



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

CARLA VANDAME DA SILVA

**PERFIL LIPÍDICO DOS IDOSOS ATENDIDOS EM UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DA CIDADE DE PELOTAS**

PELOTAS – RS

2014

CARLA VANDAME DA SILVA

**PERFIL LIPÍDICO DOS IDOSOS ATENDIDOS EM UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DA CIDADE DE PELOTAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Saúde e Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Sandro Schreiber de Oliveira

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Karen Amaral Tavares
Pinheiro

PELOTAS – RS

2014

**PERFIL LIPÍDICO DOS IDOSOS ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE DA CIDADE DE PELOTAS**

BANCA EXAMINADORA

.....
Prof. Dr. Sandro Schreiber de Oliveira (Orientador)

.....
Prof.^a Dr.^a Karen Amaral Tavares Pinheiro (Co-orientadora)

.....
Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro

.....
Prof.^a Dr.^a Samanta Wink Madruga

A eles, meus pais maravilhosos, Pedro e Isaura, sem os quais eu não teria me tornado a pessoa que sou hoje. Foram vários obstáculos enfrentados desde que resolvi me tornar médica e eles sempre estiveram comigo me incentivando e apoiando, independentemente dos resultados das minhas batalhas. Dizer que agradeço a eles pouco exprime meu verdadeiro sentimento por tudo de bom que deles obtive pela vida afora.

AGRADECIMENTOS

Nossa! Finalmente, estou escrevendo meus agradecimentos. Nem acredito!

Bom, em primeiro lugar, agradeço a Deus pela vida, em especial pela minha vida e por todas as minhas conquistas até hoje. A estrada para chegar até aqui foi um tanto longa e por isso quero muito agradecer a algumas pessoas por sua colaboração em mais esta etapa:

Aos amigos e familiares que muitas vezes necessitaram entender e aceitar minhas ausências em razão de minha dedicação ao trabalho e aos estudos...

A todos os meus colegas do Mestrado por nosso bom convívio e aprendizado...

Aos acadêmicos de Medicina da Universidade Católica de Pelotas e de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas pelo grande auxílio na coleta e desdobramento dos dados...

Ao meu orientador Sandro Schreiber de Oliveira e a minha co-orientadora Karen Amaral Tavares Pinheiro pela paciência e auxílio prestados nesta minha jornada...

Meu agradecimento especial vai para minha amiga, Janaína dos Santos Motta, que sempre acreditou em meu potencial, me auxiliou e apoiou nos momentos mais difíceis por meio não somente de seu conhecimento, mas também de sua sincera amizade. Já são 2 anos de aprendizado de Bioestatística, Samba de Raiz e Xavante! Obrigada por tudo, professora!

Enfim, agradeço a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

“Há quem diga que todas as noites são de sonhos. Mas há também quem garanta que nem todas, só as de verão. No fundo, isto não tem muita importância. O que interessa mesmo não é a noite em si, são os sonhos. Sonhos que o homem sonha sempre, em todos os lugares, em todas as épocas do ano, dormindo ou acordado.”

William Shakespeare

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

AFCAPS/TexCAPS – *The Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study*

AFIRMAR – Avaliação dos Fatores de Risco Associados ao Infarto do Miocárdio

AHA – *American Heart Association*

APS – Atenção primária em saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CARE – *The Cholesterol and Recurrent Events Trial*

COURAGE – *Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug Evaluation*

CT – Colesterol total

DAC – Doença arterial coronariana

DCV – Doenças cardiovasculares

DLP – Dislipidemia

DM – Diabete melito

EUA – Estados Unidos da América

FR – Fatores de risco

FRICAS - Fatores de Risco para Infarto do Miocárdio no Brasil

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

HDL - c – *High-density Lipoprotein Cholesterol*

HO – Hipolipemiantes orais

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de massa corporal

INTERHEART – *A Global Case-Control Study of Risk Factors for Acute Myocardial Infarction*

LDL - c – *Low-density Lipoprotein Cholesterol*

LIPID – *The Long-term Intervention With Pravastatin in Ischaemic Disease*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAD – Pressão arterial diastólica

PAS – Pressão arterial sistólica

PL – Perfil lipídico

PROVE IT – *Intensive versus Moderate Lipid Lowering with Statins after Acute Coronary Syndromes*

RS – Rio Grande do Sul

SABE – Saúde, Bem Estar e Envelhecimento

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SCA – Síndrome Coronariana Aguda

SUS – Sistema Único de Saúde

TG – Triglicerídeos

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UCPEL – Universidade Católica de Pelotas

UFPEL – Universidade Federal de Pelotas

UNIJUI – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

WOSCOPS – *West of Scotland Coronary Prevention Study*

4S – Scandinavian Simvastatin Survival Study

SUMÁRIO

PROJETO	12
1 IDENTIFICAÇÃO	13
1.1 Título	13
1.2 Mestranda	13
1.3 Orientador	13
1.4 Instituição	13
1.5 Linha de Pesquisa	13
1.6 Data	13
2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	13
2.1 Introdução	13
2.2 Justificativa	15
2.3 Objetivos	15
2.3.1 Objetivo Geral	15
2.3.2 Objetivos Específicos	15
2.4 Hipóteses	15
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
3.1 Estratégias de Busca	16
3.2 Fundamentação Teórica	17
4 MÉTODOS	21
4.1 Delineamento	21
4.2 População	21
4.3 Amostra	21
4.4 Cálculo da Amostra	22
4.5 Logística	22
4.6 Coleta dos Dados	22
4.7 Definições das Variáveis	22
4.8 Instrumento	23
4.9 Equipe	23
4.10 Estudo-piloto e Treinamento	23
4.11 Processamento e análise dos dados	23
4.12 Controle de Qualidade	23

4.13 Considerações Éticas	24
4.14 Divulgação dos Resultados	24
4.15 Cronograma	24
REFERÊNCIAS	24
ANEXOS	28
Anexo A – Quadro de seleção de alguns estudos sobre o tema	29
Anexo B – Tabelas para referência de perfil lipídico e para cálculo de risco coronariano	33
Anexo C – Proposta de Instrumento	35
ARTIGO	36
Introdução	37
Métodos	37
Resultados	38
Discussão	39
Referências	42
Figura 1- Prevalências de dislipidemia por tipo em usuários de Unidades Básicas de Saúde da Cidade de Pelotas, 2012	43
Tabela 1 - Características dos idosos atendidos nas unidades básicas de saúde, Pelotas, RS, Brasil, 2013 (N=491)	44
Tabela 2 - Prevalência de alteração no perfil lipídico de acordo com características dos idosos atendidos nas unidades básicas, Pelotas, RS, Brasil, 2013 (N=491)	45

PROJETO

PERFIL LIPÍDICO DOS IDOSOS ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA CIDADE DE PELOTAS

Atualmente, há uma predisposição ao envelhecimento mundial da população. Conseqüentemente, isto favorece mudanças em suas características epidemiológicas, ocorrendo predomínio de doenças crônicas não-transmissíveis (em especial, as doenças cardiovasculares), próprias das faixas etárias mais elevadas. O objetivo deste estudo foi investigar as prevalências dos tipos de dislipidemia por diferenciação das frações lipídicas e sua associação com risco cardiovascular. Tratou-se de um estudo transversal, com dados secundários de pacientes acima de 60 anos de idade, usuários de Unidades Básicas de Saúde da zona urbana da cidade de Pelotas. Foram coletadas informações contidas nos prontuários dos indivíduos que consultaram durante o período de 3 semanas, determinado para a coleta dos dados, de janeiro a julho de 2013. Considerou-se como dislipidêmicos aqueles idosos que apresentaram ao menos uma das seguintes situações: colesterol total (CT) ≥ 240 mg/dL, LDL-colesterol (LDL-c) ≥ 150 , triglicerídeos (TG) ≥ 160 e/ou HDL-colesterol (HDL-c) < 40 . Os demais fatores de risco cardiovasculares investigados foram: idade, sexo, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e história prévia de doença arterial coronariana. A alteração lipídica mais frequente foi a hipertrigliceridemia - 40,5%. Aqueles que já utilizavam algum tipo de hipolipemiante oral tiveram ainda uma prevalência mais alta, sendo em torno de 53,2%. Tanto CT quanto o LDL-c são mais elevados entre as mulheres, com valores de 27,9% e 32,3% respectivamente, com $p < 0,001$ em relação a LDL-c. Observou-se ainda esta tendência entre aqueles, com idades entre 60 e 69 anos, sendo os valores de 29,6% para o colesterol total e 31,9% para o LDL-c ($p < 0,001$). As mulheres mostraram-se mais dislipidêmicas do que os homens os quais apresentaram fração HDL-c com valores inferiores a 40mg/dL, contrariando a literatura sobre os fatores de risco para doença cardiovascular cujo sexo masculino costuma ser mais acometido por estes fatores, exceto no que diz respeito ao HDL-c que em geral apresenta-se mais baixo entre as mulheres. No que se refere às limitações, houve certa dificuldade com relação à revisão dos prontuários devido a preenchimento inadequado, deficitário ou ilegível do instrumento de pesquisa, necessitando que fossem excluídos. Além disso, os perfis lipídicos foram coletados sem uma uniformidade de método laboratorial de detecção já que não foram mensurados pelo mesmo serviço de análises bioquímicas. No Brasil, apesar da grande evolução em termos de tratamento nas últimas décadas, tratar dislipidemias segue sendo um desafio. É preciso intensificar as estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos cardiovasculares em idosos usuários da atenção básica de Pelotas, reduzindo-se a morbi-mortalidade entre estes indivíduos.

1 IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título

Perfil lipídico dos idosos atendidos em unidades básicas de saúde da cidade de Pelotas.

1.2 Mestranda

Carla Vandame da Silva.

1.3 Orientador

Prof. Dr. Sandro Schreiber de Oliveira.

1.4 Instituição

Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas.

1.5 Linha de Pesquisa

Epidemiologia.

1.6 Data

08.11.2011.

2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

2.1 Introdução

Atualmente, há uma predisposição mundial ao envelhecimento e à distribuição dos países quanto as suas classes socioeconômicas. Conseqüentemente, o envelhecimento da população gera mudanças nas características epidemiológicas, ocorrendo predomínio de doenças crônicas não-transmissíveis, próprias das faixas etárias mais elevadas¹.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) determina que a população idosa constitua-se por pessoas a partir dos 60 anos de idade quando pertencentes aos países em

desenvolvimento, subindo este limite para 65 anos em se tratando de países desenvolvidos. Segundo ainda dados da OMS, pressupõe-se que, a cada ano, 17,3 milhões de pessoas morrem por doenças cardiovasculares em todo mundo, sendo que, destes, 80% concentram-se em países de baixa e média renda e a expectativa é de que em 20 anos estes valores aumentem em mais de 50% devido à crescente longevidade para a qual estes países se encaminham^{1,2}.

As doenças cardiovasculares são importantes causas de morte, morbidade e incapacitação entre os países ocidentais desenvolvidos e em desenvolvimento, perdendo apenas para os acidentes vasculares cerebrais (AVC's). A aterosclerose, sabidamente, constitui-se em um de seus principais fatores de risco, já que a ocorrência de síndrome coronariana aguda (SCA) encontra-se intimamente relacionada com a doença aterosclerótica em no mínimo 50% dos casos^{3,4}.

As taxas de mortalidade, por doença arterial coronariana (DAC), encontram-se em declínio nos países desenvolvidos, enquanto em países em desenvolvimento como o Brasil permanecem bastante elevadas. Em nosso país, a mortalidade por SCA mantém-se próxima a 30% como constatou-se no ano de 2009⁵. Além disso, tem-se conhecimento de que 40 a 65% dos óbitos por SCA ocorrem nas primeiras duas horas após o início dos eventos e, aproximadamente, 80% nas primeiras 24 horas a seguir em se tratando de SCA com supra desnivelamento de segmento ST, sendo que em torno de 15% destas pessoas morrem antes mesmo de receber o primeiro atendimento médico⁶.

Apesar de existir uma tendência mundial à redução destas taxas de morbi-mortalidade, principalmente, em centros maiores onde o atendimento prestado costuma ser mais adequado, a mortalidade hospitalar brasileira por SCA ainda é consideravelmente alta e crescente. Tal situação justifica-se pela existência de múltiplos fatores como tabagismo, sedentarismo, obesidade central, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabete (DM), dislipidemia (DLP) e idade mais avançada dos pacientes, além das dificuldades inerentes ao atendimento inicial dos pacientes com SCA^{6,7}.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, a população do município de Pelotas contava com 328.275 habitantes, compondo mais de 30% de toda a região sul do estado. Há, então, grande valor em se determinar algumas características referentes a esta cidade. Trata-se do município mais populoso da região sul do estado do Rio Grande do Sul (RS) e da terceira cidade mais populosa em termos de todo o RS, existindo escassa literatura a respeito do perfil cardiovascular dos idosos usuários da rede pública de saúde desta cidade, essencialmente quanto à ocorrência de DLP⁸.

No ano de 2006, conforme ainda dados do IBGE, constatou-se que as mortes por DCV ocuparam o primeiro lugar na distribuição de óbitos de indivíduos residentes no município de Pelotas, totalizando 23,4%. Devido a todos estes fatores, torna-se importante investigar o perfil lipídico (PL) dos idosos que frequentam as unidades básicas de saúde (UBS) pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) de Pelotas a fim de se conhecer a prevalência deste importante fator de risco cardiovascular nesta cidade ⁹.

2.2 Justificativa

A estimativa da DLP em idosos, pacientes das UBS em Pelotas, será importante para se adequar esta população às expectativas referenciais de níveis lipídicos conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) a fim de minimizar as taxas de morbi-mortalidade por DCV seja por orientações nutricionais e de estilo de vida, seja por uma ampliação da prescrição de hipolipemiantes, independentemente de se tratar de prevenção primária ou secundária.

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo Geral

Avaliar o PL dos idosos que consultam nas UBS da cidade de Pelotas.

2.3.2 Objetivos Específicos

- Verificar a prevalência de DLP em idosos, atendidos nas UBS de Pelotas;
- Verificar a prevalência de DCV em idosos, atendidos nas UBS de Pelotas;
- Avaliar o perfil clínico de idosos das UBS de Pelotas quanto aos fatores de risco clássicos como HAS, DM, tabagismo;
- Verificar a frequência de prescrição de hipolipemiantes aos idosos dislipidêmicos que consultam nas UBS de Pelotas;
- Verificar os tipos de DLP por diferenciação das frações lipídicas.

2.4 Hipóteses

- A maior parte da população de idosos estudada possui PL alterado;

- É alta a prevalência de DLP entre os idosos que consultam nas UBS de Pelotas conforme dados encontrados na revisão bibliográfica;
- É alta a prevalência de idosos com história prévia de DCV, sendo similar à encontrada na literatura;
- Os idosos com história prévia de DCV possuem elevada frequência de fatores de risco combinados;
- Hipolipemiantes possuem baixa frequência de prescrição para tratamento de DLP em relação ao preconizado tanto pelas diretrizes nacionais quanto as internacionais;
- A maior parte da população possui as frações LDL-colesterol (LDL-c), colesterol total (CT) e triglicérides (TG) elevadas, assim como HDL-colesterol (HDL-c) baixo.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Estratégias de Busca

Pubmed

dislipidemia: 63312

dilypidemia and elderly: 25908

dislipidemia and elderly and coronary heart disease: 15694

dislipidemia and elderly and coronary heart disease and Brazil: 66

Scielo

dislipidemia: 196

dilypidemia and elderly: 10

dislipidemia and elderly and coronary heart disease and Brazil: 2

Cardiol

dislipidemia e idosos e cardiopatia isquêmica e Brasil: 31

Após a leitura de aproximadamente 100 resumos encontrados através das estratégias de busca, selecionou-se inicialmente 35 destes micro-textos para análise e reservou-se por fim 23 artigos, 3 diretrizes da SBC, 1 dissertação de mestrado e 5 pesquisas diretas em sites eletrônicos relevantes à pesquisa, publicados em inglês ou português. Até agora, foram considerados 8 trabalhos como de qualidade. Para enriquecer a busca, foram analisadas as

referências dos primeiros artigos selecionados. Os trabalhos de maior relevância encontram-se resumidos em anexo (Anexo A).

3.2 Fundamentação Teórica

A aterosclerose é um importante fator isolado para eventos coronarianos assim como para outras patologias circulatórias, exemplificadas especialmente pela doença cerebrovascular e a vasculopatia periférica. A doença aterosclerótica possui interferência de múltiplos fatores, sendo a DLP um dos principais¹⁰.

O PL se origina a partir do metabolismo dos lípidos desde a infância, avançando com o passar dos anos e podendo ser analisado através de dosagens bioquímicas do CT, HDL-c, LDL-c e TG, realizadas após 12 a 14 horas de jejum, sendo que a fração LDL-c pode ser também calculada pela equação de Friedewald ($LDL-c = CT - HDL-c - TG/5$), em que TG/5 representa o colesterol ligado a VLDL (VLDL-c), exceto em casos em que os TG são superiores a 400mg/dl, devendo, então, ser aferidos por dosagem sanguínea direta^{11,12}.

De acordo com as frações lipídicas séricas, pode-se inferir o potencial aterogênico vascular, definindo-se, então, a aterogênese como uma doença inflamatória, crônica e multifatorial, estruturada fundamentalmente a partir da constante agressão do endotélio vascular pela elevação de lipoproteínas (LDL, VLDL e IDL), HAS, DM e tabagismo entre outros. Esta disfunção endotelial permite maior permeabilidade da camada da íntima arterial às lipoproteínas plasmáticas, facilitando sua retenção no espaço endotelial. Este é o primeiro passo na cascata de formação da placa aterosclerótica, formando com o passar do tempo os ateromas, responsáveis pela restrição ao fluxo sanguíneo¹²⁻¹⁴.

Existe uma classificação quanto às alterações lipídicas de acordo com suas manifestações. As DLP's de causa primária ou idiopáticas subdividem-se em genotípicas (monogênicas e poligênicas, a partir de mutações genéticas) e fenotípicas (conforme a dosagem laboratorial de CT, HDL-c, LDL-c e TG). As DLP's secundárias estão geralmente associadas a patologias como DM e hipotireoidismo ou até mesmo por uso contínuo de algumas medicações (diuréticos, betabloqueadores, corticóides, anabolizantes)^{12,14}.

Os quatro principais tipos de DLP bem definidos são: hipercolesterolemia isolada (apenas com LDL-c > 160mg/dL), hipertrigliceridemia isolada (apenas com TG > 150mg/dL, a partir do aumento do VLDL, IDL e quilomícrons), hiperlipidemia mista (LDL-c > 160mg/dL e TG > 160mg/dL) e HDL-c baixo (homens < 40mg/dL e mulheres < 50mg /dL), isolado ou em associação com aumento de LDL-c e/ou TG^{11,14}.

Conforme já estudado previamente, encontra-se bem determinado que o LDL-c elevado tem relação direta com a DAC assim como a baixa concentração plasmática do HDL-c tem sido determinada como um dos mais fortes marcadores de risco independentes para as DCV. A partir de grandes estudos, a SBC, em concordância com a American Heart Association (AHA), postulou valores de referência com vistas à reduzir a gênese da aterosclerose. (Anexo B – Tabela 1) ¹¹⁻¹⁴.

Quanto à frequência das DLP's, há déficit de dados nacionais a este respeito. Durante a revisão de literatura, encontrou-se um estudo publicado pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ) em 2008 que demonstrou as prevalências totais das frações lipídicas em uma amostra populacional de 668 indivíduos residentes na cidade de Guarani das Missões, localizada no Noroeste do estado do RS: TG \geq 201mg/dL (25,1%); CT \geq 240mg/dL (27,3%); LDL-c \geq 160mg/dL (26,0%) e HDL-c $<$ 40mg/dL (25,4%)¹⁵.

O primeiro estudo a determinar que a aterosclerose não se trata de uma consequência natural do envelhecimento, mas sim um resultado da associação entre fatores de risco como DLP, HAS e tabagismo foi o “The Framingham Heart Study”, conduzido por Kannel W B et al por seguimento de uma coorte dos moradores da cidade de Framingham, em Massachussets, a partir de 1948. Conforme os primeiros resultados divulgados durante a década de 1950, estas coortes são repetidas de 2-4 anos, avaliando-se os descendentes dos primeiros indivíduos estudados quanto aos marcadores de risco cardiovascular¹⁶.

De acordo com as pesquisas relacionadas ao “The Framingham Heart Study”, o qual já se encontra na terceira geração de pesquisadores, formulou-se o conhecido escore de risco de Framingham (Anexo B - Tabela 2) para DCV o qual serve como estimativa para avaliar a probabilidade de ocorrência de SCA em 10 anos, estendendo-se, atualmente, também para doença cerebrovascular, claudicação intermitente, HAS, DM e fibrilação atrial conforme diferentes contextos. O escore baseia-se no sexo e faixa etária, sabendo-se o valor da pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), do CT, da fração HDL-c, do diagnóstico de DM e do conhecimento sobre hábito tabágico dos indivíduos. Uma das principais limitações deste grande estudo, porém, diz respeito à amostra da população estudada já que, aparentemente, não havia diagnóstico de doenças coronarianas no início da coorte, possuindo maior valor na aplicação de prevenção primária^{16,17}.

Outro estudo muito importante para determinação de preditores de risco potencialmente modificáveis associados à SCA foi o trabalho conduzido por Yusuf et al e publicado em 2004 – “INTERHEART”. Tratou-se de uma pesquisa para avaliar a distribuição

mundial dos fatores de risco a seguir: tabagismo, HAS, DM, relação cintura/quadril, padrões de dieta, atividade física, consumo de álcool, lipídeos sanguíneos e fatores psicossociais. Sugeriu que a obesidade centrípeta tem maior significado no desenvolvimento de DCV quando comparado ao índice de massa corporal (IMC). Destacou que os principais fatores de risco são DLP, tabagismo, HAS e DM, demonstrando um padrão mundial homogêneo e estabelecendo a necessidade de métodos preventivos unânimes mundialmente em se tratando de dieta, mudanças de estilo de vida e medicamentos¹⁸.

Alguns estudos realizados no Brasil como o “FRICAS” de 1998, realizado por Silva MAD et al e o “AFIRMAR” de 2003 de autoria de Piegas LS et al procuraram avaliar marcadores de risco para SCA já estudados pelo “The Framingham Heart Study” e concluíram que a DLP é um dos preditores de risco modificável de maior impacto em resposta ao tratamento^{7,19}. O “AFIRMAR” enfatizou ainda que HAS, obesidade central e estresse apresentaram maior associação com SCA na América Latina do que na Europa e Estados Unidos da América (EUA) enquanto que a redução do LDL-c mostrou-se essencial à diminuição nas taxas de SCA no que diz respeito ao Brasil¹⁹.

No que se refere ao tratamento das DLP's, há uma importante metanálise que analisou cinco estudos publicados no MEDLINE - “Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S)”, “West of Scotland Coronary Prevention Study (WOSCOPS)”, “The Cholesterol and Recurrent Events Trial (CARE)”, “The Long-term Intervention With Pravastatin in Ischaemic Disease (LIPID)”, “The Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study (AFCAPS/TexCAPS)” - realizada e publicada por LaRosa et al em 1999 a qual analisou o desempenho das estatinas em mulheres e idosos, pois outros estudos já haviam demonstrado seus benefícios no sexo masculino na fase adulta da vida. Estes indivíduos foram tratados em torno de 5 anos com esses hipolipemiantes demonstrando-se importante redução em frações lipídicas como os TG, LDL-c e CT, além de favorecer uma discreta elevação de HDL-c. Conseqüentemente, houve uma significativa diminuição de ocorrer SCA (31%) e também na mortalidade por todas as causas cardíacas (21%) tanto em mulheres mais jovens quanto em idosas²⁰.

Conforme ainda os estudos dos pesquisadores do “Heart Protection Study Collaborative Group” e “PROVE-IT”, publicados respectivamente em 2002 e 2004, há grande benefício com a extensão do tratamento à base de estatinas inclusive para pacientes com níveis de colesterol mais próximos dos valores do limite aceitável e essencialmente idosos, sugerindo também que em indivíduos com HDL-c ≤ 40 mg e TG ≥ 200 mg , os fibratos

devam ser considerados desde que associados à dieta e à prática regular de atividade física aeróbica^{21,22}.

No estudo realizado para avaliar as causas de óbitos em idosos, avaliou-se a saúde, o bem-estar, e o envelhecimento (“SABE”) das populações. A pesquisa foi coordenada pela Organização Pan-Americana de Saúde, sendo multicêntrica e envolvendo sete países da América Latina e o Caribe. No Brasil, foi desenvolvido um estudo aninhado – “Análise dos Óbitos em Idosos no Estudo SABE (Saúde, Bem Estar e Envelhecimento)” - no município de São Paulo, em 2000, e publicado por Maia et al. Esta investigação demonstrou que as doenças com maior incidência foram em ordem decrescente de importância: patologias circulatórias - cerebrovasculares e cardiopatia isquêmica - (36%), neoplasias (14,7%) e doenças do aparelho respiratório (12,6%), correspondendo estas 3 causas a mais de 60% dos óbitos entre idosos²³.

Diante, então, da atual tendência ao envelhecimento da população, o estudo “SABE” ressaltou ainda outros achados relevantes os quais dizem respeito à ocorrência de maior mortalidade do sexo masculino em todas as faixas etárias em relação ao sexo feminino devido à maior exposição dos homens a riscos ambientais e sociais. Entre os idosos, isto pareceu mais acentuado, demonstrando-se um processo de “feminização” da senilidade. Em contrapartida, verificou-se que, apesar de as mulheres sobreviverem por mais tempo, o seu processo de envelhecimento parece ser mais sofrido de acordo com a prevalência de maior número de doenças crônicas, sendo as DCV as mais prevalentes. Sendo assim, verificou-se que é essencial programar medidas de saúde que atendam às demandas da população idosa, seja na prevenção de patologias da vida senil feminina, seja na prevenção dos óbitos masculinos na terceira idade²³⁻²⁵.

De acordo com o atual contexto científico, o aprimoramento do tratamento clínico, em cardiopatas isquêmicos com doença estável, é tão eficaz quanto os tratamentos invasivos de revascularização miocárdica e angioplastia, especialmente em idosos²⁶. Projeções futuras apontam que a expectativa de vida vem aumentando regularmente devido às melhorias nas condições de vida e ao aperfeiçoamento da medicina, esperando-se que seja no Brasil em torno de 80 anos tanto para o sexo masculino quanto para o feminino no ano de 2025, principalmente devido à redução da fecundidade e da mortalidade. Há, portanto, especial interesse quanto ao tratamento dos indivíduos senis que atualmente encontram-se em torno dos 60 anos, pensando-se em um efeito protetor em longo prazo²⁷⁻²⁹.

Em se tratando dos idosos cardiopatas isquêmicos, é essencial a intensificação na prescrição de antiplaquetários assim como de hipolipemiantes. Estes últimos são medicações responsáveis pela redução dos níveis de LDL-c, CT e TG, assim como podem ainda auxiliar

na elevação do HDL-c quando associados à dieta e mudanças no estilo de vida (exercício físicos adequados, perda de peso e cessação do tabagismo) em casos refratários ao tratamento não-medicamentoso^{28,29}. Os principais fármacos com esta função são Lovastatina, Sinvastatina, Pravastatina, Fluvastatina, Atorvastatina (estatinas), Clofibrato, Bezafibrato, Etofibrato, Fenofibrato, Ciprofibrato, Genfibrosila (fibratos) e Ácido Nicotínico, responsáveis tanto pela prevenção primária (daqueles indivíduos ainda hígidos) quanto pela prevenção secundária (pacientes que já tenham desenvolvido cardiopatia isquêmica ou que possuam fatores de risco para doenças DCV), podendo reduzir a incidência de doença isquêmica do coração em 25% a 60% e o risco de morte em 30%, além de outros efeitos em eventos morbidos, como angina, acidentes vasculares cerebrais, necessidade de procedimentos de revascularização miocárdica e periférica³⁰⁻³².

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento

Estudo transversal, descritivo, retrospectivo, que faz parte de um estudo maior intitulado “Usuários acima de 60 anos e as Unidades Básicas de Saúde: Uma Relação em Construção na Cidade de Pelotas” e que objetiva essencialmente estudar a demanda em Atenção Primária em Saúde (APS) de usuários acima dos 60 anos. Este trabalho visa também avaliar as necessidades apresentadas por esta população quanto à resolução de seus problemas de saúde e conhecer a percepção dos profissionais de saúde acerca das necessidades dos usuários da rede pública de saúde, almejando subsídios para o planejamento de ações educativas junto à população e especialmente dos profissionais de saúde para melhora no atendimento.

4.2 População

Idosos que serão atendidos nas UBS de Pelotas no período desde o início de dezembro de 2011, estimando-se que a coleta estenda-se até final de fevereiro de 2012.

4.3 Amostra

Das 54 UBS da cidade de Pelotas, serão visitadas 9 destas unidades. A partir de dezembro, serão incluídos os dados coletados dos prontuários de todos os idosos que se enquadrem na pesquisa até completar o tamanho da amostra.

4.4 Cálculo da Amostra

Utilizou-se o Epi Info 6.04.d para calcular a amostra. Para uma prevalência global de DLP estimada em pelo menos 20%, com margem de erro de 4 pontos percentuais, para um nível de confiança de 95%, serão necessários coletar dados sobre 381 prontuários de idosos. Adiciona-se ainda 10% para perdas, totalizando 420 pacientes.

4.5 Logística

Trata-se de um estudo de base populacional transversal em que a coleta de dados será realizada da seguinte forma: serão inseridas na pesquisa tanto as 3 UBS gerenciadas pela UCPEL quanto as 3 da UFPEL, sendo ainda sorteadas mais 3 UBS da zona urbana de Pelotas que se encontram sob o gerenciamento da Secretaria Municipal de Saúde para serem visitadas a partir de dezembro de 2011 até completar o tamanho da amostra (estima-se que até final de fevereiro de 2012). A equipe de coletadores fará uma revisão dos prontuários de todos os pacientes acima de 60 anos que tiverem consultado neste período, preenchendo os instrumentos de pesquisa.

Serão considerados como perdas os prontuários que se apresentarem incompletos quanto ao PL e ou preenchidos com caligrafia ilegível, situações as quais poderão gerar as possíveis limitações desta pesquisa.

4.6 Coleta dos Dados

Revisão dos prontuários dos idosos de 9 das 54 UBS de Pelotas.

4.7 Definições das Variáveis

Variável dependente (VD)

VD	Tipo de Variável
Dislipidemia (CT, HDL-c, LDL-c e TG)	Qualitativa Dicotômica

Variáveis independentes (VI)

VI	Tipo de Variável
Idade	Quantitativa Discreta
Sexo	Qualitativa Dicotômica
Tabagismo	Qualitativa Dicotômica
DM	Qualitativa Dicotômica
HAS	Qualitativa Dicotômica
História prévia de DAC	Qualitativa Dicotômica
Uso de Hipolipemiente	Qualitativa Dicotômica

4.8 Instrumento

Será utilizado um instrumento padronizado sobre as seguintes variáveis: sexo, idade, tabagismo, PL, HAS, DM e história prévia de DCV.

4.9 Equipe

A equipe de pesquisa será composta pelos médicos que atendem nas UBS, um epidemiologista, uma mestranda e os coletadores serão acadêmicos voluntários do curso de Medicina da UCPEL, devidamente orientados e treinados para execução da coleta de dados.

4.10 Estudo-piloto e Treinamento

O instrumento será testado durante 1 semana de atendimento em 3 UBS após o treinamento dos coletadores os quais serão acompanhados por supervisores. Os resultados serão codificados e entregues para revisão e digitação.

O treinamento pressupõe o entendimento do instrumento e sua aplicação na avaliação dos prontuários, bem como na interpretação do manual de instruções. Além disso, realizou-se a aplicação do formulário de pesquisa a uma amostra aleatória escolhida por sorteio de 3 UBS com o objetivo de avaliar as dificuldades na revisão dos prontuários.

4.11 Processamento e análise dos dados

Os instrumentos de pesquisa serão codificados e duplamente digitados no programa Epi Info 6.04 d, para posterior análise dos dados em pacote estatístico.

4.12 Controle de Qualidade

O controle de qualidade será garantido por vários mecanismos: instrumento padronizado, pré-teste da ferramenta de pesquisa por meio de estudo-piloto, manual de instruções detalhado, treinamento dos coletadores e revisão dos instrumentos.

4.13 Considerações Éticas

O consentimento para execução da pesquisa foi obtido sob autorização dos gerentes das UBS para acessar os prontuários. O projeto original foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da UCPEL, sob o protocolo de número 2008/115.

4.14 Divulgação dos Resultados

Os resultados do estudo serão divulgados à comunidade científica através da produção de artigos para publicação em revistas especializadas. Além disso, os resultados dos principais achados da pesquisa e suas implicações estarão disponíveis para divulgação na comunidade através da mídia local.

4.15 Cronograma

Meses/etapas	PERÍODO																				
	2011					2012									2013						
	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A
Escolha do tema	x																				
Revisão bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x											
Elaboração do projeto		x	x																		
Piloto			x																		
Coleta dos dados				x	x	x	x	x	x	x	x							x	x		
Apresentação do projeto				x																	
Organização do material					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Análise dos dados							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Redação do trabalho																				x	
Revisão e redação final																					x
Entrega da dissertação																					x
Defesa da dissertação																					x

REFERÊNCIAS

- 1- Ferreira CCC, Barbosa MA, Peixoto MRG. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Idosos Usuários do Sistema Único de Saúde em Goiânia. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde]- GO, 2009.
- 2- Alleyne GAO. Equity and Health - Views from the Pan American Sanitary Bureau. [acessado em 29 sept 2011. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/9275122881.pdf>.
- 3- Pesaro AEP, Serrano Jr. CV, Nicolau JC, Infarto Agudo do Miocárdio - Síndrome Coronariana Aguda com Supradesnível do Segmento ST. Revista da Associação Médica Brasileira 2004; 50(2): 214-20.
- 4- Alencar YMG, Carvalho ET, Paschoal SMP, Curiati JAE, Ping WC, Litvoc J - Risk Factors for Atherosclerosis in an Elderly out Patient Population in the City of São Paulo. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2000; 74(3):189-96.
- 5- Teich V, Araujo, DV. Estimativa de Custo da Síndrome Coronariana Aguda No Brasil. Revista Brasileira de Cardiologia 2011;24(2):85-94.
- 6- Pereira JL, Castro CM, Machado MC, Sakae TM. Fatores Associados à Mortalidade do Infarto do Agudo do Miocárdio em uma Unidade de Terapia Intensiva no Sul do Brasil. Arquivos Catarinenses de Medicina 2007;36(4):42-8.
- 7- Silva MAD, Sousa AGMR, Schargodsky H. Fatores de Risco para Infarto do Miocárdio no Brasil (Estudo FRICAS). Arquivos Brasileiros de Cardiologia 1998;71(5):667-75.
- 8- Plano Municipal de Saúde de Pelotas 2007-2009. Apresentado por Gorgot LRMR, secretário da saúde do período. [acessado em 8 out 2011]. Disponível em http://www.pelotas.com.br/politica_social/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf.
- 9- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados populacionais sobre a cidade de Pelotas 2010. [acessado em 11 out 2011] Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.html>.
- 10- Andrade JP, Piegas LS, Timermann A, Feitosa G, Rossi Neto JM, Nicolau JC, Mattos LA et al. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. [Sociedade Brasileira de Cardiologia]. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2009;93 (2):e179-e264.
- 11- Santos RD et al. III Diretriz Brasileira sobre Dislipidemia e Prevenção de Aterosclerose 200. [Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia]; Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2001;77(3):1-48.
- 12- Sposito AC, Caramelli B, Fonseca FAH, Bertolami MC et al. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemia e Prevenção de Aterosclerose [Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia] 2007; 88(1): 1-19.
- 13- Forti N, Giannini SD, Diamnet J. HDL-colesterol e Aterosclerose. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 1980; 34(6):485-91.

- 14- Walter M - Interrelationships Among HDL Metabolism, Aging, and Atherosclerosis. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*. American Heart Association 2009; 29: 1244-50.
- 15- Kolankiewicz F, Giovelli FMH, Bellinaso M. Estudo do Perfil Lipídico e da Prevalência de Dislipidemias em Adultos. *Revista Brasileira de Análises Clínicas* 2008; 40(4):317-20.
- 16- Kannel WB. Framingham Heart Study. [acessado em 29 oct 2011]. Disponível em <http://www.framinghamheartstudy.org/biblio/index.html>.
- 17- Lotufo PA. O Escore de Framingham para Doenças Cardiovasculares. *Revista de Medicina de São Paulo* 2008; 87(4):232-37.
- 18- Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, McQueen M, Andrzej B, Pais P, Varigos J, Lisheng L. Effect of Potentially Modifiable Risk Factors Associated with Myocardial Infarction in 52 Countries (the INTERHEART study): Case-control Study. *Lancet* 2004; 364: 937-52.
- 19- Piegas LS, Avezum A, Pereira JCR, Neto JMR, Hoepfner C, Farran JA, Ramos RF, Timerman A, Estevez JP. Estudo da Avaliação dos Fatores de Risco Associados ao Infarto do Miocárdio no Brasil - AFIRMAR. *American Heart Journal* 2003;.146:331-38.
- 20- LaRosa JC, He J, Vupputuri S. Effect of Statins on Risk of Coronary Disease: a Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *JAMA* 1999; 282: 2340-46.
- 21- MRC/BHF - Heart Protection Study of Cholesterol Lowering with Simvastatin in 20,536 High-risk Individuals: a Randomised Placebo-controlled Trial. *Lancet* 2002; 360 (9326): 7-22.
- 22- Cannon CP, Braunwald E, McCabe CH, Rader DJ, Rouleau JL, Belder R, et al. Intensive versus Moderate Lipid Lowering with Statins after Acute Coronary Syndromes. *New England Journal of Medicine* 2004; 350 (15):1495-1504.
- 23- Maia FOM, Duarte YAO, Lebrão ML. Análise dos Óbitos em Idosos no Estudo SABE (Saúde, Bem Estar e Envelhecimento). *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2006; 40(4):540-47.
- 24- 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. *Cadernos de Saúde Pública* 2009; 25(7):1569-77.
- 25- Carvalho ACC, Sousa JMA. Cardiopatia Isquêmica. *Revista Brasileira de Hipertensão* 2001; 8: 297-305.
- 26- Boden WE et al. Optimal Medical Therapy with or without PCI for Stable Coronary Disease [Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug Evaluation (COURAGE) trial]. *The New England Journal of Medicine* 2007; 356: 1513-16.

27-Penalva RA, Huoya, MO, Correia LCO, Feitosa GS, Ladeia AMT. Perfil Lipídico e Intensidade de Doença Aterosclerótica na Síndrome Coronariana Aguda. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2008; 90(1):24-30.

28-Marafon, LP, Cruz IBM, Schwanke CHA, Moriguchi EH. Preditores Cardiovasculares da Mortalidade em Idosos Longevos. Cadernos de Saúde Pública 2003; 19(3):799-808.

29-Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. O Perfil de Saúde Cardiovascular dos Idosos Brasileiros Precisa Melhorar: Estudo de Base Populacional. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2008; 91(1):1-10.

30-Portaria Nº 1.015, de 20 de dezembro de 2002 da Secretaria de Assistência à Ministério da Saúde. [acessado em 7 out. 2011] Disponível em http://www.sna.saude.gov.br/legisla/legisla/.../SAS_P1.015_02informes.doc.

31-Ciorlia AS, Godoy MF. Fatores de Risco Cardiovascular e Mortalidade. Seguimento em Longo Prazo (até 20 anos) em Programa Preventivo Realizado pela Medicina Ocupacional. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2005; 85(1):20-5.

32-Polanczy CA. Fatores de Risco Cardiovascular no Brasil: os Próximos 50 anos! Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2005; 84(3)Editorial.

ANEXOS

Anexo A – Quadro de seleção de alguns estudos sobre o tema

Autor, ano, país, revista	População estudada	Características das análises	Métodos	Resultados encontrados	Conclusões
Kannel W B et al. ¹⁶ 1951-dias atuais. EUA http://www.framinghamheartstudy.org/biblio/index.html .	5209 pacientes a partir de uma amostra aleatória de 2 / 3 da população de Framingham, Massachusettt com idade entre 30 e 62 anos em 1948.	Pesquisa de condições sócio-demográficas, além de perfil clínico-epidemiológico por meio de acompanhamento.	Estudo de Coorte	Avaliou-se a incidência dos desfechos entre os indivíduos expostos ou não aos fatores de interesse. Foram estabelecidos como possíveis fatores de risco: tabagismo, LDL-c elevado, HDL-c baixo, DM, HAS, história familiar, obesidade, sedentarismo, obesidade central e ingestão de álcool. Os primeiros resultados foram publicados em 1951.	Primeiro estudo de impacto a comprovar que a aterosclerose não é uma simples consequência do envelhecimento inevitável e a HAS, um resultante fisiológico do processo que auxilia o coração a bombear o sangue pelas artérias com lúmen reduzido. É tão importante que a cada 2-4 anos, esta população e as gerações descendentes são reavaliadas e acompanhadas em relação ao desenvolvimento de doença cardíaca.
Silva MAD et al. ⁷ 1998 - Brasil Arquivos Brasileiros de Cardiologia	591 indivíduos divididos em 2 grupo: os que sofreram IAM e os sem história de doença cardiovascular, incluídos de janeiro de 1994 a março de 1995.	Análise dos tradicionais fatores de risco cardiovascular por meio de questionários e avaliação laboratorial.	Estudo de Caso-controle	Demonstrou que o perfil lipídico foi mais elevado nos pacientes que sofreram infarto do miocárdio, demonstrando significância estatística.	Reforçou a ideia de que o colesterol total deve se manter < 200mg /dL. Embora seja um dos primeiros estudos de impacto para avaliar fatores de risco, possui importante limitação que é quanto à amostra, pois a maioria dos pacientes pertencia a apenas ao município de Marília /SP.
LaRosa JC et al. ²⁰ 1999 EUA Journal of the American Medical (JAMA)	30817 indivíduos	Análise da eficácia das estatinas na redução do LDL-c em idosos e mulheres. Dados de 5 estudos no MEDLINE : “ <i>Scandinavian Sinvastatin Survival Study (4S), West of Scotland Coronary Prevention Study (WOSCOPS), The Cholesterol and Recurrent Events Trial (CARE), the Long-term Intervention With Pravastatin in Ischaemic Disease (LIPID), The Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study (AFCAPS/TexCAPS)</i> ”	Metanálise de 5 estudos randomizados	Tratamento medicamentoso com estatinas foi associado com redução de 20% do colesterol total, 28% no LDL-c, 13% nos triglicérides e aumento de 5% no HDL-c entre homens, mulheres e idosos.	Houve importante redução no risco de 31% de ocorrer síndrome coronariana aguda e 21% na mortalidade por todas as causas cardíacas, demonstrando o alto impacto destas medicações na sobrevida dos indivíduos que a utilizaram por em média 5,4 anos.

Autor, ano, país, revista	População estudada	Características das análises	Metodologia	Resultados encontrados	Conclusões
Heart Protection Study Collaborative Group ²¹ 2002 Inglaterra Lancet	20536 cardiopatas isquêmicos, diabéticos ou com outra doença arterial do Reino Unido, com idades entre 40 e 80 anos – 10269 receberam Sinvastatina e 10267 receberam placebo durante aproximadamente 5 anos.	Realizou-se investigação de ocorrência de desfechos primários quanto a eventos coronarianos bem como mortalidade a partir de comparação entre um grupo que recebeu Sinvastatina e outro grupo que recebeu placebo	Ensaio Clínico Randomizado	Utilizando-se Sinvastatina junto ao tratamento padrão ocorrem benefícios adicionais para uma ampla gama de pacientes de alto risco, independente do perfil lipídico inicial. Com 40mg ao dia desta droga, há redução das taxas de IAM, AVC e revascularização em 25-30%.	Até hoje, é o maior estudo para investigar o uso de estatinas na prevenção de doenças cardiovasculares. O NNT foi de 57 para adiar 1 morte por DAC e 19 para evitar 1 evento cardiovascular. Não se observou benefícios quanto à redução da mortalidade entre as mulheres.
Piegas LS et al. ¹⁹ EUA 2003 American Heart Journal	104 hospitais de 51 cidades do Brasil, sendo recrutados 3550 indivíduos entre 1997 e 2000.	Avaliação dos fatores de risco tradicionais: tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, obesidade, padrões de dieta, atividade física, consumo de álcool, perfil lipídico e fatores psicossociais em nível mundial.	Estudo de Caso-controle	Os pacientes pareados de acordo com o sexo e a idade. A obesidade central (2,5 x), a hipertensão arterial (2,09 x) e o estresse (2 x): maior impacto na gênese do infarto do miocárdio na América Latina do que na Europa e EUA. LDL-c > 100mg/dL possui 2,1 x maior risco de precipitar SCA no Brasil, semelhante aos dados internacionais.	Resultados apontam para a necessidade de enfatizar o tratamento da hipertensão arterial sistêmica, da obesidade e das dislipidemias (principalmente reduzir o LDL-c), além de reduzir o estresse em se tratando de Brasil. Consumo moderado de álcool, formação superior e renda mais alta mostraram-se protetores.
Cannon CP et al. ²² 2004 Inglaterra The New England Journal of Medicine	4162 pacientes com SCA hospitalizados em 349 locais em 8 países de novembro de 2000 a dezembro de 2001.	Comparou-se o uso de Pravastatina 40mg (dose padrão) ao dia com Atorvastatina 80mg ao dia (dose intensiva). O desfecho primário foi composto por morte por qualquer causa, IAM, AI documentada que exigiu internação, revascularização até 30 dias após a randomização e AVC. O estudo foi projetado para estabelecer a não inferioridade da pravastatina em comparação com a atorvastatina em relação ao tempo para um evento de desfecho final. Acompanhamento de 2 anos em média.	Ensaio Clínico Randomizado	Identificou-se que o grupo que recebeu dose intensiva apresentou melhores resultados quanto à redução de LDL-c.	Demonstrou que não ocorreu equivalência entre as doses das drogas. Houve uma redução de 16% na taxa de risco em favor da atorvastatina. Além disso, houve uma redução de 29% no risco de reinfarto, ou de angina instável e de 14% na necessidade de revascularização.

Autor, ano, país, revista	População estudada	Características das análises	Metodologia	Resultados encontrados	Conclusões
Yusuf S et al. ¹⁸ 2004 Canadá Lancet	262 centros em 52 países de todos os continentes, com 15.152 casos e 14.820 controles	Avaliação da relação entre IAM e os seguintes fatores de risco: tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, relação cintura/quadril, padrões de dieta, atividade física, consumo de álcool, apolipoproteínas sanguíneas e fatores psicossociais em nível mundial.	Estudo multicêntrico, de caso-controle e análise retrospectiva	Baseou-se na análise de fatores de risco potencialmente modificáveis para avaliar a associação com cardiopatia isquêmica. Dislipidemia, tabagismo, HAS, DM foram os principais fatores associados à SCA, sendo que os 2 primeiros mostraram-se envolvidos em eventos coronarianos em 2 / 3 dos casos.	Considerado um dos mais importantes estudos a respeito de infarto e seus fatores de risco devido à heterogeneidade da amostra já que comporta uma amostra populacional de acordo com os 5 continentes e demonstra que o comportamento da insuficiência coronariana aguda junto aos fatores de risco é similar em todo mundo, devendo a prevenção também o ser.
Maia FOM et al. ²³ Brasil 2006 Revista da Escola de Enfermagem da USP	38 idosos que participaram da primeira etapa da pesquisa e foram a óbito durante a segunda etapa em no máximo 6 meses.	Coleta sistemática de informações sobre as condições de vida dos idosos.	Estudo aninhado no Estudo “SABE”, exploratório, descritivo, aplicado, de campo, retrospectivo, com abordagem quantitativa	As doenças do aparelho circulatório representaram quase metade do total dos óbitos (47%). As taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares aumentam conforme o avançar da idade.	A prevenção de doenças cardiovasculares nos idosos apresenta desafios diferentes de outras faixas etárias em decorrência da maior variabilidade de condições físicas e mentais. Permitiu caracterizar os óbitos dos idosos que faleceram entre a primeira e a segunda fase de coleta de dados do Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe).
Boden WE et al. ²⁶ EUA 2007 The New England Journal of Medicine	2287 incluídos a partir de 50 centros norte-americanos e canadenses, recrutados entre 1999 e 2004.	Foram alocados indivíduos com isquemia miocárdica estável, e significativas lesões coronarianas documentadas.	Estudo multicêntrico e randomizado, com seguimento médio de 4,6 anos	Os pacientes foram submetidos a 2 tipos de tratamento: 1149 pacientes receberam terapia medicamentosa otimizada, mudanças de estilo de vida e dieta além de angioplastia percutânea, enquanto 1138 não foram submetidos a este último procedimento.	Foi demonstrado que não há diferença quanto aos desfechos de redução no risco de morte, infarto do miocárdio ou outros eventos cardiovasculares maiores.

Autor, ano, país, revista	População estudada	Características das análises	Metodologia	Resultados encontrados	Conclusões
Penalva RA et al. ²⁷ Brasil 2008 Arquivos Brasileiros de Cardiologia	107 pacientes consecutivos, admitidos no período de outubro de 2003 a setembro de 2004	Foram revisados os prontuários para análise dos dados dos pacientes com diagnóstico de SCA sem supradesnivelamento de segmento ST, pertencentes ao banco de dados da Unidade de Dor Torácica do Hospital Santa Izabel na Bahia.	Estudo Transversal	Investigou a associação de dislipidemia (exames laboratoriais) com a intensidade da doença arterial coronariana (cineangiocoronariografia), levando-se em consideração número, grau e escore das obstruções das artérias coronárias.	Constatou-se que CT e a relação CT / HDL-c são marcadores fortemente associado à gravidade das obstruções coronarianas
Silveira ÉA et al. ²⁴ 2009 Brasil Cadernos de Saúde Pública	596 idosos acima dos 60 anos, residentes na zona urbana de Pelotas entre novembro de 1999 e janeiro de 2000	Verificou-se a prevalência e os fatores associados à obesidade em idosos a partir do índice de massa corpórea (IMC) conforme valores determinados pela OMS: baixo peso IMC < 18,5kg/m ² , eutrofia IMC entre 18,5kg/m ² e 24,9kg/m ² , sobrepeso IMC entre 25 e 29,9kg/m ² e obesidade IMC ≥ 30kg/m ² .	Estudo Transversal	Constatou-se alta prevalência de obesidade, principalmente no sexo feminino, na faixa etária entre 60 e 75 anos. O resultado é bastante preocupante, principalmente porque a obesidade se encontra associada a outros fatores como idade mais avançada e a outras doenças crônicas não transmissíveis.	Destaca a importância do envelhecimento da população de Pelotas, principalmente quanto à obesidade.
Ferreira CCC et al. ¹ Brasil 2010 Dissertação de Mestrado, acessado em 20.08.2011 no Banco de Teses e Dissertações da Sociedade Brasileira de Cardiologia	418 idosos com idade acima de 60 anos, usuários do SUS da atenção básica de Goiânia.	Foram coletados dados por inquérito domiciliar sobre condições socioeconômicas, informações demográficas, estilo de vida, peso, altura, circunferência da cintura, pressão arterial e uso de medicamentos.	Estudo Transversal com amostragem em múltiplos estágios	Investigou-se a prevalência dos seguintes fatores de risco: HAS, DM, obesidade total, obesidade central, DLP's, tabagismo, sedentarismo e consumo de bebida alcoólica.	Os fatores de risco encontram-se associados simultaneamente em mais de 85% dos idosos, principalmente entre as mulheres e os mais prevalentes foram HAS, sedentarismo e obesidade central.

Anexo B – Tabelas para referência de perfil lipídico e para cálculo de risco coronariano

Tabela 1 – Valores de referência para perfil lipídico em adultos saudáveis > 20 anos – SBC

Lípides	Valores	Categoria
CT	< 200	Ótimo
	200-239	Limítrofe
	≥ 240	Alto
LDL – c	< 100	Ótimo
	100-129	Desejável
	130-159	Limítrofe
	160-189	Alto
	≥ 190	Muito Alto
HDL – c	< 40	Baixo
	> 60	Alto
TG	< 150	Ótimo
	150-200	Limítrofe
	201-499	Alto
	≥ 50	Muito Alto

Tabela 2 – Escore de Framingham

Idade em anos	Homens	Mulheres
30-34	-1	-9
35-39	0	-4
40-44	1	0
45-49	2	3
50-54	3	6
55-59	4	7
60-64	5	8
65-69	6	8
70-74	7	8

Colesterol Total	Homens	Mulheres
< 160	-3	-2
160-199	0	0
200-239	1	1
240-279	2	1
≥ 280	3	3

HDL - colesterol	Homens	Mulheres
< 35	2	5
35-44	1	2
45-49	0	1
50-59	0	0
≥ 60	-1	-3

Pressão arterial sistólica (PAS) *	Pressão arterial diastólica (PAD) *	Homens	Mulheres
< 120	< 80	0	-3
120-129	80-84	0	0
130-139	85-89	1	0
140-159	90-99	2	2
≥ 160	≥ 100	3	3

*Quando os valores forem discordantes, usar o mais alto.


Diabetes (DM)	Homens	Mulheres
Sim	2	4
Não	0	0

Fumo	Homens	Mulheres
Sim	2	2
Não	0	0

Somar os pontos
Idade + CT + HDL-c + PAS ou PAD + DM + Fumo = total de pontos

Veja o risco absoluto nas tabelas			
Homens (pontos)	Risco de DAC em 10%	Mulheres (pontos)	Risco de DAC em 10%
< -1	2	≤ -2	1
0	3	-1	2
1	3	0	2
2	4	1	2
3	5	2	3
4	7	3	3
5	8	4	4
6	10	5	4

Anexo C – Proposta de Instrumento

		UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS PPG EM SAÚDE E COMPORTAMENTO - PPG EM POLÍTICA SOCIAL Usuários acima de 60 anos e as Unidades Básicas de Saúde: Uma relação em construção na cidade de Pelotas				
UBS		PRO NTU ARI O		SEXO		
DATA DE NASCIMENTO		DATA DA ÚLTIMA CONSULTA				
OS DADOS A SEGUIR DEVEM SER COLETADOS A PARTIR DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS NO REGISTRO DA ÚLTIMA CONSULTA						
DATA			CAUSA			
PRESCRIÇÕES						
ENCAMINHAMENTOS						
RESULTADOS DE EXAMES						
NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS NO ÚLTIMO ANO						
ANOTE DADOS OBTIDOS A PARTIR DAS INFORMAÇÕES DE QUALQUER CONSULTA						
PRESCRIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS		DATA DA ÚLTIMA PRESCRIÇÃO				
		MEDICAÇÃO PRESCRITA				
MORBIDADES CRÔNICAS		DATA DO PRIMEIRO DIAGNÓSTICO				
		DIAGNÓSTICOS				
DÉFICIT COGNITIVO	DATA DA ANOTAÇÃO					
DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO		DATA DA ANOTAÇÃO				
PREVENÇÃO DO CA GINECOLÓGICO		DATA DO ÚLTIMO CP		RESULTADO		
		DATA DA ÚLTIMA MAMOGRAFIA		RESULTADO		
DOENÇA CORONARIANA		DATA DO REGISTRO		TIPO		
PERFIL LIPÍDICO		DATA DO ÚLTIMO EXAME		MEDICAÇÃO PARA DISLIPIDEMIA		
		COLESTEROL		TRIGLICERÍDEOS		
		LDL	HDL			
		HIPERTENSÃO ARTERIAL			TABAGISMO	
		DIABETE MELITO				
ENCAMINHAMENTOS A OUTROS SERVIÇOS		QUAL		DATA		
IMC		PESO		DATA		
		ALTURA		DATA		

ARTIGO

**PERFIL LIPÍDICO DOS IDOSOS ATENDIDOS EM UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DA CIDADE DE PELOTAS**

**LIPID PROFILE OF THE ELDERLY IN BASIC HEALTH
UNITS IN THE CITY OF PELOTAS**

RESUMO

O objetivo deste estudo foi investigar as prevalências de dislipidemia por diferenciação das frações lipídicas e sua associação com risco cardiovascular. Foi um estudo transversal, sobre pacientes acima de 60 anos das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana da cidade de Pelotas. Coletaram-se informações dos prontuários dos indivíduos que consultaram no período de janeiro a julho de 2013 e selecionaram-se idosos que apresentaram pelo menos uma das seguintes situações: colesterol total (CT) ≥ 240 mg/dL, LDL-colesterol (LDL-C) ≥ 150 , triglicérides (TG) ≥ 160 e/ou HDL-colesterol (HDL-C) <40 . Investigou-se ainda idade, sexo, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e história prévia de doença arterial coronariana. A alteração lipídica mais frequente foi a hipertrigliceridemia - 40,5. Tanto CT quanto o LDL-C foram mais elevados entre as mulheres, com valores de 27,9% e 32,3% respectivamente, com $p < 0,001$ em relação a LDL-C, observando-se isto ainda naqueles, com idades entre 60 e 69 anos, sendo os valores de 29,6% para o colesterol total e 31,9% para o LDL-C ($p < 0,001$). As mulheres mostraram-se mais dislipidêmicas do que os homens os quais apresentaram fração HDL-C com valores inferiores a 40mg/dL.

Palavras-chave: Dislipidemia, idosos, cardiopatia isquêmica.

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the prevalence of dyslipidemia by differentiation of lipid fractions and its association with cardiovascular risk. Was cross-sectional study of patients over 60 years of Basic Health Units in the urban area of Pelotas. We collected information from medical records of individuals who looked for the period January to July 2013 and were selected elderly patients with at least one of the following: total cholesterol (TC) ≥ 240 mg/dL, LDL - cholesterol (LDL - c) ≥ 150 , triglycerides (TG) ≥ 160 and / or HDL- cholesterol (HDL-C) < 40 . Was investigated further age, sex, smoking, hypertension, diabetes mellitus and previous history of coronary artery disease. The most common lipid abnormality was hypertriglyceridemia - 40.5. Both CT and the LDL-C were higher among women, with values of 27.9 % and 32.3 % respectively, $p < 0.001$ compared to LDL-C, noting that even in those aged 60 to 69 years, with values of 29.6 % for total cholesterol and 31.9 % for LDL-C ($p < 0.001$). Women were more dyslipidemic than men who had HDL-C with values less than 40mg/dL.

Key words: Dyslipidemia, elderly, ischemic heart disease.

INTRODUÇÃO

A população idosa constitui-se por pessoas a partir dos 60 anos de idade quando pertencentes aos países em desenvolvimento e de pessoas acima de 65 anos em se tratando de países desenvolvidos. Atualmente, há uma predisposição mundial ao envelhecimento, gerando, conseqüentemente, mudanças nas características epidemiológicas, principalmente com o

predomínio de doenças crônicas não-transmissíveis, próprias das faixas etárias mais elevadas¹.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que, a cada ano, 17,3 milhões de pessoas morrem por doenças cardiovasculares (DCV) em todo mundo, sendo que, destes, 80% vivem em países de baixa e média renda, como o Brasil, e a expectativa é de que em 20 anos estes valores aumentem em mais de 50% devido à crescente longevidade para a qual estes países se encaminham^{1,2}. Nessa perspectiva, projeções mundiais apontam o Brasil como o país com o quinto maior contingente de idosos no mundo já no ano de 2025³.

As taxas de mortalidade, por doença arterial coronariana (DAC), encontram-se em declínio nos países desenvolvidos, enquanto em países em desenvolvimento permanecem bastante elevadas. No Brasil, a mortalidade por eventos coronarianos agudos mantém-se próxima a 30%⁴. Tal situação pode ser explicada pela alta prevalência de fatores de risco (FR) modificáveis como tabagismo, sedentarismo, obesidade central, além dos fatores não modificáveis como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellittus (DM), dislipidemia (DLP) e idade mais avançada dos pacientes^{5,6,7}.

Considerando este contexto demográfico e epidemiológico, este estudo pretendeu investigar o perfil lipídico (PL) dos idosos que frequentaram as unidades básicas de saúde (UBS) pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) de Pelotas a fim de se conhecer a prevalência da DLP, importante FR cardiovascular, além de sua associação com outros fatores.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, com dados secundários de pacientes acima de 60 anos de idade, usuários de UBS da zona urbana da cidade de Pelotas. Das 54 UBS do

município, 8 foram incluídas no estudo por sorteio. Em cada uma delas coletou-se as informações contidas nos prontuários de todos os usuários na faixa etária elegível que consultaram durante as 3 semanas determinadas para coleta dos dados que foi realizada entre os meses de janeiro a julho de 2013 por estudantes de medicina do quarto ano do curso, treinados para o preenchimento do instrumento de pesquisa e com experiência em pesquisa por meio de prontuários de UBS há pelo menos 2 anos.

Para o cálculo amostral, foi utilizada uma prevalência global de DLP estimada em 20%, com margem de erro de 4 pontos percentuais, nível de confiança de 95%. A este número, foram acrescidos 10% para perdas, chegando-se ao número de 420 prontuários de idosos. Foram considerados como perdas os prontuários que se apresentaram incompletos quanto ao perfil lipídico ou outros dados relevantes à pesquisa.

Foram considerados dislipidêmicos, aqueles idosos que apresentaram ao menos uma das seguintes situações: colesterol total (CT) ≥ 240 mg/dL, LDL-colesterol (LDL-c) ≥ 150 , triglicerídeos (TG) ≥ 160 e/ou HDL-colesterol (HDL-c) < 40 .

As variáveis independentes foram idade, sexo, tabagismo, DM, HAS, história prévia de DAC e uso de hipolipemiantes orais (HO).

Foi realizada a dupla entrada dos dados no programa Epi-Info, com checagem subsequente das inconsistências. Nesses casos, os questionários foram identificados e revisados. Análise univariada foi realizada para caracterização da amostra. Associações entre DLP e outras variáveis foram realizadas com o teste de qui-quadrado.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas.

RESULTADOS

Foram identificados 500 idosos nestas unidades e coletados dados de seus atendimentos referentes às suas condições demográficas, distribuição de seus FR, PL e o uso ou não de HO. Dentre eles, 9 apresentaram informações incompletas, restando 491 (98,2%) prontuários para análise. Destes, 324 (66,3) eram mulheres e 270 (55%) com idade entre 60 e 69 anos. As demais características gerais da amostra estudada são apresentadas na Tabela 1.

De acordo com os FR, observou-se que 277 (56,5%) dos idosos eram hipertensos, enquanto, apenas 101 (21%) eram diabéticos, 52 (11%) tabagistas e 13 (3%) possuíam histórico de DAC. Cerca de um terço dos idosos (28%) utilizava pelo menos um tipo de HO. De acordo com as frações lipídicas, a alteração mais prevalente é hipertrigliceridemia com 151 (40,5%) ocorrências e a menos prevalente baixo HDL-c com 78 (21,3%). Ao agrupar-se as frações lipídicas, Figura 1, 206 (61%) apresentaram um tipo de alteração no PL e apenas 7 (2,1%) tiveram as 4 frações lipídicas alteradas concomitantemente.

A Tabela 2 mostra os resultados para os diferentes tipos de DLP. Ao analisarmos a DLP por aumento de CT, notam-se resultados diferentes de acordo com as categorias das variáveis de exposição. Enquanto a prevalência de CT elevado foi 17% entre os homens, observou-se esta alteração em 27,9% das mulheres ($p=0,02$). Há ainda uma tendência de diminuição da prevalência conforme o aumento da idade. A prevalência de DLP por hipertrigliceridemia não se mostrou associada a nenhuma das categorias estudadas, exceto com o uso de HO, sendo uma prevalência de 34% naqueles não usavam o medicamento e 53% entre os usuários destas medicações. A ocorrência de LDL-c elevado mostrou-se 2 vezes maior entre as mulheres ($p < 0,001$), além de mais frequente entre os mais jovens e aqueles que não apresentavam DM. A DLP por baixo HDL-c apresenta uma maior prevalência entre

os homens chegando a 34% enquanto nas mulheres alcança cerca de 15% ($p < 0,001$). Além disso, identificou-se maior prevalência entre os portadores de DM e DAC.

DISCUSSÃO

Por tratar-se de um estudo transversal com base em dados secundários e entre usuários de serviços de saúde, ficou sujeito a vieses inerentes a estas características. Uma das principais dificuldades, diz respeito à revisão dos prontuários. Houve perda de alguns usuários por preenchimento inadequado, deficitário ou ilegível dos instrumentos de pesquisa, necessitando serem excluídos da análise. Além disso, vale ressaltar que os PL's foram coletados sem uma uniformidade de método laboratorial de detecção, uma vez que não foram todos mensurados pelo mesmo serviço de análises bioquímicas.

Com relação às informações presentes nos prontuários, nem sempre os dados estavam disponíveis para o preenchimento correto de todos os instrumentos. Foram armazenados apenas para registro de consultas e não de pesquisa, o que às vezes, limitou a capacidade de obtenção de algumas informações.

Quanto à avaliação científica, pensa-se em possível viés de sobrevivência. A partir da prevalência de DLP, nota-se que esta pareceu maior entre os indivíduos de faixas etárias mais jovens. O que se observa é que a população etária mais avançada é significativamente menor provavelmente por morte da maioria dos indivíduos com idade superior a 80 anos.

Na avaliação global do PL dos idosos frequentadores das UBS de Pelotas, observou-se que a alteração lipídica mais frequente foi a hipertrigliceridemia, correspondendo a uma prevalência de 40,5%. Aqueles que já utilizavam algum tipo de HO tiveram uma prevalência

mais alta ainda, sendo em torno 53,2%. Verificou-se também que tanto o CT quanto o LDL-c são mais elevados entre as mulheres, com valores de 27,9% e 32,3% respectivamente, havendo significância estatística com relação à fração LDL-c. Observou-se ainda esta tendência entre os mais jovens, com idades entre 60 e 69 anos, sendo os valores de 29,6% para o colesterol total e 31,9% para o LDL-c, ambos estatisticamente significativos.

Nosso estudo demonstrou que as mulheres são mais dislipidêmicas do que os homens, contrariando a literatura sobre os FR para DCV cujo sexo masculino costuma ser mais acometido por estes fatores, exceto no que diz respeito ao HDL-c. Observando-se as prevalências obtidas para HDL-c (tabela 2), verificou-se que os homens apresentam esta fração mais baixa com valores inferiores a 40mg/dL e estatisticamente significativo, contrariando mais uma vez os dados da literatura em que o sexo masculino costuma apresentar valores mais elevados da fração HDL-c. Concluí-se daí menor proteção nos homens pertencentes a este estudo para DCV pelos baixos valores encontrados para HDL-c entre estes indivíduos do sexo masculino, apesar de as mulheres apresentarem LDL-c mais elevado^{8,9}.

Houve maior frequência de DCV entre os portadores de baixo HDL-c (46,1%), demonstrando-se a ideia final de que os homens persistem sendo mais acometidos por eventos cardiovasculares. Embora as taxas de CT, LDL-c e TG sejam mais altas entre as mulheres, principalmente na faixa etária analisada, quando o sexo feminino se equipara ao masculino quanto aos eventos coronarianos, a DCV pode ser mais prevalente entre elas.

Os valores de referência para PL de adultos acima de 20 anos seguem os mesmos na nova diretriz publicada em outubro de 2013 pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. De acordo com esta publicação, enfatizou-se mais uma vez que as frações relevantes para risco cardiovascular persistem o HDL-c e o LDL-c, já que o CT pode fornecer dados equivocados nesta mensuração. Isto ocorre especialmente no sexo feminino que apresentam níveis

elevados de HDL-c e em indivíduos diabéticos ou portadores de síndrome metabólica, em que esta fração se encontra muito abaixo da referência^{10,11,12}.

Alguns estudos já ressaltaram achados relevantes associados à ocorrência de maior mortalidade do sexo masculino em todas as faixas etárias devido à maior exposição dos homens a riscos ambientais e sociais. Entre os idosos, isto parece mais acentuado, demonstrando-se um processo de “feminização” da senilidade. Em contrapartida, verificou-se que, apesar de as mulheres sobreviverem por mais tempo, o seu processo de envelhecimento parece ser mais sofrido de acordo com a prevalência de maior número de doenças crônicas, sendo as DCV as mais prevalentes^{13,14}.

A maior prevalência de doença encontrada neste estudo entre as mulheres, associada ao conhecido fato de os homens consultarem menos, embora em torno de 30% procure a atenção primária em saúde conforme estudos anteriormente realizados, nos dá um indicativo de que a menor frequência dos homens nas UBS pode ser um dos fatores que leva na verdade a uma maior mortalidade entre o sexo masculino por DCV¹⁵.

As DCV representam importante problema de saúde pública em nosso país, onerando custos no atendimento e nas baixas hospitalares. Diversos ensaios clínicos e metanálises demonstram que o controle das DLP's, em especial as reduções mais intensivas do LDL-C, têm se associado a importantes benefícios na redução de eventos e mortalidade cardiovascular. Dessa forma, a importância da estratificação do risco individual, a necessidade do tratamento mais eficaz e o alcance da meta terapêutica preconizada com a maior brevidade possível, devem ser reconhecidos e adotados na boa prática médica¹⁶.

No Brasil, apesar da grande evolução em termos de tratamento nas últimas décadas, tratar dislipidemias segue sendo um desafio. Alguns estudos já mostraram que as prevalências encontradas para CT, LDL-c e TG nas coletas laboratoriais são elevadas, associados ou não ao baixo HDL-c. Atualmente, há escassez de dados recentes há respeito das prevalências das

frações lipídicas, mas conforme dados observados em pesquisa realizada em 2005, observou-se que as mulheres eram discretamente mais dislipidêmicas do que os homens, sendo a hipertrigliceridemia e a hipercolesterolemia em torno de 30%, enquanto o LDL-c e o HDL-c apresentaram frequências de 33,1% e 8% respectivamente^{17,18}.

Assim, torna-se essencial programar medidas de saúde que atendam às demandas da população idosa, além de priorizar-se qualidade de vida a qual é fundamental neste atual contexto da distribuição etária, reduzindo-se assim a necessidade de internações e gastos médico-hospitalares a médio e longo prazo^{19,20}.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira CCC, Barbosa MA, Peixoto MRG. *Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Idosos Usuários do Sistema Único de Saúde em Goiânia*. [dissertação]. Goiania (GO). Universidade Federal de Goiás; 2009.
2. Alleyne GAO. *Equity and Health - Views from the Pan American Sanitary Bureau*. [acessado em 29 sept 2011. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/9275122881.pdf>.
3. Del Luca GF, Silva MC, Silva SG, Nahas MV, Hallal PC. Incapacidade Funcional em Idosos Institucionalizados. *Rev Bras Ativ Fis Saude* 2011; 16(2):120-124.
4. Alencar YMG, Carvalho ET, Paschoal SMP, Curiati JAE, Ping WC, Litvoc J. Risk Factors for Atherosclerosis in an Elderly out Patient Population in the City of São Paulo. *Arq Bras Cardiol* 2000; 74(3):189-96.
5. Teich V, Araujo, DV. Estimativa de Custo da Síndrome Coronariana Aguda No Brasil. *Rev Bras Cardiol* 2011;24(2):85-94.

6. Pereira JL, Castro CM, Machado MC, Sakae TM. Fatores Associados à Mortalidade do Infarto do Agudo do Miocárdio em uma Unidade de Terapia Intensiva no Sul do Brasil. *Arq Catarin Med* 2007;36(4):42-8.
7. Silva MAD, Sousa AGMR, Schargodsky H. Fatores de Risco para Infarto do Miocárdio no Brasil (Estudo FRICAS). *Arq Bras Cardiol* 1998;71(5):667-75.
8. Kannel WB. *Framingham Heart Study*. [acessado em 29 oct 2011]. Disponível em <http://www.framinghamheartstudy.org/biblio/index.html>.
9. Silva EB. Estudo do Perfil Lipídico de um Grupo de Idosos. *Rev Newslab* 2005;72:142-158.
10. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol* 2001;77(supl. III):1-48.
11. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemia e Prevenção de Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88 (supl 1): 2-19.
12. Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, Fonseca FA, dos Santos JE, Santos RD, Forti N A, Moriguchi E, Chagas ACP, Coelho OR, Ramires JAF. V Diretriz Brasileira sobre Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2013;101(4):1-35.
13. Maia FOM, Duarte YAO, Lebrão ML. Análise dos Óbitos em Idosos no Estudo SABE Saúde, Bem Estar e Envelhecimento. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(4):540-47.
14. Carvalho ACC, Sousa JMA. Cardiopatia Isquêmica. *Rev Bras Hipertens* 2001;8:297-305.

15. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, Schraiber LB, Figueiredo WS. Men in primary healthcare: discussing (in)visibility based on gender perspectives. *Interface. Comunic Saude Educ*, 2010; 14(33):257-70.
16. Polanczy CA. Fatores de Risco Cardiovascular no Brasil: os Próximos 50 anos! *Arq Bras Cardiol* 2005; 84(3) Editorial.
17. Marafon LP, Cruz IBM, Schwanke CHA, Moriguchi EH. Preditores Cardiovasculares da Mortalidade em Idosos Longevos. *Cad Saúde Pública* 2003;19(3):799-808.
18. Ciorlia AS, Godoy MF. Fatores de Risco Cardiovascular e Mortalidade. Seguimento em Longo Prazo (até 20 anos) em Programa Preventivo Realizado pela Medicina Ocupacional. *Arq Bras Cardiol* 2005;85(1):20-5.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.015, de 20 de dezembro de 2002. Secretaria de Assistência à Saúde. [acessado em 7 out. 2011]. Disponível em http://www.sna.saude.gov.br/legisla/legisla/.../SAS_P1.015_02informes.doc.
20. Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. O Perfil de Saúde Cardiovascular dos Idosos Brasileiros Precisa Melhorar: Estudo de Base Populacional. *Arq Bras Cardiol* 2008;91(1):1-10.

Tabela 1 - Características dos idosos atendidos nas unidades básicas de saúde, Pelotas, RS, Brasil, 2013 (N=491)

	N	%
Sexo		
Feminino	324	66,3
Masculino	165	33,7
Idade		
60-69	270	55,0
70-79	168	34,2
80 ou mais	53	10,8
Hipertensão Arterial Sistêmica		
Sim	277	56,5
Não	213	43,5
Diabetes Mellitus		
Sim	101	20,6
Não	388	79,3
Tabagismo		
Sim	52	10,6
Não	426	87,1
Ex-tabagista	11	2,2
Doença Arterial Coronariana		
Sim	13	2,7
Não	472	97,3
Uso de Hipolipemiante Oral		
Sim	137	28
Não	353	72
Colesterol total alterado (≥ 240 mg/dL)		
Sim	95	24,2
Não	297	75,8
LDL-colesterol alterado (≥ 150 mg/dL)		
Sim	95	27,1
Não	255	72,9
HDL-colesterol alterado (≤ 40 mg/dL)		
Sim	78	21,3
Não	289	78,7
Triglicerídeos alterados (≥ 160 mg/dL)		
Sim	151	40,5
Não	222	59,5
Total	491	100

Tabela 2 - Prevalência de alteração no perfil lipídico de acordo com características dos idosos atendidos nas unidades básicas, Pelotas, RS, Brasil, 2013 (N=491)

	Colesterol Total	Triglicerídeos	LDL-colesterol	HDL-colesterol
Sexo	p=0,02	p=0,14	p=0,00	p=0,00
Feminino	27,9	43	32,3	15,3
Masculino	17,2	35	16,8	34,2
Idade	p=0,01	p=0,53	p=0,01	p=0,46
60-69	29,6	43	31,9	19,2
70-79	20,3	38,3	26	22,4
80 ou mais	10,9	35,6	9,5	27,3
Hipertensão arterial sistêmica	p=0,39	p=0,57	p=0,32	p=0,75
Sim	22,9	39,6	25,5	20,8
Não	26,8	42,6	30,5	22,2
Diabetes mellitus	p=0,19	p=0,84	p=0,00	p=0,07
Sim	19,3	41,3	14,1	14,6
Não	25,9	40,1	31,4	23,5
Tabagismo	p=0,78	p=0,96	p=0,85	p=0,58
Sim	20,4	39,1	30,8	26,7
Não	24,9	40,7	26,6	20,2
Ex-tabagista	25	37,5	25	25
Doença arterial coronariana	p=0,47	p=0,81	p=0,52	p=0,02
Sim	15,4	36,4	18,2	46,1
Não	24,1	39,9	26,9	20,3
Uso de hipolipemiente oral	p=0,00	p=0,00	p=0,25	p=0,09
Sim	33,3	53,2	30,8	26,4
Não	19,5	33,9	25	18,8

