

Perfil Epidemiológico dos Idosos de Uma Unidade Saúde da Família

Epidemiological Profile of the Elderly of a Family Health Unit

André Luís dos Santos Silva^a; Marcia Eiko Karino^{b*}; Edlivia Dias de Mattos^c; Eliane Cristina Campos^d; Regina Stella Spagnuolo^e

Resumo

Neste trabalho objetivou-se descrever aspectos inerentes à saúde da população idosa de uma Unidade Saúde da Família. Trata-se de estudo de caráter epidemiológico descritivo. Numa amostra de 351 idosos, 91,5% eram mulheres. A faixa etária predominante (47,9%) foi de 60 a 69 anos e 36,8% de 70 a 79 anos; 47,9% deles eram analfabetos, 52,1% casados, 61,5% aposentados. Quanto aos indicadores de saúde, 49,6% consideram sua saúde “regular/ruim”. A Hipertensão Arterial prevaleceu como co-morbidade em 68,3% dos casos e a relação com diabetes foi 21,4%. Estudos populacionais são fundamentais porque subsidiam informações para intervenções efetivas no âmbito promocional, preventivo e reabilitação.

Palavras-chave: Idoso. Saúde do idoso. Perfil epidemiológico.

Abstract

This study aimed to describe inherent aspects to the health of the elderly population of a Unit of Family Health. It was used a descriptive epidemiological study. In a sample of 351 elderly, 91.5% were women. Most of the people in the sample were from 60 to 69 years old (47.9%), the other 36.8% were from 70 to 79 years old; 47.9 were illiterate, 52.1% married, 24.8% widowers, and 61,5% pensioners. As far as health is concerned, 49.6% of the elderly consider their health as “regular” or “bad”. The Arterial Hypertension prevailed as chronic disease in 68.3% of the cases, and its relation with diabetes was 21.4%. Researches on population are fundamental because they subsidize information for effective interventions in the promotional and preventive sector and in rehabilitation.

Key-words: Elderly people. Health of elderly people. Epidemiological profile

^a Graduando do Curso de Enfermagem da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). E-mail: andre.luis2@hotmail.com.

^b Doutoranda em Enfermagem, Universidade de São Paulo (USP) Docente da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). E-mail: marcia.karino@unopar.br.

^c Mestre em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo (USP). Docente Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). E-mail: liviamattos05@hotmail.com.

^d Mestre em Ciência de Alimentos - Universidade Estadual de Londrina - UEL. Docente Universidade Norte do Paraná - UNOPAR. E-mail: elianecampos@hotmail.com.

^e Doutoranda em Saúde Coletiva. Universidade Estadual Paulista (UNESP). Docente Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). E-mail: rstella10@yahoo.com.br

Endereço para correspondência: Rua: Prof. João Cândido, 626, apto. 05. Centro. CEP. 86.010-000. Londrina - PR.

1 Introdução

O envelhecimento populacional representa um dos maiores desafios da saúde pública na atualidade, tanto no Brasil como em âmbito mundial. A transição demográfica é resultado da queda nas taxas de fecundidade e mortalidade, o que contribuiu para alteração na estrutura etária da população brasileira ao longo dos anos. Essa progressiva diminuição teve início em meados dos anos sessenta e se intensificou nas duas décadas seguintes e, atualmente, a população idosa é o grupo que apresenta as taxas mais elevadas de crescimento no país¹.

No início do século XX eram 575 mil brasileiros idosos para uma população de 17,4 milhões. Hoje, a expectativa de vida do brasileiro é de 71 anos e as pessoas com mais de 60 anos totalizam 14.536.029, ou seja, 8,6% da população total.

Isto coloca o país como responsável por um dos maiores contingentes de idosos do mundo e estima-se que esse segmento poderá ser responsável por 15% da totalidade da população brasileira no ano de 2020².

Esse processo altera a vida dos indivíduos, as dinâmicas, as estruturas familiares e a sociedade. Pois, o envelhecimento é um processo dinâmico que envolve perdas no plano biológico, sócio-afetivo e político, que traz vulnerabilidades diferenciadas por gênero, idade, grupo social, raça, regiões geográficas, entre outras variáveis. Tais vulnerabilidades são afetadas pelas capacidades básicas adquiridas ao longo da vida e pelo contexto social em que os indivíduos se encontram³.

Para Alves et al. (2007)⁴, apesar do processo de envelhecimento não estar necessariamente relacionado às doenças e às incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre idosos. E o aumento no número de doenças crônicas está diretamente relacionado com uma maior incapacidade funcional.

Ramos (2002)⁵ ressalta o impacto da elevação da população idosa no âmbito da Saúde Pública e explica a importância de se definir uma linha de ação prioritária visando desenvolver uma estrutura de atenção primária, secundária e terciária à saúde do idoso. Ainda salienta que o problema só tende a se agravar, na medida em que, com o tempo, mais pessoas irão viver por mais tempo, acentuando as deficiências do sistema e gerando um círculo vicioso onde o idoso irá demandar, progressivamente, mais serviços e recursos.

Andrade, Soares e Cordoni Junior (2001)⁶ explica que a baixa resolutividade do modelo assistencial em curso, a precariedade dos serviços ambulatoriais, a escassez dos serviços domiciliares, a falta de instâncias intermediárias como os hospitais-dia e centros de convivência, fazem com que o primeiro atendimento ocorra em estágio avançado, dentro do hospital, o que não só aumenta os custos como diminui as chances de um prognóstico favorável.

Por conseguinte, Tavares et al. (2007)⁷ afirmam que o país ainda não resolveu problemas clássicos do subdesenvolvimento, como saúde, educação, saneamento básico, habitação, previdência social, transporte, dentre outros, e se depara com o significativo contingente de idosos necessitando de atendimento imediato.

Segundo Brasil (2005b)⁸ a Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Em 1994, o Ministério da Saúde adotou a Saúde da Família como uma estratégia prioritária para a organização da atenção básica e estruturação do sistema de saúde. A Saúde da Família trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população a ela adscrita e na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais⁶.

Já em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto pela Vida que constitui um conjunto de compromisso onde foram pactuadas seis prioridades, sendo que três delas têm especial relevância em relação ao planejamento de saúde para a pessoa idosa. São elas: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica⁹.

O dimensionamento das condições de vida da população idosa e de sua heterogeneidade, como consequências das diferenças nas trajetórias de vida, devem ser levadas em consideração na elaboração e implementação de políticas públicas para este segmento¹⁰.

Sendo assim, este estudo teve por objetivo caracterizar os idosos pesquisados quanto aos indicadores demográficos, sócio-econômicos, condições de saúde referidas e comorbidades, visando fornecer subsídios para estudos posteriores que pretendem, além da intervenção, a implantação e implementação de ações em saúde frente à população idosa.

2 Material e Método

2.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de natureza epidemiológico descritiva, transversal, com abordagem quantitativa.

Segundo Rampazzo (2002)¹¹, as pesquisas dessa natureza registram os fatos ou fenômenos (variáveis), sem manipulá-los; estuda fatos e fenômenos do mundo físico e humano, sem interferência do pesquisador. Procura identificar a frequência

com que o fenômeno ocorre, sua relação e conexão com os outros, sua natureza e suas características. Busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo como de grupos e comunidades mais complexas.

Assim se coletam descrições detalhadas de variáveis existentes e usam os dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes, ou estimar a frequência de ocorrência de um fenômeno, particularmente quando se sabe pouco sobre o mesmo.

2.2 Procedimento ético

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), conforme as normas de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde¹², tendo sido previamente autorizado pela Secretaria de Saúde do Município de Cambé/PR. Ressalta-se que o referido estudo está vinculado ao Projeto de Pesquisa intitulado: “Saúde do Idoso na Estratégia de Saúde da Família”, protocolo de número PP 086/07.

2.3 Local de estudo

O estudo foi realizado no município de Cambé, localizado na região norte do Estado do Paraná. Este município apresenta uma área de 495 Km², com uma população aproximada de 97.173 habitantes, destes, aproximadamente 8.300 são indivíduos acima de 60 anos de idade.

2.4 População de estudo

A população estudada foi constituída por 30% dos idosos com idade igual ou maior a 60 anos, de ambos os sexos, cadastrados na Unidade de Saúde da Família do Jardim Silvino no município de Cambé/PR, que consentiram participar da pesquisa. Vale ressaltar que os idosos com alteração cognitiva puderam participar do estudo sendo representados por seus cuidadores.

2.5 Coleta de dados

O instrumento para a coleta de dados constou de questionário para a caracterização dos sujeitos entrevistados quanto a aspectos demográficos, socioeconômicos, relacionados à saúde auto-referidos, entre outros.

Todos os indivíduos que aceitaram participar voluntariamente desta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com a Resolução 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde¹².

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril a novembro de 2007 e o inquérito domiciliar foi o recurso utilizado para obtenção dos dados, realizado por meio de sorteio aleatório.

2.6 Análise e interpretação dos dados

A metodologia estatística adotada na pesquisa foi análise exploratória dos dados, demonstrada pelo cálculo de medidas centrais e de variabilidade para as variáveis quantitativas. O

software estatístico utilizado foi o SPSS (Statistical Package for Social Science) for Windows, versão 12.0. Os resultados foram expressos em percentuais simples e demonstrados na forma de tabelas.

3 Resultados e Discussão

A população envolvida no estudo totalizou 351 idosos, com idade maior ou igual a 60 anos, de ambos os sexos. Os resultados da caracterização sócio-demográfica estão representados na Tabela 1 e comentados a seguir.

Em relação à composição por sexo, merece destaque o predomínio da população idosa feminina (91.5%), tornando evidente que a maior longevidade da mulher torna o envelhecimento uma questão de gênero, poder-se-ia dizer que a velhice é potencialmente “feminina”. A feminização da velhice é apontada em diversos estudos populacionais, fato atribuído à sobrevivência masculina⁸.

Quanto à faixa etária, 77.6% da população estudada foi constituída por mulheres idosas com idade de 60 a 79 anos, com predomínio de idosas jovens na faixa etária de 60 a 69 anos (44.8%). Entretanto, caber notar um contingente de 15.3% de idosos com 80 anos ou mais, ou seja, em velhice avançada. Conforme Brasil (2006)⁹ esta população mais idosa representa o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos.

Tabela 1: Caracterização sócio-demográfica dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do Jardim Silvino em Cambé-Pr, no período de abril a novembro de 2007. (n = 351)

	Características	n	%
Sexo	Masculino	30	8.5
	Feminino	321	91.5
Faixa etária	60 a 69 anos	168	47.9
	70 a 79 anos	129	36.8
	80 anos ou mais	54	15.3
Anos de estudo	Analfabeto	168	47.9
	1 a 3 anos	129	36.8
	4 a 7 anos	30	8.5
	8 a 11 anos	0.6	1.7
Situação conjugal	12 e mais	18	5.1
	Solteiro	15	4.3
	Casado	183	52.1
	Viúvo	87	24.8
Cor	Não informado	66	18.8
	Branca	237	67.5
	Parda	63	17.9
	Preta	51	14.5
	Amarela	0	0
Renda	Aposentadoria	216	61.5
	Pensão	60	17.1
	Outros	45	12.8
	Não informado	12	3.4
	Não sabe	09	2.6
	Serviço fixo	06	1.7
	Serviço Eventual	03	0.9
TOTAL		100.0	100.0

Ao analisar os indicadores de educação, verificamos que 47.9% dos idosos eram analfabetos, e destes, 21.4% representados pela população idosa jovem. Do total de entrevistados, 36.8% referem ter de 01 a 03 anos de estudo.

Segundo estatísticas nacionais, no período 1991/2000, houve um aumento significativo de idosos alfabetizados no país, mas apesar dos avanços, ainda existem 5,1 milhões de idosos analfabetos. Em relação ao número de anos de estudo dos idosos, embora os índices de escolaridade tenham mostrado uma melhora no período, a média ainda é muito baixa, apenas 3,4 anos, e os homens continuam sendo proporcionalmente mais alfabetizados do que as mulheres, já que até os anos 60 tinham mais acesso à escola do que as mulheres¹, resultados semelhantes aos observados neste estudo.

Em relação ao estado conjugal, os valores mais significativos concentram-se nas mulheres casadas com percentual de 44.4%, em seguida, nas viúvas que representam 23.9%. Entre os idosos masculinos a viuvez foi a situação predominante. Segundo indicadores das condições de vida, no ano de 2000, 41% das idosas pesquisadas eram viúvas⁸.

A principal fonte de renda para 61,5% dos idosos neste estudo foi aposentadoria, seguida da pensão, relatada por 17,1% dos entrevistados. Em conformidade, os dados do Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento¹³ referentes aos indicadores de condições de vida da população idosa, constata que a maior parte da renda dos idosos provém da Seguridade Social como, aposentadoria, pensões e benefícios da assistência social. Destaca-se que a aposentadoria é a principal fonte de renda entre as mulheres idosas.

Diante destes resultados, convém ressaltar a importância das mulheres neste nosso mundo que envelhece. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹, embora as mulheres tenham aumentado sua inclusão no mercado de trabalho, ainda são notáveis as desigualdades salariais e a menor oportunidade de trabalho qualificado quando comparadas aos homens. Em sentido mais amplo, tais fatos influenciariam a saúde, a condição econômica e o potencial de ganho das mulheres e, em síntese, sua qualidade de vida quando chegam a uma idade mais avançada.

Quando analisamos os dados sobre auto-percepção do idoso a respeito de seu estado de saúde, verificamos que 50.4% dos idosos percebem sua saúde como “muito boa” ou “boa”, e 49,6% consideram sua saúde “regular” ou “ruim” (tabela 2). Cabe frisar que o contingente feminino idoso jovem (44,8%), ou seja, o grupo das mulheres entre 60 e 69 anos de idade foram as que mais apresentaram percepção da saúde como regular/ruim.

Tabela 2: Auto-avaliação de Saúde Segundo Sexo e Idade Referida pelos Idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do Jardim Silvano em Cambé/PR, no período de abril a novembro de 2007. (n = 351)

Auto - avaliação	Homens						Mulheres						Total	
	60 a 69		70 a 79		≥ 80 anos		60 a 69		70 a 79		≥ 80 anos		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Muito boa/boa	8	2.3	6	1.7	4	1.1	73	20.8	60	17.1	26	7.4	177	50.4
Regular/ruim	3	0.8	8	2.3	1	0.3	84	24.0	55	15.7	23	6.5	174	49.6
Total	11	3.1	14	4.0	5	1.4	157	44.8	115	32.8	46	13.9	351	100

Resultados semelhantes foram verificados no Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento¹³, realizado em sete grandes cidades de países da América Latina, que refere o sexo feminino com a pior percepção de sua própria saúde quando comparada ao sexo masculino.

Parte-se da constatação de que o conceito de saúde, especialmente entre os idosos, inclui o convívio com as doenças típicas do avanço da idade, bem como o cuidado permanente de suas condições. A percepção da saúde como “boa” ou “ruim” é um parâmetro subjetivo, mas vinculado, em geral, ao quanto de dificuldade o idoso sente na realização das atividades da vida diária em virtude do seu estado de saúde.

Em estudo de Almeida Filho e Rouquayrol (1999)¹⁴, os idosos consideraram a saúde como o elemento mais importante para a qualidade de vida e sua falta como maior motivo de infelicidade. Eles associaram a manutenção da funcionalidade e a aceitação das alterações, entre outros, às mudanças positivas relacionadas ao envelhecimento e aos significados de bem-estar.

Uma condição que possivelmente altere a percepção das pessoas idosas em relação a sua saúde é a escolaridade. Siqueira, Botelho e Coelho (2002)¹⁵ destacaram em seu trabalho, o nível de escolaridade como a variável sócio-demográfica que realmente tem correlação com a capacidade funcional.

Montenegro e Silva (2007)¹⁶, em estudo com idosas institucionalizadas, verificaram que as mulheres com maior escolaridade apresentavam melhor desempenho na capacidade funcional, sendo assim, foi menor a ocorrência de relato de dificuldade nas atividades de vida diária. Em outras palavras, idosas com um nível maior de escolaridade, têm maior capacidade funcional e se julgam mais saudáveis.

Em nosso estudo constatou-se a maioria da população analfabeta (47.9%) ou com baixo nível de escolaridade, de 1 a 3 anos de estudo (36.8%).

Continuando o procedimento de análise, a Tabela 3 expressa dados obtidos em relação às co-morbidades referidas pelos idosos pesquisados. Todos os homens (100%) e mais 80.3% das mulheres relataram co-morbidades.

Tabela 3: Presença de doenças crônico-degenerativas segundo sexo e idade, referidas pelos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do Jardim Silvano em Cambé/PR, no período de abril a novembro de 2007. (n = 351)

Doenças Crônicas	Homens						Mulheres						Total	
	60 a 69		70 a 79		≥ 80 anos		60 a 69		70 a 79		≥ 80 anos		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hipertensão Arterial	12	5.0	9	3.8	-	-	99	41.2	84	35.0	36	15.0	240	68.3
Artrite/Artrose	-	-	6	5.8	-	-	42	41.1	30	29.4	24	23.5	102	29.0
Diabetes mellitus	3	3.2	3	3.2	-	-	48	51.6	30	32.3	9	9.7	93	26.4
Cardiopatia	-	-	9	11.1	-	-	39	48.1	18	22.2	15	18.5	81	23.0
Má circulação	-	-	3	5.0	-	-	30	50.0	21	35.0	6	10.0	60	17.0
Outras doenças	3	11.1	3	11.1	-	-	6	22.2	15	55.6	-	-	27	7.6
Osteoporose	-	-	-	-	-	-	9	50.0	6	33.3	3	16.7	18	5.1
Obesidade	3	12.5	3	12.5	-	-	3	12.5	12	50.0	3	12.5	24	6.8
Bronquite	3	12.5	-	-	-	-	9	37.5	6	25.0	6	25.0	24	6.8
Anemia	-	-	-	-	-	-	12	50.0	6	25.0	6	25.0	24	6.8
Asma	-	-	-	-	-	-	12	80.0	3	20.0	-	-	15	4.2
AVE	-	-	3	20.0	-	-	6	40.0	6	40.0	-	-	15	4.2
IRC	-	-	-	-	-	-	15	100.0	-	-	-	-	15	4.2
Alzheimer	-	-	-	-	-	-	-	-	3	100.0	-	-	3	0.8
HIV	3	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	0.8
Parkinson	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	100.0	3	0.8

Segundo dados do IBGE de 1998, os principais problemas de saúde de idosos, de ambos os sexos, com mais de 60 anos são: doença da coluna, hipertensão arterial, artrite/reumatismo, doenças do coração, depressão, diabetes, bronquite, doença renal crônica, câncer, cirrose e tuberculose¹⁷.

A Hipertensão Arterial (HA) esteve presente como enfermidade crônica em 68.3% dos entrevistados e, deste percentual, 91.2% eram mulheres. É notório o predomínio de idosas jovens com diagnóstico de HA, com prevalência de 41.2% entre mulheres na faixa etária de 60-69 anos e 35.0% entre as de 70-79 anos. No estudo de Toscano (2004)¹⁸, a doença predominou em 55.9% das idosas pesquisadas.

Várias pesquisas consideram que as alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo vasculares, como consequência do processo de envelhecimento, figuram como relevantes fatores de risco para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial⁷. Com o envelhecimento, ocorre perda da elasticidade nos grandes vasos, propiciando maior prevalência de pressão arterial sistólica entre os idosos, um fator preditivo positivo para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares¹⁹.

Alternativamente, Alves et al. (2007)⁴ e Tavares et al. (2007)⁷ referem existir influência direta do climatério sobre a pressão arterial após os 60 anos de idade, colaborando com o aumento da pressão arterial nas mulheres idosas, o que sugere os hormônios ovarianos serem responsáveis, em parte, pela pressão arterial mais baixa em mulheres não menopausadas.

Quanto aos aspectos inerentes à prática de atividade física este estudo constatou que somente 29.1% dos idosos realizavam atividades físicas programadas, 27.4% fazem caminhadas regularmente. Costa, Porto e Soares (2003)²⁰, em um estudo sobre a população idosa brasileira, evidenciaram que a maioria dos idosos não realiza atividade física.

As pessoas sedentárias apresentam maior probabilidade de desenvolver hipertensão quando comparadas às pessoas fisicamente ativas, fato este comprovado também em idosos. O sedentarismo constitui o fator de risco mais prevalente em idosos com doença cardiovascular estabelecida²¹.

Segundo Nasri (2002)²², exercícios físicos de moderada intensidade são benéficos, incluindo redução da morbidade e mortalidade por doença coronariana, controle da pressão arterial, da glicemia, dos níveis plasmáticos de lipoproteínas e melhora do peso.

Acredita-se que a participação do idoso em programas de exercício físico regular poderá influenciar no processo de envelhecimento, com impacto sobre a qualidade e expectativa de vida, melhoria das funções orgânicas, garantia de maior independência pessoal e um efeito benéfico no controle, tratamento e prevenção de doenças como hipertensão arterial, diabetes mellitus, enfermidades cardíacas, entre outras²³.

Outro importante fator discutido por Tavares et al. (2007)⁷ é o baixo nível de escolaridade, o número aumentado de pessoas com renda igual ou inferior a um salário mínimo, o que propicia o desenvolvimento da hipertensão arterial,

pois interfere diretamente na assimilação das orientações necessárias ao tratamento.

Os indivíduos com inserção sócio-econômica desfavorável estão mais propensos à depressão e ao estresse crônico, causados pelas dificuldades cotidianas, aumentando os níveis de catecolaminas e, conseqüentemente, da frequência cardíaca e pressão arterial²⁰.

Em relação aos aspectos nutricionais dos idosos pesquisados, 56.4% não fazem nenhum tipo de restrição alimentar, inclusive de sódio. Segundo Alves et al. (2007)⁴, estudos com dietas restritas em sal mostram reduções significativas da pressão arterial, mesmo na necessidade de uso de medicação anti-hipertensiva.

No presente estudo a relação encontrada entre a Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes mellitus (DM) foi de 21.4% e de 19.7% para HA associada a cardiopatias e de DM associada a cardiopatias. Tais resultados são semelhantes a outros estudos, que comprovaram um risco maior de mortalidade em pacientes cardiopatas, por HA¹³.

De acordo com Toscano (2004)¹⁸, a HA é uma co-morbidade extremamente comum no diabético, representando um risco adicional a este grupo de pacientes para o desenvolvimento de complicações macrovasculares, como aquelas associadas à doença aterosclerótica.

A HA é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e complicações renais. As modificações cardíacas próprias da hipertensão arterial associam-se as alterações determinadas pela sobrecarga crônica e comprometimento da circulação coronariana²³.

Convém esclarecer que o conceito “doença única” não se aplica ao idoso, que apresenta a soma dos sinais e sintomas de uma ou mais doenças agudas, subagudas e crônicas. Assim, o desempenho funcional do idoso vai se deteriorando pouco a pouco, o que caracteriza maior fragilidade dos indivíduos com idade mais avançada. O declínio funcional decorrente do próprio processo de envelhecimento, aliado aos processos mórbidos acaba por limitar no idoso o desempenho de diversas atividades de sua vida diária²¹.

Outras co-morbidades relevantes entre os pesquisados foram: a artrose, a artrite e o reumatismo, presentes em 29% da população de estudo. Ressalta-se que destes, 41.1% dos casos se concentraram entre as idosas jovens.

Conforme Machado (2002)²⁴, a prevalência da artrose é de cerca de 50% em indivíduos de 60 anos ou mais e 85% nos idosos com 75 anos ou mais, dados estes que se assemelham ao presente estudo. Quanto à artrite sua ocorrência no país está em torno de 0.8%, sendo as mulheres mais propensas do que os homens, na proporção de três para um. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio^{25:17}, as artrites e o reumatismo estão entre as cinco doenças mais prevalentes entre idosos brasileiros.

Neste estudo, 26.4% das idosas pesquisadas referem diagnóstico de Diabetes mellitus (DM). Nos últimos anos, um grande número de estudos epidemiológicos avaliou a

incidência e prevalência de DM na população idosa. Embora esses estudos tenham tido variações quanto às metodologias utilizadas, todos demonstraram um aumento consistente da incidência e prevalência da doença no idoso²⁶.

Este é um fenômeno mundial. A prevalência de diabetes na população dos Estados Unidos da América com mais de 75 anos de idade é de 20%, entretanto, no Brasil é de 7,4%. Mas, na população com faixa etária entre 60 a 69 anos, é de 17,4%, o que representa 6,4 vezes mais do que a prevalência de DM na população mais jovem²⁷.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2003)²⁸, a diabetes é uma alteração metabólica associada à deficiência absoluta ou relativa de insulina. A expressão clínica é caracterizada por alterações metabólicas, complicação vascular e neuropática. O componente metabólico é composto não só pela hiperglicemia, como também por alterações no metabolismo de proteínas e lipídios.

Dentre os fatores de risco para diabetes destacam-se: a hipertensão arterial e a obesidade, os quais estão relacionados a fortes evidências de resistência à ação da insulina. A inatividade física, o estresse, fatores hereditários, proporção da circunferência da cintura e quadril, idade e índice de massa corporal influenciam diretamente no desenvolvimento de DM tipo 2, os quais podem ser prevenidos com o desenvolvimento de programas educativos¹⁸.

A elevação da glicemia com a idade é um fato reconhecido pela literatura mundial; entretanto, não foi proposto nenhum critério diagnóstico específico para o idoso. Porém, a DM do tipo 2 é certamente a mais comum entre os idosos; muitos desses pacientes foram diagnosticados aos 40-50 anos e envelheceram com a enfermidade²².

De acordo com Alves et al. (2007)⁴, vários são os estudos que demonstram diminuição da capacidade funcional entre idosos diabéticos indicando declínio funcional precoce. A ocorrência desta alteração foi duas vezes maior entre os idosos diabéticos comparados com os hipertensos.

É neste contexto que a denominada “avaliação funcional” torna-se essencial para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequado, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas. É um parâmetro que, associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a efetividade e a eficiência das intervenções propostas²⁷.

O cuidado integral com diabetes e suas complicações são um desafio para a equipe de saúde, especialmente no sentido de ajudar a pessoa a conviver com essa doença crônica, que requer mudanças de modo de viver, envolvendo a vida de seus familiares e amigos, na casa e na comunidade²⁰.

A diabetes mellitus entre os anos 1979 e 1988 foi à quarta causa de morte na população com 60 anos ou mais. Estudos com bases populacionais referem que 85% do contingente de idosos apresentam pelo menos uma enfermidade crônica e, cerca de 15% pelo menos cinco doenças. Destes 7 a 10%

apresentam formas graves de dependência funcional²⁶.

Neste estudo, as Cardiopatias tiveram uma prevalência de 23%, sendo a quarta doença mais referida pelos sujeitos pesquisados. No Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento realizado no município de São Paulo no ano de 2003, as respostas para os “problemas cardíacos” estiveram positivas em 19.5% entre os pesquisados, com prevalência entre idosos homens entre 60 a 74 anos, não observando diferença entre os sexos a partir dos 75 anos¹³.

Considerando o maior contingente feminino em nosso estudo, as cardiopatias prevaleceram entre o gênero feminino na faixa etária de 60 a 69 anos, seguida da faixa entre 70 a 79 anos, com 33.3% dos casos.

As complicações circulatórias foram referidas por 17% da população pesquisada, com predomínio de 50% entre mulheres de 60 a 69 anos. Miranda (2002)²⁹ relata a alta incidência e prevalência das doenças vasculares no idoso, sendo a aterosclerose a principal causa de lesões arteriais obstrutivas.

Atualmente, há consenso de que um comportamento saudável em relação ao estilo de vida deve começar precocemente, pois só assim será possível retardar ou evitar doenças e enfermidades que têm impedido muitas pessoas de chegar a uma idade avançada em bom estado de saúde³⁰.

5 Considerações Finais

A análise dos resultados encontrados neste estudo permitiu concluir que o perfil sócio-demográfico de um total de 351 idosos de ambos os sexos foi predominantemente de mulheres (91.5%) idosas jovens (faixa etária de 60-69 anos: 44.8%), da raça branca (67,5%). Em relação à situação conjugal, 52.1% são de idosos casados e 24.8% viúvos.

O elevado índice de analfabetismo (47.9%) e a baixa escolaridade representada por 01 a 03 anos de estudo (36.8%) dos sujeitos pesquisados, atualmente, ainda refletem o fato de que décadas atrás as dificuldades de acesso à educação, principalmente pelas mulheres, eram bem maiores que hoje.

Como principais fontes de renda desta população figuraram a aposentadoria (61.5%) e a pensão (17.1%), a maioria de 01 salário mínimo, ou seja, provém da Seguridade Social a renda prioritária para esta população.

Quanto aos indicadores de saúde, verificou-se 49,6% do grupo estudado percebem sua saúde como “regular” e “ruim”. A baixa escolaridade é um dos fatores que recebe destaque em diversos trabalhos pela correlação positiva com os relatos de dificuldade nas atividades de vida diária e baixa avaliação do estado de saúde.

A Hipertensão Arterial figura como a principal comorbidade presente na população idosa em estudo (68.3%) e destaca-se ainda entre as idosas jovens (41.2%). A associação entre hipertensão e diabetes foi de 21.4%, e entre hipertensão e cardiopatias foi de 19.7%.

Igualmente destacaram-se outras doenças crônico-degenerativas como artrite/artrose (29.0%), diabetes (26%),

cardiopatas (23%), seguido das complicações circulatórias.

Pode-se dizer que é preocupante a avaliação do estado de saúde acometendo a população idosa, provavelmente influenciada pelo gênero, escolaridade e condição econômica, bem como constatar a presença de três ou mais doenças crônicas, não sendo desprezível o percentual de algumas enfermidades em especial, fatos estes, que possivelmente levará a um aumento na demanda assistencial.

Essa realidade deve alertar os planejadores de saúde, a fim de ser adequada a oferta de serviços à demanda representada pelos idosos de hoje e os que virão.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. *Censo demográfico de 2000: dados preliminares*. 2000. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br>.
2. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma constituição demográfica. In: Freitas EV, Py, L, Neri AL, Cançado FAXC, Gorzoni ML, Doll J. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 57-58.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Subsecretaria de Direitos Humanos. *Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007 ago;23(8):1924-30.
5. Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAXC, Gorzoni ML, Doll J. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 72-84.
6. Andrade SM, Soares DA, Cordoni Junior L. *Bases da saúde coletiva*. Londrina: Eduel; 2001.
7. Tavares DMS, Rodrigues FR, Silva CGC, Miranzi SSC. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. *Cienc Saude Colet*, 2007;12(5). Disponível em: URL: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde*. Brasília: OPAS/MS; 2005.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. Andrade OG, Marcon SS, Silva DMP. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. *Rev Gaúcha Enferm* 1997;18(2):123-32.
11. Rampazzo L. *Metodologia científica para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação*. São Paulo: Loyola; 2002.
12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos: resolução nº 196/96. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 282-5, 16 out. 1996.
13. Lebrão ML, Duarte YAO. *O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS/MS; 2003.
14. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. *Epidemiologia & saúde*. 5th ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
15. Siqueira RL, Botelho M, Coelho FMG. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Cienc Saude Colet* 2002;7(4):899-906.
16. Montenegro SMRS, Silva CAB. Os efeitos de um programa de fisioterapia como promotor de saúde na capacidade funcional de mulheres idosas institucionalizadas. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2007;10(2). Disponível em: URL: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php>.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. *Pesquisa nacional por amostra de domicílio (PNAD)*. 2003. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br>.
18. Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Cienc Saude Colet* 2004;9(4):885-95.
19. Freitas EV, Py, L, Neri AL, Cançado FAXC, Gorzoni ML, Doll J. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
20. Costa EFA, Porto CC, Soares AT. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. *Revista da UFG* 2003;5(2):165-97.
21. Freitas EV, Miranda RD, Nery MR. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: Freitas EV, Py, L, Neri AL, Cançado FAXC, Gorzoni ML, Doll J. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 609-17.
22. Nasri F. Diabetes mellitus. In: Freitas EV, Py, L, Neri AL, Cançado FAXC, Gorzoni ML, Doll J. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 496-501.
23. Ramos LR, Perracini MR, Rosa ET, Kalache A. Significance and management of disability among urban elderly resident in Brazil. *J Cross Cultural Gerontol* 1993;8:313-23.
24. Machado CM. Osteoartrose e artrite reumatóide. In: Freitas EV, Py, L, Neri AL, Cançado FAXC, Gorzoni ML, Doll J. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 536-47.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. *Pesquisa nacional por amostra de domicílio (PNAD)*. 1998. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br>.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Caderno de Atenção Básica, n. 16: diabetes mellitus e hipertensão arterial*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
28. Sociedade Brasileira de Diabetes. *Consenso brasileiro sobre diabetes: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito tipo 2*. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2003.
29. Miranda RD. Doença vascular periférica no idoso. In: Freitas EV, Py, L, Neri AL, Cançado FAXC, Gorzoni ML, Doll J. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 316-24.
30. Pedrosa HC, Nery ES, Sena FV, Novaes C, Feldkircher TC, Dias MSO et al. O desafio do projeto salvando o pé-diabético. Terapêutica em Diabetes. *Boletim do Centro BD* 1998;19:1-10.