

Estudo Multicêntrico de Idosos Atendidos em Ambulatórios de Cardiologia e Geriatria de Instituições Brasileiras

Cláudia F. Gravina Taddei, Luiz Roberto Ramos, José Cássio de Moraes, Maurício Wajngarten, Alberto Libberman, Silvio Carlos Santos, Felício Savioli, Giuseppe Dioguardi, Roberto Franken e participantes

São Paulo, SP

Objetivo - Avaliar aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos de idosos com doenças cardiovasculares (DCV), no Brasil.

Métodos - Idosos com DCV, atendidos em 36 serviços de Cardiologia e Geriatria do Brasil, foram investigados através de questionário aplicado aos que tinham consulta marcada para o período analisado (um mês).

Resultados - Estudados 2196 idosos de 65 a 96 anos, sendo 60% mulheres e analisados os fatores de risco: sedentarismo (74%), pressão arterial (PA) elevada (53%), LDL colesterol aumentado (33%), colesterol total aumentado (30%), obesidade (30%), HDL-colesterol diminuído (15%), diabetes (13%) e tabagismo (6%). Observou-se maior prevalência nas mulheres, com três ou mais fatores de risco. O principal motivo de consulta foi a PA elevada (48%). Teste ergométrico e cinecoronariografia, foram mais solicitados para os homens. Os diagnósticos mais comuns foram hipertensão arterial sistêmica (HAS) (67%) e insuficiência coronária (ICo) (29%). Os medicamentos mais utilizados foram diuréticos (42%).

Conclusão - Foi observada alta prevalência de fatores de risco (93%), principalmente nas mulheres; sedentarismo, como fator de risco mais freqüente, aumentando de prevalência com a idade; HAS, como principal motivo de consulta e diagnóstico; menor investigação e diagnóstico de ICo em mulheres; diuréticos, como os fármacos mais freqüentemente prescritos; insuficiência cardíaca como principal doença associada a internação (31%) e atendimento de emergência (10%).

Palavras-chave: idoso, estudo multicêntrico, doença cardiovascular

Multicenter Study of Elderly Patients in Outpatient Clinics of Cardiology and Geriatric Brazilian Institutions

Purpose - To evaluate epidemiological, clinical and therapeutic aspects of elderly patients with cardiovascular disease in Brazil.

Methods - Elderly patients with cardiovascular disease treated in 36 centers of cardiology and geriatrics were investigated through a questionnaire applied to those who had an appointment during the analyzed period.

Results - 2196 elderly patients ranging from 65 to 96 years of age were analyzed, 60% of which were females. The main risk factors were: sedentarism (74%); high blood pressure (53%), high LDL-cholesterol (33%), high total cholesterol (30%), obesity (30%), low HDL-cholesterol (15%), diabetes (13%) and smoking (6%). A higher prevalence of females existed among those with ≥ 3 risk factors. The main reason for the medical appointment was high blood pressure (48%). Stress test and coronariography were requested more often in males. The most common diagnoses were hypertension (67%), and coronary disease (29%). The most often used medications were diuretics (42%).

Conclusion - There was high prevalence of risk factors (93%), mainly in females; sedentarism was the most common risk factor and prevalence increased with age; hypertension was the most common reason for a medical appointment. Diuretics were the most used drugs; congestive heart failure was the main disease associated to hospitalization (31%) and emergencies (10%).

Key-words: elderly, multicenter study, cardiovascular disease

Arq Bras Cardiol, volume 69 (nº 5), 327-333, 1997

tor de risco, como por exemplo, as doenças cardiovasculares (DCV)^{2,3}, tornando necessário melhor conhecimento específico das mesmas e sua apresentação clínica, nessa faixa etária.

O estudo multicêntrico de idosos (EMI) foi planejado para obter informações sobre os aspectos epidemiológicos, clínicos, terapêuticos das DCV, diagnosticadas em idosos atendidos em diversos serviços de Cardiologia e Geriatria do Brasil, visando, também, estimular a pesquisa e o interesse em Cardiogeriatrics, com óbvias repercussões sobre a qualidade da assistência.

No presente artigo serão apresentados os resultados referentes à prevalência dos principais fatores de risco para DCV, motivos de consultas mais comuns em pacientes com a doença, exames mais solicitados, prevalência dos principais diagnósticos cardiovasculares, fármacos mais utilizados e causas cardiovasculares mais comuns de internações e atendimento de emergência.

Métodos

Em estudo do tipo transversal, foram investigados de 11/9/95 a 11/10/95, idosos com DCV, com idades ≥ 65 anos, atendidos em ambulatorios ou consultórios de Cardiogeriatrics, Cardiologia ou Geriatria, de diversos locais do Brasil e, através de questionário preenchido por médicos dessas instituições ou consultórios e distribuídos a todos os pacientes com consultas definidas, para realização de exame específico, nesse período, excetuando retornos, foram obtidas as informações pertinentes à investigação. Entendeu-se como portador de DCV o idoso que recorreu ao serviço para tratamento e acompanhamento de DCV estabelecida, tendo sido excluídos os que procuraram o Centro para tratar afecções de outros sistemas e que apresentavam cardiopatia, como doença secundária, e os que apresentavam idade < 65 anos.

O protocolo do EMI e um exemplar do questionário foram enviados a médicos interessados em Cardiogeriatrics, cujos nomes foram obtidos a partir da listagem de presença em sessões de Cardiogeriatrics, realizadas em Congressos, ou através de indicações de colegas, ou que procuraram os coordenadores manifestando seu desejo de participar do estudo. Os questionários calculados para um mês foram enviados a todos que confirmaram sua participação dentro do prazo estipulado (agosto/95).

Foram coletados dados referentes a demografia - idade, cor, sexo, estado civil.

Quanto aos fatores de risco para DCV, face à dificuldade de classificação de sedentarismo em idoso, foi optado, pelos coordenadores, estabelecer como critério mínimo para o idoso não ser considerado sedentário, a prática de pelo menos 15 min de atividade física programada, duas vezes por semana; a obesidade foi definida a partir do índice de massa corpórea (IMC), peso em kg e classificada segundo o sexo, para homens e mulheres, e altura em metros²; IMC aumentado (obesidade): $\geq 27,8$ em homens, $\geq 27,3$ em mulheres⁴; o tabagismo foi baseado, de acordo com a classifica-

ção dos pacientes, em fumantes à época da entrevista (independente do número de cigarros consumidos) e não fumantes (compreendendo ex-fumantes e nunca fumantes); dislipidemia foi avaliada a partir da dosagem plasmática de colesterol total, LDL-colesterol e HDL colesterol, sendo os pacientes distribuídos: colesterol total aumentado ≥ 240 mg/dl, HDL colesterol diminuído < 35 mg/dl, LDL colesterol aumentado ≥ 160 mg/dl⁵; a medida da pressão arterial (PA) elevada, como fator de risco para DCV, foi obtida pela média de duas pressões obtidas na consulta analisada, e classificada segundo o critério do II Consenso Brasileiro⁶, que considera PA elevada a pressão arterial sistólica ≥ 160 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg.

Como motivos da consulta foram registradas as variáveis; ausência de sintomas (consulta de rotina) e queixas de cansaço, dispnéia, tontura, síncope, arritmia, PA elevada, precordialgia atípica, angina após infarto agudo do miocárdio (IAM).

Os exames realizados foram o eletrocardiograma (ECG), a radiografia de tórax, o ecocardiograma Doppler, o Holter, a medicina nuclear, o teste ergométrico (TE) e a cinecoronariografia (CINE).

Para efeito de análise, foram considerados apenas os diagnósticos mais comumente encontrados, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), insuficiência coronária (ICo) e/ou IAM, arritmia, miocardiopatia, insuficiência cardíaca (IC). Para a análise da PA elevada, enquanto diagnóstico, foi utilizado o critério do médico que preencheu o questionário, e que tende a englobar os casos medidos na consulta analisada mais os casos controlados. Em relação ao critério de miocardiopatia e IC, também foi adotado o critério do médico que preencheu o questionário.

Os fármacos de ação cardiovascular em uso no período de análise foram agrupados em digitálicos, diuréticos, nitratos, antagonistas dos canais de cálcio (ACC), inibidores da enzima de conversão (IECA), beta-bloqueadores (BB), anti-hipertensivos, antiarrítmicos, antiplaquetários, anticoagulantes, hipolipemiantes, tranqüilizantes (quando usados no tratamento de HAS) e outros.

Como causas cardiovasculares de internações e atendimento de emergência foram registradas as que ocorreram nos seis meses que precederam a consulta.

A análise estatística foi realizada através de tabelas de contingência com cálculo de X^2 e níveis de significância $\leq 5\%$, utilizando-se o *software* Epi-Info.

Resultados

O Centro de Análise, localizado no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (São Paulo), recebeu 2469 questionários, provenientes de 36 centros, localizados em 13 Estados (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Brasília, Mato Grosso do Sul, Goiás, Bahia, Sergipe, Pernambuco, Pará), e pertencentes às cinco regiões brasileiras. Após digitação dos dados, esses questionários retornaram a seus centros de origem, tendo sido excluídos 273 questionários, devido a erros no preen-

chimento do questionário e inadequação aos critérios de inclusão.

Dos 2196 questionários analisados, 879 (40%) eram homens, e 1317 (60%) mulheres. A maior prevalência do sexo feminino ocorreu em todas as faixas etárias (tab. I).

A faixa etária variou de 65 a 96 (média 74) anos. A maioria (55%) pertenceu à faixa etária mais jovem, de 65-74 anos, seguida pela faixa intermediária, 75-84 anos (36%) e pelos muito idosos ≥ 85 anos em 9% dos casos (tab. I).

A grande maioria era de pessoas brancas (80%), com pequena proporção de pardos (10%), negros (5%) e amarelos (0,5%). Em 4% dos casos este dado não foi obtido.

Entre os fatores de risco estudados, o sedentarismo foi o que apresentou maior frequência (74%), seguido por PA elevada (53%), LDL colesterol aumentado (33%), colesterol total aumentado (30%), obesidade (30%), HDL colesterol diminuído (15%), diabetes (13%), e tabagismo (6%).

Idade	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	Frequência		Frequência		Frequência	
	nº	%	n	%	nº	%
65-74	507	42	703	58	1210	55
75-84	312	39	484	61	796	36
≥ 85	60	32	130	68	190	9
Total	879	40	1317	60	2196	100

Fatores de risco	Sexo			Significância (p)	X ²
	M	F	Total		
Sedentarismo	66	79	74	<0,001	45,4
Pressão arterial elevada	48	56	53	<0,001	11,6
LDL colesterol	24	38	33	<0,001	15,4
Colesterol total	21	35	30	<0,001	33,5
Obesidade	22	36	30	<0,001	46,5
HDL colesterol	20	13	15	<0,001	9,9
Diabetes	12	14	13	NS	0,8
Tabagismo	9	4	6	p<0,001	20,6

Fatores de risco	Idade			Total	Significância (p)	X ²
	65-74	75-84	≥ 85			
Sedentarismo	70	76	88	74	<0,001	32,7
Pressão arterial elevada	55	51	52	53	NS	2,8
LDL colesterol	33	35	24	33	NS	2,7
Colesterol total	32	30	19	30	<0,05	5,8
Obesidade	34	27	23	30	<0,001	15,3
HDL colesterol	15	15	19	15	NS	1,0
Diabetes	15	11	8	13	<0,01	11,1
Tabagismo	8	4	3	6	<0,001	17,7

A prevalência de sedentarismo, PA elevada, LDL colesterol aumentado, colesterol total aumentado, obesidade, foi significativamente maior entre as mulheres. Apenas o tabagismo e HDL colesterol reduzido mostraram-se mais prevalentes entre os homens. A prevalência de diabetes mellitus não mostrou diferença significante entre os sexos (tab. II).

A prevalência dos fatores de risco, como colesterol total aumentado, obesidade, diabetes e tabagismo, declinou significativamente com o aumento da idade, com exceção do sedentarismo, que apresentou comportamento inverso. Vale mencionar que as variáveis HDL reduzido, LDL aumentado, e PA elevada não mostraram associação significativa com a idade (tab. III).

Apenas 7% dos idosos não apresentaram nenhum fator de risco, variando de 11% no sexo masculino, a 4% no feminino. Em 81% dos casos, foram registrados de um a três fatores de risco, e 12% tinham pelo menos quatro. Em relação ao sexo, observou-se prevalência de homens entre os idosos, sem ou com até um fator de risco, e de mulheres entre os idosos, com três ou mais fatores de risco (fig. 1).

Os motivos de consulta mais frequentes foram PA elevada (48%), cansaço (24%) dispnéia (21%), seguidos por tontura (15%), arritmia (14%), angina (12%), precordialgia atípica (11%), pós IAM (3%), síncope (2%). Cerca de 8% dos idosos estavam assintomáticos por ocasião da consulta.

O ECG, solicitado em 96% dos casos e a radiografia do tórax, em 65%, foram os exames mais solicitados. O ecocardiograma (ECO) foi solicitado em 53% dos casos, o TE em 23%, a CINE em 16%, o Holter em 12% e a cintilografia miocárdica em 4%.

Em apenas 2% da amostra não houve registro de solicitação de exame. Em 13% houve solicitação de um exame, em 30% dois exames, em 32% três, em 14% quatro, em 5% cinco, em 2% seis, e, em 0,4% sete. Assim, em mais de 70% dos casos foram solicitados de um a três exames. O número médio foi 2,7.

Os exames de maior risco de morbidade, TE e CINE, apesar de menos solicitados com o aumento da faixa etária, foram solicitados em 5% de idosos com idade ≥ 85 anos. Observou-se também maior solicitação desses exames para o sexo masculino (tab. IV)

A doença de maior prevalência na população estudada foi a HAS (67%), seguida por ICo (29%), arritmia (18%), miocardiopatia (11%), e IC (10%) (fig. 2).

A tabela V mostra a distribuição das principais doenças segundo sexo e idade. Em relação ao sexo, observou-se

	Sexo		Faixa etária			Total
	M	F	65-74	75-84	≥ 85	
Teste de esforço	26*	20	26*	21	5	22
Cinecoronariografia	23*	11	19*	14	5	16

* p<0,01

Tabela V - Prevalência dos principais diagnósticos de doenças segundo sexo e idade						
		Diagnóstico (%)				
Variáveis		HAS	ICo e/ou IAM	Arritmia	Miocardiopatia	IC
Sexo	M	58	35,5*	20*	12	11
	F	73*	23	16	10	9
Idade	65-74	68	27	15	9	8
	75-84	67	30	21	13	10
	≥85	65	24	23*	10	18*
Total		67	29	18	11	10

HAS- hipertensão arterial sistêmica; ICo- insuficiência coronária; IAM- infarto agudo do miocárdio; IC- insuficiência cardíaca; * p<0,05.

predomínio significativo de HAS em mulheres, e de doença coronária e arritmia entre os homens. Não houve diferença relativa ao sexo na miocardiopatia e IC. Observa-se que para HAS, ICo e/ou IAM, e miocardiopatia, não houve diferença significativa entre as diversas faixas etárias, enquanto que na arritmia e IC houve um aumento de prevalência relacionado ao aumento da faixa etária.

O medicamento mais utilizado pelos idosos foi o diurético (42%), seguido por IECA (34%), ACC (33%), e antiplaquetários (32%). BB foi utilizado em 11%, antiarrítmicos em 9% e anticoagulantes em apenas 2% (fig. 3).

Não estavam sob tratamento com qualquer fármaco de ação cardiovascular 7% dos pacientes. Cerca de 26% utilizavam apenas um fármaco, 27% utilizavam dois, 22% três, 11% quatro, 4,5% cinco, 1,5% seis, 0,3% sete, e 0,1% oito fármacos de ação cardiovascular. Assim, em 75% dos casos observou-se uso de um a três fármacos, em 15,5% de quatro a cinco, e em 2% de 6 a 8 fármacos. Em média, os pacientes utilizavam apenas dois fármacos de ação cardiovascular.

A tabela VI mostra a frequência das drogas utilizadas segundo as principais doenças encontradas no estudo.

Tabela VI - Tratamento das principais doenças do idoso						
Doenças (%)						
Drogas	HAS	Ico e/ou IAM	Arritmia	Miocardiopatia	IC	Total
Diurético	47	34	43	64	82	42
IECA	37	38	33	68	58	34
ACCálcio	39	43	26	16	17	33
AntiPlaqa	27	66	28	32	31	31,5
Nitrato	15	57	13	21	28	19
Digital	14	18	29	62	69	18
BB	12	19	10	3	2	11
Antiarrítmico	7	9	33	22	19	9
Tranquilizante	8	9	12	6	9	8
Hipolipemiante	7	10	6	4	6	7
Alfa metil dopa	9	3	8	4	6	7
Anticoagulantes	1	2	2	5	5	2

HAS- hipertensão arterial sistêmica; ICo- insuficiência coronária; IAM- infarto agudo do miocárdio; IC- insuficiência cardíaca; IECA- inibidores de enzima conversão; ACCálcio- antagonista dos canais de cálcio; AntiPlaqa- antiplaquetários; BB- betabloqueadores.

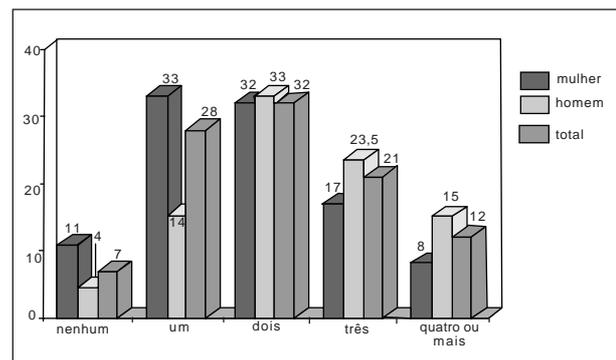


Fig. 1 - Distribuição dos casos segundo o número de fator de risco e sexo

Assim, para HAS, destacam-se diurético, ACC, IECA. Os pacientes com ICo e/ou IAM foram medicados, principalmente, com antiplaquetário, nitrato e ACC. Os portadores de arritmias com diurético, antiarrítmico, IECA, e os com miocardiopatia, com IECA, diurético e digitalico. Finalmente, para os com IC, prescreveram-se diurético/digitalico/IECA. Vale lembrar que, no caso da doença coronária, 34% não usavam antiplaquetário, apenas 19% usavam BB e só 10% hipolipemiante. Em relação à IC, 42% não usavam IECA.

Nos seis meses que antecederam a consulta, 14% dos pacientes foram internados, sendo 17% homens e 12% mulheres. A prevalência de internações foi, na faixa dos 65-74 anos, de 18% para o sexo masculino, e de 11% para o feminino, perfazendo total de 14%. Na faixa dos 75-84 anos, a prevalência para o sexo masculino foi de 14%, e para o feminino, de 11% (total 12%). Na faixa ≥85 anos, a prevalência de internações elevou-se significativamente, chegando a 23% para homens, e a 22% para mulheres (total 23%).

IC e miocardiopatia foram os diagnósticos mais frequentemente associados à internação nos seis meses anteriores à consulta analisada, 31 e 25%, respectivamente (fig. 4).

A frequência do atendimento de emergência nos últimos seis meses foi de 11%, sendo 10% nos homens, e 11% nas mulheres. Na faixa dos 65-74 anos, a prevalência do atendimento de emergência foi de 9%, sendo a mesma para ambos os sexos. Na faixa dos 75-84 anos, foi de 11% (9% no

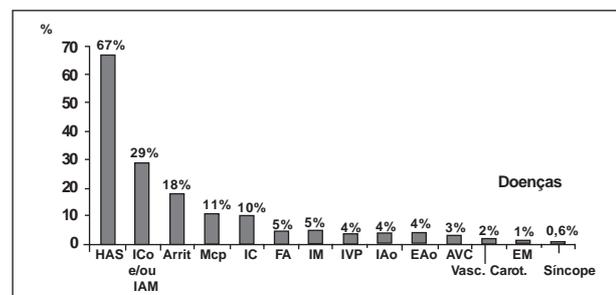


Fig. 2 - Prevalência dos diagnósticos de doenças cardiovasculares (%). HAS- hipertensão arterial sistêmica; ICo- insuficiência coronária; Arrit- arritmia; Mcp- miocardiopatia; IC- insuficiência cardíaca; FA- fibrilação atrial; IM- insuficiência mitral; IVP- insuficiência vascular periférica; IAo- insuficiência aórtica; EAo- estenose aórtica; AVC- acidente vascular cerebral; VC- vasculopatia carotídea; EM- estenose mitral.

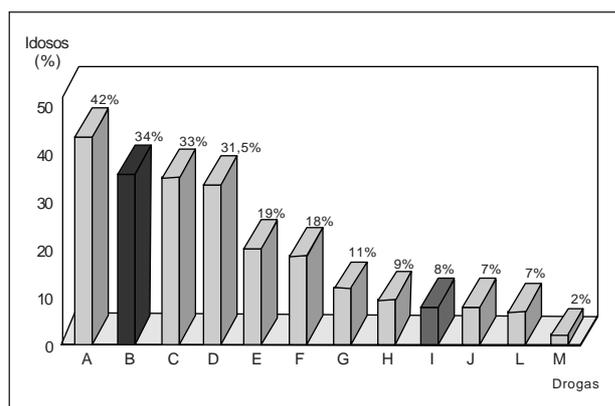


Fig. 3 - Fármaco de ação C.V. mais utilizados em idosos cardiopatas ambulatoriais. A- diurético; B- IECA; C- ACC; D- antiplaquetário; E- nitrato; F- digital; G- betabloqueador; H- antiarrítmico; I- tranqüilizante; J- hipolipemiante; L- alfa metil dopa; M- anticoagulante.

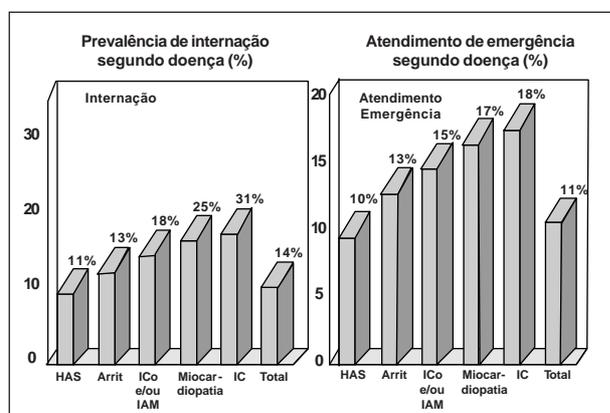


Fig. 4 - Prevalência de internação e atendimento de emergência segundo doença.

sexo masculino e 12% no sexo feminino). Com idade ≥ 85 anos, a prevalência elevou-se significativamente para 20% (23% nos homens, e 19% nas mulheres).

O diagnóstico mais comumente associado a atendimento de emergência foi a IC, seguido por arritmia e miocardiopatia. HAS foi a condição menos comumente associada a essa situação (fig. 4).

Discussão

Nossos dados obtidos constituem a primeira amostra nacional de idosos com DCV estabelecida, que freqüentam ambulatórios de Cardiogeriatría, fornecendo um perfil dessa população, que poderá ser analisada de forma mais particularizada, podendo, também, orientar futuras pesquisas nesta área.

Como limitação do processo amostral, vale a pena observar que a participação dos médicos das instituições e consultórios foi voluntária e aberta a quem quisesse participar dentro do período estabelecido. Assim, não houve um método aleatório de escolha amostral. Por outro lado, a inclusão de todos os casos atendidos durante um mês, permiti-

tiu arrolar número considerável de pacientes idosos com DCV estabelecida. Houve ainda baixo preenchimento dos dados sobre HDL colesterol (cerca de 1010 pacientes tinham informação sobre HDL, o que equivale a 46% do total), e sobre LDL colesterol (dado obtido em 744 pacientes, que corresponde a 34% do total). Este fato obriga-nos a olhar as informações sobre as frações do colesterol com reserva.

Houve um claro predomínio de mulheres entre os pacientes analisados (60%), fato que corrobora a tendência ao aumento da incidência de DCV entre as mulheres⁷. Observou-se alta proporção de idosos >75 anos (45%). Considerando que dados colhidos nos EUA informam que essa faixa etária deve ter uma expectativa de vida ao redor de 10 anos⁸, e que na faixa etária com idade ≥ 70 anos a expectativa de vida em São Paulo, em 1980, já era cerca de 13 anos¹, temos que reavaliar os padrões de conduta nesses casos, partindo, talvez, para exames e tratamentos usualmente destinados aos portadores de problemas cardiovasculares mais jovens.

Apesar do critério para se considerar o idoso como sedentário ter sido bastante complacente, este foi o mais prevalente dos fatores de risco cardiovascular (74%) nessa população de gerontes. Sendo esse um fator de risco para doença coronária comparável a hipertensão, hipercolesterolemia, e tabagismo⁸⁻¹⁰, e permanecendo importante fator de risco entre os idosos⁸, podemos supor que não está sendo dada a devida ênfase à educação para a prática de atividade física regular.

PA elevada, na consulta analisada, ocorreu em 53%, confirmando que a prevalência de hipertensão entre os pacientes em seguimento cardiogeriatrico é preocupante. Não menos importante é o fato de cerca de 1/3 (30%) dos pacientes sustentar níveis elevados de colesterol total aumentado. O tabagismo, por outro lado, teve uma prevalência menor (6%) do que a relatada nos EUA¹¹.

À exceção do tabagismo e HDL colesterol reduzido, todos os outros fatores de risco cardiovascular mostraram-se significativamente mais prevalentes entre as mulheres, mais uma vez assinalando para a necessidade de um maior cuidado com a população feminina e sua crescente participação na mortalidade cardiovascular nas faixas etárias maiores.

A prevalência de colesterol total aumentado, obesidade, diabetes e tabagismo decresceu significativamente com a idade. Esta tendência pode ser uma indicação do risco aumentado de morte prematura entre os portadores desses fatores de risco. Apenas o sedentarismo aumentou com a idade, fato que poderia ser esperado, mas que não justifica a falta de ênfase à sua correção, mais complexa e especializada nos muito idosos. Diferentemente dos demais fatores de risco, a PA elevada e as frações do colesterol não se alteraram com a idade. Entretanto, como já mencionado, os dados sobre LDL colesterol e HDL colesterol foram preenchidos em menos de 50% dos questionários, levando à reserva em sua análise. Já a falta de elevação da PA com a idade foi inesperada, e poderá estar relacionada a viés amostral determinado pela eliminação dos mais graves, ou por manuseio médico adequado.

Observou-se ainda que, embora houvesse predominância do sexo masculino entre os idosos sem fator de risco, ou com até um, esta situação se inverteu quando o número de fatores de risco aumentou, passando a haver maior prevalência das mulheres entre os idosos com três ou mais fatores de risco. Este é um dado bastante significativo quando se considera o manuseio da DCV no sexo feminino.

Observaram-se prevalências quase idênticas e relativamente baixas entre angina (12%) e precordialgia atípica (11%), confirmando a dificuldade de se fazer diagnóstico de ICo no idoso. Observaram-se também a elevada prevalência de cansaço (24%) e dispnéia (21%). O principal motivo de consulta foi a PA elevada, confirmando a importância de HAS nessa faixa etária.

O ECG teve presença quase obrigatória nas pastas desses pacientes (96%), indagando quais os motivos para que 4% não possuíssem seu ECG. O ECO, por ser um exame não invasivo e altamente informativo, pode ser considerado um exame subutilizado em idosos (não foi solicitado em 47% dos casos), prevalecendo ainda a tradicional radiografia de tórax, solicitada em 65% dos casos. Alguns exames tradicionalmente evitados em idosos muito velhos, como o TE e a CINE foram solicitados em 5% dos idosos com mais de 85 anos, o que pode talvez ser considerado um início de mudança de conduta excessivamente contemplativa em cardiogeriatría. Vale ressaltar, no entanto, que apesar da predominância das mulheres na casuística geral, esses exames foram mais requeridos para os homens. Especula-se que as mulheres possam apresentar maiores limitações músculo-esqueléticas, indicando desatenção para a doença coronária.

A principal DCV diagnosticada foi a HAS (67%). A elevada prevalência desta condição é semelhante à de outros estudos¹², sendo que entre os homens foi de 58% e entre as mulheres de 73% ($p < 0,05$), confirmando a maior prevalência de HAS no sexo feminino.

A ICo foi o 2º diagnóstico de doença mais freqüente entre os idosos, correspondendo a 29% da amostragem (sendo 21,6% com apenas ICo, 4,2% com ICo associada a IAM, e 3% com IAM isolado). Pacientes idosos apresentaram manifestações clínicas de ICo em cerca de 20 a 30% dos casos, apesar de estudos envolvendo autópsias terem demonstrado prevalência de pelo menos 70% em idosos ao redor do 70 anos¹³. De fato, como observado nessa população, são mais freqüentes outras manifestações clínicas, como dispnéia/cansaço, dificultando a caracterização diagnóstica. A ICo e a arritmia cardíaca foram mais prevalentes no sexo masculino. As doenças diagnosticadas que apresentaram aumento de prevalência com a idade, como esperado, foram a IC e a arritmia cardíaca.

Em média, os idosos estudados faziam uso de dois medicamentos de ação cardiovascular, sendo que 75% utilizavam até três drogas. Entre as drogas mais utilizadas estavam o diurético (42%), IECA (34%), ACC (33%) e antiplaquetário (32%). Se, por um lado, essa amostra tem uma média baixa de medicamento cardiovascular por paciente, o que seria louvável, por outro lado, podemos supor que al-

gumas nosologias estão sendo pouco medicadas. Um exemplo é a dislipidemia, enquanto cerca de 1/3 dos pacientes apresentou colesterol total alto, apenas 7% estavam medicados.

Quanto ao perfil de tratamento observado, cabem algumas considerações: o diurético é a droga mais comumente utilizada, graças, provavelmente, à sua utilidade em HAS e IC, condições comumente encontradas. Contudo, entre os casos de arritmia com uso de diurético (43%), fica a dúvida se a droga estaria relacionada à arritmia; o uso de BB, por outro lado, pareceu bastante reduzido, principalmente na ICo (19%), diante dos seus efeitos comprovadamente benéficos¹⁴. Anticoagulante foi pouco utilizado (2%), levando-se em conta a prevalência de fibrilação atrial (FA) (5%) e IAM prévio (3%), condições em que pode ser indicado.

Apesar das recentes controvérsias quanto ao uso dos bloqueadores de cálcio no idoso¹⁵⁻¹⁷, vale notar que os ACC são bastante utilizados (33%), sendo 17% em casos de IC, condição em que se restringe o uso de ACC de 1ª geração. A despeito de todas as evidências favoráveis ao uso de antiplaquetários na ICo, mais de 1/3 dos pacientes nessas condições não o utilizavam. O uso de digital (18%), sugere uma contenção na prescrição desse tipo de droga tão popular, no passado, entre idosos, sugerindo maior conhecimento a respeito das suas indicações.

Internações e atendimentos de emergência foram referidos por uma pequena parcela dos pacientes (14% e 11%, respectivamente), refletindo talvez os benefícios do tratamento ambulatorial. Houve uma tendência significativa ao aumento de internação e atendimento em emergência entre os mais idosos (≥ 85 anos) conforme o esperado, diante da maior gravidade das doenças e complexidade no manuseio desses pacientes. A IC, por ser a via final comum de várias cardiopatias, foi a doença que mais ocasionou a utilização desses serviços, sendo responsável por 31% das internações, e por 18% dos atendimentos de emergência. Esse achado enfatiza a necessidade de prevenção e tratamento precoce das cardiopatias, a fim de evitar a deterioração funcional e clínica, com conseqüente incremento no consumo de recursos materiais para o controle do cardiopata idoso.

Participantes do EMI

Região Norte: Paulo Toscano (PA); **Região Nordeste:** Brivaldo Markamn Fº, Déa Flávia Tamman, Hilton Chaves (PE), A.C. Sobral Souza (SE), João Souza Fº (BA); **Região Centro-Oeste:** Antônio Paulo Filomeno, Geniberto Paiva Campos (DF), Jussimar Medina (MS), Abrahão Afiune Neto, Paulo C. Veiga Jardim (GO); **Região Sul:** Eduardo Siqueira, Mário Maranhão (PR), Antonio S. Sbissa (SC), José A. Albrecht, José Ribeiro da Costa, Paulo Heckman (RS); **Região Sudeste:** Emílio M. de Andrade, Ulisses V. Cunha (MG), Eduardo Nani, Elisabete Viana Freitas, Francisco J. Oliveira, Roberto Hugo C. Lins (RJ); Eulógio Martinez, Iran Gonçalves, Luis Roberto

Ramos, Roberto Miranda, João Batista Serro-Azul, Maurício Wajngartem, Humberto Pierre, Roberto Franken, Ronaldo Rosas, Amanda G. M. R. Sousa, Áurea Chaves, Carlos Camargo Luiz, Cláudia F. Gravina Taddei, Felício Savioli, Hélio Magalhães, Jairo Borges, Luis Fernando Tanajura, Marinella Centemero, Michel Batlouni (SP); André Labrunie, Evandro J. Cesarino, Fernando Nobre, José A. Marin Neto, Alberto M. Soares, Silvio C. Santos, Carlos C. Magalhães, Wilson Salgado Fº, José Carlos

Nicolau, Lilia Nigro Maia, Silvia A. Soares (Interior de São Paulo).

Agradecimentos

Aos Laboratório Merck Sharp & Dohme, Bristol-Myers-Squibb, Roche, Pfizer, Bayer, Baldacci, Boehringer, Sandoz, Ciba, pelo apoio recebido na elaboração desta pesquisa e ao Prof. Dr. Michel Batlouni pela colaboração emprestada.

Referências

1. Ramos LR, Veras R, Kalache A. - Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev Saúde Pública 1987; 211-24.
2. Brody JA, Brock DB, William TF - Trends in the health of the elderly population. Annu Rev Public Health 1987; 8: 211-34.
3. Ramos LR, Santos FR, Schoueri R et al - Doenças cardiovasculares no idoso: implicações clínicas dos dados epidemiológicos. Rev Soc Cardiol ESP 1991; 1: 6-12.
4. Van Itallie TB - Health Implications of overweight and obesity in the United States. Ann Intern Med 1985; 103: 983-8.
5. II Consenso Brasileiro sobre Dislipidemias: Detecção, Avaliação e Tratamento. Arq Bras Cardiol 1996; 67: 1-13.
6. Nobre F, Furtado MR - II Consenso Brasileiro para o tratamento da hipertensão arterial. Rev Ass Med Bras 1994; 40: 427-61.
7. Wenger N, Speroff L, Packard B - Cardiovascular health and disease in women. Le Jacq Communications, 1993; pg1.
8. Wenger, Nanette - Physical inactivity and coronary heart disease in elderly patients. In: Aronow W, Tresch D - Clinics in Geriatric Medicine - Coronary Artery Disease in the Elderly. Philadelphia: WB Saunders, 1996: 79-85.
9. Centers for the Disease Control and Prevention - Public health focus: Physical activity and the prevention of coronary heart disease. MMWR CDC Survival Summ 1993; 42: 669-72.
10. Powell KE, Thompson PD, Caspersen CJ et al - Physical activity and the incidence of coronary heart disease. Annu Rev Public Health 1987; 8: 253.
11. Tresch D, Aronow W - Smoking and coronary artery disease. Clinics in Geriatric Medicine - Coronary Artery Disease in the Elderly. Philadelphia: WB Saunders, 1996: 23-32.
12. The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection Evolution and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). Arch Intern Med 1993; 153: 154-83.
13. Tresch D, Aronow W - Clinical manifestations and diagnosis of coronary artery disease. Clinics in Geriatric Medicine - Coronary Artery Disease in the Elderly. Philadelphia: WB Saunders, 1996.
14. Hjalmarson A, Olsson G - Myocardial infarction: Effects of beta blockade. Circulation 1991; 84(suppl VI): VI-101-7.
15. Furberg C, Psaty M, Meyer J - Nifedipine dose-related increase in mortality in patients with coronary heart disease. Circulation 1995; 92: 1326-31.
16. Psaty B, Heckbert S, Koepsell T et al - The risk of myocardial infarction associated with antihypertensive drug therapies. JAMA 1995; 274: 620-55.
17. Opie L, Messerli FN - Nifedipine and mortality. Grave defects in the dossier. Circulation 1995; 92:1068-73.