

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS RESIDENTES EM ÁREA RURAL DE PELOTAS

DENISE SOMAVILA PRZYLYNSKI CASTRO¹; MARCOS AURELIO LEMOES
MATOS²; JANAÍNA AMORIM DE AVILA³; LETICIA PILOTTO CASAGRANDA⁴,
PATRÍCIA MIRAPALHETA PEREIRA DE LLANO⁵; CELMIRA LANGE⁶

¹Doutoranda Programa de Pós Graduação Enfermagem – UFPEL – deprizi@gmail.com

²Doutorando Programa de Pós Graduação enfermagem- Bolsista CAPES- Demanda Social-
UFPEL – enf.lemoes@gmail.com

³Doutoranda Programa de Pós Graduação Enfermagem - UPEL-
janainaamorin23@hotmail.com

⁴Doutoranda Programa de Pós Graduação Enfermagem – UFPEL –
cissapc@yahoo.com.br

⁵Doutora pelo Programa de Pós Graduação Enfermagem – UFPEL -
pati_llano@yahoo.com.br

⁶Docente Programa de Pós Graduação enfermagem-UFPEL- Orientadora-
celmira_lange@terra.com.br

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são o principal motivo de mortalidade e incapacidade prematura na maioria dos países. Isto se dá, pela mudança no padrão da mortalidade, que no século passado eram as doenças infecciosas que mais levavam a óbito, enquanto nos dias de hoje, com as melhores condições socio-econômicas, a mortalidade se dá principalmente em consequência das DCNT. Essa mudança no padrão de mortalidade é chamada de transição epidemiológica (OPAS, 2016).

Juntamente com a transição epidemiológica, vêm a transição demográfica, que é resultado da queda da fecundidade e mortalidade com o aumento da expectativa de vida. O aumento na expectativa de vida no Brasil reflete diretamente no crescimento da população idosa. Assim, a cada ano que passa, aumenta muito o número de idosos no Brasil, e espera-se que para 2050 mais de 2 bilhões de pessoas com sessenta anos e mais (BRASIL, 2006).

Com o envelhecimento da população, os problemas de saúde enfrentados pela população idosa desafiam e sobrecarregam os modelos tradicionais de cuidado, trazendo à tona a necessidade da ampliação de ações que promovam a manutenção da independência e da autonomia através da promoção e educação em saúde (VERAS, CALDAS, CORDEIRO, 2013; VERAS, 2009).

A promoção da saúde é a estratégia principal que pode levar a uma diminuição das limitações funcionais e melhorar a qualidade de vida da população idosa, visto que a expectativa de vida no Brasil cresceu nas últimas duas décadas 12,4 anos, passando de 62,5 em 1980 para 74,9 em 2013. Portanto, é imprescindível investir neste contingente populacional antes que as limitações funcionais e doenças crônicas apareçam (IBGE, 2015). Desse modo, o estudo tem como objetivo identificar a prevalência de DCNT em idosos residentes em área rural.

2. METODOLOGIA

O estudo compõe a pesquisa Prevalência e fatores associados à síndrome da fragilidade na população idosa. Estudo de abordagem quantitativa, delineamento transversal, analítico, com idosos de 60 anos e mais cadastrados em UBS-ESF da zona rural da cidade de Pelotas.

Para o levantamento dos participantes do estudo foi realizado um sorteio prévio dos prontuários das UBS-ESF que possuíam idosos na residência, todos os idosos da residência contemplada no sorteio foram convidados a participar do estudo.

As entrevistas foram realizadas por voluntários acadêmicos de enfermagem, mestrandas e doutorandas do PPGEnf/UFPEl previamente capacitados. A coleta de dados ocorreu no período de julho a outubro de 2014, e teve como amostra, 820 idosos de ambos os sexos. Foi utilizado instrumento com questões relativas as variáveis sociodemográficas, socioeconômicas, questões referentes a queda em idosos, capacidade funcional, doenças crônicas não transmissíveis e medidas preventivas para os diferentes tipos de câncer, adotadas pelos idosos. Neste estudo foram analisados as questões referentes a DCNT e os principais fatores de risco para ocorrência de DCNT.

A digitação dos dados, ocorreu na forma de dupla entrada por digitadores independentes no software epi info 6.04 e após transferida para o STATA 11.1. As análises foram realizadas no software STATA. Esta pesquisa observou a Resolução 446/2012, que trata sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto teve parecer positivo por meio do número 649.802, de 19 de maio de 2014.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo compreendeu 820 idosos residentes em área rural com abrangência da Estratégia de Saúde da Família. A maioria dos idosos era do sexo feminino (56,1%), tinham idade entre 60 – 69 anos (55%), predominantemente de cor auto declarada branca (90,3%). A grande maioria frequentou a escola (87,2%), e destes 64,3% frequentaram a escola de 1 a 4 anos. Com relação a aposentadoria, a grande maioria eram aposentados (91,8%), e destes aposentados ainda trabalhavam 35,5%. Mais de 80% dos entrevistados tinham como renda de 1 a 2 salários mínimos.

Em relação aos hábitos comportamentais relacionados ao aparecimento/agravamento das DCNT, 10,5% dos idosos rurais entrevistados têm o hábito de fumar, e destes, a grande maioria são do sexo masculino. A ingestão de bebida alcoólica, representou 33,9%, e mais uma vez, predominantemente no sexo masculino. Em relação ao Índice de Massa Corpórea, 46,3% foram considerados acima do peso.

Tabela 1. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos residentes em área rural segundo o sexo. Pelotas. 2014.

Variável	Amostra total % (n)	Sexo masculino	Sexo feminino	Valor de p*
Diabetes				p= 0,015
Não	83,0 (681)	86,7 (312)	80,2 (369)	
Sim	17,0 (139)	13,3 (48)	19,8 (91)	
Hipertensão				p< 0,001
Não	34,1 (280)	41,9 (151)	28,0 (129)	
Sim	65,8 (540)	58,0 (209)	72,0 (331)	

**Doenças
respiratórias**

p= 0,457

Não	88,2 (723)	87,2 (314)	88,9 (409)
Sim	11,8 (97)	12,8 (46)	11,1 (51)

Câncer atual

p= 0,311

Não	97,6 (800)	96,9 (349)	98,0 (451)
Sim	2,4 (20)	3,1 (11)	2,0 (9)

Em estudo realizado por Santos et al (2013), com idosos rurais e urbanos em uma cidade do interior de Minas Gerais, 104 idosos declararam ser diabéticos de uma amostra de 850 idosos, ainda neste estudo, a prevalência do diabetes foi maior no sexo feminino, resultado semelhante ao encontrado no presente estudo. O diabetes melittus é considerado uma condição sensível à atenção primária, e quando bem manejado evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (Alfradique, 2009).

A hipertensão arterial sistêmica é a doença cardiovascular mais frequente, e também o principal fator de risco para complicações como acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio (IAM) (BRASIL, 2006). Mendes, Moraes e Gomes (2014), realizaram um estudo ecológico, descritivo e quantitativo, com dados coletados do DATASUS do período de 2006 a 2010, referente a prevalência de hipertensão arterial em idosos. Neste estudo foi considerado idoso, a pessoa com 65 anos ou mais. A região sul do Brasil teve como prevalência da doença em idosos no ano de 2006 de 55% e no ano de 2010 de 59,1%, e em todos os anos a prevalência foi maior no sexo feminino (Mendes, Moraes e Gomes, 2014).

As doenças respiratórias crônicas afetam mais de 500 milhões de pessoas que vivem em países em desenvolvimento, e sua prevalência está aumentando, principalmente entre crianças e idosos (BRASIL, 2010).

O câncer é uma DCNT de grande impacto, e sua estimativa para os próximos dois anos é de 600 mil novos casos de câncer (INCA, 2015). Um dos fatores de risco para o aparecimento do câncer é o próprio envelhecimento, pois com o envelhecimento ocorrem mudanças nas células as quais ficam mais propensas às alterações de DNA. Isso ocorre pelo fato de que os idosos foram mais expostos aos fatores de risco (INCA, 2013).

4. CONCLUSÕES

Conclui-se que os idosos residentes em área rural participantes do estudo apresentam prevalências de DCNT semelhantes da população em geral, comprovando a urgência em ações que diminuam a ocorrência das DCNT e melhorem a qualidade de vida destes idosos. As idosas apresentaram uma prevalência maior e estatisticamente significativa nas doenças crônicas diabetes e hipertensão, dado este que traz aos profissionais de saúde uma maior responsabilidade em promover educação em saúde para estas pessoas.

Para que haja uma diminuição na ocorrência das DCNT em idosos, é primordial o investimento em ações que combatam os fatores de risco para as DCNT, e isto só é possível com o engajamento de profissionais capacitados para o encorajamento da promoção da saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE, M.E et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, 192 p. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas, 160p, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde, 58p, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus, 160p, 2013.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.
<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2773> Acesso 29 de julho de 2016.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CANCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil, Rio de Janeiro, 122 p, 2015.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CANCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA. O câncer e seus fatores de risco: o que a educação pode evitar? 2ª edição. Rio de Janeiro, 54 p, 2013.

MENDES, G.S., MORAES, C.F., GOMES, L. Prevalência de pressão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v.32, n 9, p. 273 – 278, 2014.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN - AMERICANA DA SAÚDE
(http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=569:-conceito&catid=901:bra-03-a-doencas-nao-transmissiveis&Itemid=539). Acesso em 29 de julho de 2016.

VERAS, R.P., CALDAS, C.P., CORDEIRO, H.A., Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. v. 4, n.23, p. 1189 – 1213, 2013.

VERAS, R.P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad. Saúde Pública**. v.10, n 28, p. 1834 – 1840, 2012.