXOS

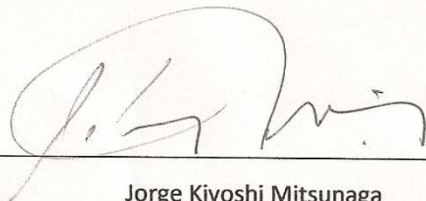
Ao

Secretário Municipal de Saúde de São Gotardo/MG

Sr David Coelho Santos

Estou cursando especialização em atenção básica em saúde da família pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Gostaria de desenvolver uma pesquisa sobre PERFIL E ESTILO DE VIDA DOS IDOSOS CADASTRADOS NO SIS-HIPERDIA DA ESF SÃO GERALDO, SÃO GOTARDO/MG. Para viabilizá-la gostaria de obter o seu consentimento para analisar as fichas do HIPERDIA dos idosos cadastrados no SIS-HIPERDIA da Unidade de Saúde da Família São Geraldo, São Gotardo/MG.



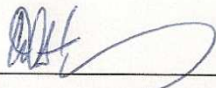
Jorge Kiyoshi Mitsunaga

(Médico da Unidade ESF São Geraldo, São Gotardo/MG)

Telefones: (34)-3671-1414 e 9147-8815

E mail: jkmitsunaga@yahoo.com.br

São Gotardo, 7 de junho de 2010



David Coelho Santos

(Secretário Municipal de Saúde de São Gotardo/MG)

Protocolado
M. Rodrigues
07/06/2010
M^a Dores Rodrigues Martins
Coord. Recursos Humanos
Secretaria Municipal Saúde - S.G.