

IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO EM IDOSOS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: RESULTADO PRELIMINAR

Viviane Nunes Ferreira Csizmar (1); Anderson Soares da Silva (2)

(1) *Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP-USP – vivianecsizmar@usp.br*

(2) *Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP-USP – assilva@usp.br*

INTRODUÇÃO

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma das causas de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo (1). Nas últimas décadas, os tratamentos com o uso de medicamentos cardioprotetores e as terapias de intervenção em cardiologia, contribuíram para o aumento da sobrevida desses indivíduos. Em idosos, esse aumento de sobrevida é frequentemente acompanhado de maior probabilidade de complicações de saúde, acúmulo de fatores de risco e resistência a modificação de hábitos de vida (2-4). Esse cenário aponta para a necessidade de abordagens mais abrangentes aos cuidados de saúde, envolvendo não só o tratamento medicamentoso, como também, o controle de fatores de risco. Dentre os fatores de risco, a inatividade física interfere diretamente no curso das doenças crônicas não transmissíveis, podendo até ser responsável pela causa delas (5). Em adultos jovens, o sobrepeso e a obesidade são apontados na literatura como fatores protetivos em relação a mortalidade de adultos jovens com IAM, o que não se aplica para indivíduos com mais de 65 anos de idade (6). Dessa forma, o controle do peso corporal e manter um nível mínimo de atividade física, são importantes para a manutenção da saúde cardiovascular e da capacidade de autonomia funcional do indivíduo. Culminando em maior qualidade de vida e redução de agravos à saúde. Dessa forma, é de suma importância, estudos e ações direcionadas a esse público alvo, afim de reduzir ao máximo as possibilidades de complicações de saúde e consequente aumento da qualidade de vida. Esses dados podem contribuir para o planejamento de programas de prevenção secundária a partir das unidades de saúde da família (USF) direcionadas a essa população.

O objetivo do presente trabalho é descrever o nível de atividade física, índice de massa corporal (IMC) e qualidade de vida em idosos com histórico de IAM.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, transversal, quantitativo, realizado em Unidades de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto / SP. Por meio de revisão de prontuário, foram elencados indivíduos com 60 anos ou mais e incluídos todos que apresentavam histórico de IAM. Os participantes foram submetidos a uma entrevista em domicílio com aplicação de questionário semi-estruturado e mensuração de variáveis antropométricas. O IMC foi calculado pela fórmula altura(m)²/peso(kg), o nível de atividade física pelo Questionário Internacional de Atividade Física versão curta (IPAQ-C) e a qualidade de vida pelo questionário *Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey* (SF-36). A análise estatística foi realizada com média, desvio padrão, frequência simples e números absolutos.

RESULTADOS PRELIMINARES E DISCUSSÃO

A pesquisa incluiu 30 indivíduos idosos, em igual proporção de gêneros, com histórico prévio e recente de IAM e acompanhados por uma equipe do programa estratégia de saúde da família. A média de idade foi de 71,5 (DP 5) anos.

A maioria dos indivíduos referem-se como brancos, em união estável, com baixo nível de escolaridade, de religião católicos, aposentados ou pensionistas, baixo nível de classificação socioeconômica e sem convênio de saúde particular (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas

Variáveis	N	%	Variáveis	N	%
Cor de pele			Profissão		
Branco	19	63,3	Não exerce trabalho remunerado	2	6,7
Preto	1	3,3	Exerce trabalho remunerado	4	13,3
Moreno / pardo	10	33,3	Aposentado / Pensionista	24	80,0
Estado civil			Classificação socioeconômica (renda média da família)		
União Estável	17	56,7	A (R\$ 28.000,00)	1	3,3
Separado / divorciado	2	6,7	B2 (R\$ 4.852,00)	6	20,0
Viúvo	11	36,7	C1 (R\$ 2.705,00)	13	43,3
Escolaridade			C2 (R\$ 1.625,00)	7	23,3
Analfabeto	7	23,3	D-E (R\$ 768,00)	3	10,0
Fundamental I completo	16	53,3	Chefe da família	22	73,3
Fundamental II completo	2	6,7	Não chefe da família	8	26,7
Médio completo	4	13,3	Convênio de saúde		
Superior completo	1	3,3	Sim	11	36,7
			Não	19	63,3

Variáveis	N	%
Religião		
Católico	18	60,0
Evangélico	5	16,7
Espírita	4	13,3
Ateu	1	3,3
Outro	2	6,7

Entre os idosos apresentados no presente estudo, os fatores de risco mais relatados foram hipertensão arterial (93%), dislipidemia (53,3%) e diabetes mellitus (46,7%). Outros em menor proporção foram acidente vascular encefálico (13,3%), tabagismo (13,3%), insuficiência renal crônica (10%), vasculopatias (10%) e 16,7% referiram ter angina presente. O acúmulo de doenças, principalmente crônicas, é frequente em pessoas idosas (7-8).

Tabela 2 – Distribuição por faixa etária e categorização do nível de atividade física e IMC

	Feminino (n=15)		Masculino (n=15)		Geral (n=30)	
	N	%	N	%	N	%
Faixa idade						
60 a 69 anos	5	33,3	6	40	11	36,7
70 a 79 anos	9	60,0	8	53,3	17	56,7
80 a 90 anos	1	6,7	1	6,7	2	6,7
IPAQ-C						
Sedentário	2	13,3	5	33,3	7	23,3
Insuficientemente ativo	7	46,7	7	46,7	14	46,7
Ativo	6	40	3	20,0	9	30,0
IMC						
Eutrofico	3	20	3	20,0	6	20,0
Sobrepeso	8	53,3	8	53,3	16	53,3
Obesidade grau 1	2	13,3	4	26,7	6	20,0
Obesidade grau 2	1	6,7	0	0	1	3,3
Obesidade grau 3	1	6,7	0	0	1	3,3

DP: Desvio padrão

Idade, nível de atividade física e índice de massa corporal estão descritos na tabela 2. A maioria dos indivíduos (56,7%) se encontram na sétima década de vida. Somente 30% da amostra foram classificados como ativos em relação à prática de atividade física. Dentre estes, as mulheres foram maioria (40%). A literatura aponta para 73,9% de idosos com nível de atividade física insuficiente semelhante ao encontrado neste estudo (9). Na prática clínica é comum a prescrição de

exercício físico planejado de forma individual para pacientes com doenças cardiovasculares, visando a reabilitação cardíaca, além de atividade física cotidiana para manutenção da condição da saúde e qualidade de vida (10, 11). No presente estudo, foi verificado que a maioria dos pacientes não se beneficiam de nenhuma dessas duas indicações.

De acordo com a classificação do IMC, a maioria dos participantes (53,3%), em igual gênero, apresentaram sobrepeso e 26,6% algum grau de obesidade. Outros estudos identificaram 25% e 49% de obesidade entre idosos com maior prevalência em mulheres e a associação desta ao IAM (7,12). O período de modificação hormonal pós menopausa pode ser a explicação para maior acúmulo de gordura em mulheres, o que não foi observado nessa amostra (7). Possivelmente a maior frequência de obesidade entre homens está relacionada a outros fatores relativos aos hábitos de vida, tais como nutricional e ausência de prática regular de atividade física.

Tabela 3 – Escore médio dos domínios do questionário de qualidade de vida SF-36

	Feminino (n=15)		Masculino (n=15)		Geral (n=30)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
SF-36						
Capacidade funcional	69,33	22,67	55	34,02	62,17	29,32
Limitações por aspectos físicos	71,67	36,43	65	42,05	68,33	38,8
Dor	63,07	29,48	80,13	26,66	71,6	29,95
Estado geral de saúde	82,4	14,13	61,53	22,05	71,97	21,06
Vitalidade	63,33	21,77	62,33	21,29	62,83	21,16
Aspectos sociais	72,5	29,2	83,33	27,41	77,92	28,37
Limitações por aspectos emocionais	66,66	41,79	79,99	35,19	73,32	38,56
Saúde mental	66,67	21,63	74,67	20,82	70,67	21,25

DP: Desvio padrão

Em relação a qualidade de vida (Tabela 3), os escores abaixo de 70%, indicando uma pior qualidade de vida, são relativos aos aspectos de capacidade funcional, limitações por aspectos físicos e vitalidade. Sendo estes mais evidentes para o gênero masculino que também apresentaram maior proporção de sedentarismo e atividade física insuficiente. Esses achados estão de acordo com o encontrado num estudo que evidencia piores escores do SF-36 para os domínios de Capacidade funcional, Limitação por aspectos físicos e Vitalidade para idosos não praticantes de atividade física (13).

CONCLUSÃO

A partir dos dados obtidos, a amostra apresentou sobrepeso e obesidade, além de baixo nível de atividade física e pior qualidade de vida em relação aos domínios limitação física, capacidade funcional e vitalidade. Foi possível identificar doenças como hipertensão arterial, dislipidemia e Diabetes Mellitus com elevada frequência e que também atuam como fatores de risco para doenças crônicas.

A obesidade e a inatividade física são não somente fatores de risco para doenças crônicas, como também, interferem na qualidade de vida de indivíduos idosos, principalmente no que tange a sua funcionalidade e autonomia física.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Turk-Adawi, Karam, Nizal Sarrafzadegan, and Sherry L. Grace. "Global availability of cardiac rehabilitation." *Nature Reviews Cardiology*. 2014; 11(10): 586-596.
2. Griffo R, Ambrosetti M, Tramarin R, Fattirolli F, Temporelli PL, Vestri AR, et al. Effective secondary prevention through cardiac rehabilitation after coronary revascularization and predictors of poor adherence to lifestyle modification and medication. Results of the ICAROS Survey. *Int J Cardiol*. 2013;167(4):1390–5.
3. Bernardo AFB, Rossi RC, Souza NM de, Pastre CM, Vanderlei LCM. Associação entre atividade física e fatores de risco cardiovasculares em indivíduos de um programa de reabilitação cardíaca. *Rev Bras Med do Esporte. Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte*. 2013;19(4):231–5.
4. D'Avila AC, Filho RR, Schmidt MM, Melleu K, de Oliveira Cardoso C, Gottschall CAM, et al. Angioplastia coronariana primária em pacientes com mais de 80 anos. *Rev Bras Cardiol Invasiva*. 2015;23(4):261–5.
5. Booth FW, Roberts CK, Laye MJ. A falta de exercício é uma das principais causas de doenças crônicas. *Fisiologia abrangente*. 2012; 2 (2): 1143-1211. doi: 10.1002 / cphy.c110025.
6. Niedziela J, Hudzik B, Niedziela N, et al. The obesity paradox in acute coronary syndrome: a meta-analysis. *European Journal of Epidemiology*. 2014;29(11):801-812. doi:10.1007/s10654-014-9961-9.
7. Silveira EA da, Vieira LL, Jardim TV, Souza JD de, Silveira EA da, Vieira LL, et al. Obesity and its Association with Food Consumption, Diabetes Mellitus, and Acute Myocardial Infarction in the Elderly. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(6):509–17.

8. Andrade FB de, Caldas Junior A de F, Kitoko PM, Batista JEM, Andrade TB de. Prevalence of overweight and obesity in elderly people from Vitória-ES, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2012 Mar;17(3):749–56.
9. Madeira MC, Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Tomasi E, Thumé E, Silva SM, Dilélio A, Piccini RX. Atividade física no deslocamento em adultos e idosos do Brasil: prevalências e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2013; 29(1):165-174.
10. Exercício para pacientes com doença arterial coronariana. *Rev Bras Med do Esporte*. 1998;4(4):122–6.
11. Herdy AH, Lopez-Jimenez F, Terzic CP . South American guidelines for cardiovascular disease prevention and rehabilitation. *Arq Bras Cardiol*. 2014;103:1-31.
12. Silveira EA, Kac G, Barbosa LS. 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 Saude Publica*. 2009;25(7):1569–77.
13. Alcântara AR, Freire ALL, Pereira LGF, Rocha GM, Torres MV. Análise comparativa qualidade de vida entre idosas praticantes e não praticantes de atividade física em Teresina-Piauí. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2014;5(5):3004-3014.