

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

RENATA LAÍS DA SILVA NASCIMENTO

**PREVALÊNCIA DE DOENÇAS ASSOCIADAS AO ENVELHECIMENTO NA
POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE CUITÉ - PB**

CUITÉ – PB
2014

Renata Laís da Silva Nascimento

**PREVALÊNCIA DE DOENÇAS ASSOCIADAS AO ENVELHECIMENTO NA
POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE CUITÉ - PB**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof.Mst. Matheus Figueiredo Nogueira

CUITÉ – PB
2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

N244p Nascimento, Renata Lais da Silva.

Prevalência de doenças associadas ao envelhecimento na população idosa do município de Cuité - PB. / Renata Lais da Silva Nascimento. – Cuité: CES, 2014.

100 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientador: Matheus Figueiredo Nogueira.

1. Envelhecimento. 2. Idosos - doença. 3. Idosos -
doenças - envelhecimento. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 544.527.23

Renata Laís da Silva Nascimento

**PREVALÊNCIA DE DOENÇAS ASSOCIADAS AO ENVELHECIMENTO NA
POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE CUITÉ - PB**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Banca examinadora:

Prof. Mst. Matheus Figueiredo Nogueira
Orientador – UFCG

Prof^ª. Ms. Isolda Maria Barros Torquato
Membro Examinador – UFCG

Prof^ª. Ms. Glenda Agra
Membro Examinador – UFCG

CUITÉ-PB, 2014.

Aos meus familiares, esposo e amigos, por todo incentivo, amor e carinho ofertados incondicionalmente durante esta trajetória.

DEDICO

AGRADECIMENTOS

Inicialmente a Deus, por me conceder forças e fé para sempre seguir em frente e nunca desistir de buscar os meus objetivos e por sempre me acolher, sempre me oferecendo alento.

Ao querido Orientador, Prof. Matheus Figueiredo Nogueira. Muito obrigado pelos infinitos ensinamentos repassados, pela confiança depositada, pela compreensão, disposição e, acima de tudo, por sempre acreditar na capacidade de cada aluno, não medindo esforços para contribuir na formação de excelentes profissionais.

Aos meus pais, Naudienne e Everaldo e minha Avó, Josimar. Obrigado pelo infinito apoio em todas as fases da minha vida, exclusivamente nesta trajetória tão importante. Obrigada por sempre me apoiarem, sempre acreditarem no meu potencial e sempre estarem presentes quando mais precisei.

Ao meu esposo, Hebert Maia, pelo mais puro amor que faz com que eu tenha ânimo para acordar todos os dias e seguir em frente rumo à concretização dos meus sonhos. Muito obrigado por ser meu fiel marido, amigo, namorado, amante e, sobretudo, meu grande companheiro.

Aos meus irmãos Lucas e Priscilla. Me faltam palavras para expressar o quanto vocês se fizeram importantes nesta etapa da minha vida. Obrigada pela amizade, amor, pelos momentos de descontração e, principalmente, por todo o apoio que me foi dado.

Às minhas queridas amigas de infância, Mariama, Isis, Iraizi e Milka pela amizade sincera, que me dá forças para enfrentar os diversos obstáculos sobrepostos na vida. Muito obrigado por sempre oferecerem um ombro amigo nas horas em que mais precisei e entenderem minhas ausências.

Ao amigo, orientador e professor, José Justino por ser um exemplo de humildade, dignidade e caráter. Obrigado pelos ensinamentos, amizade, disposição e grande apoio enquanto professor e amigo.

Às amigas do Curso de Bacharelado em Enfermagem, Nathália e Gabrielly. Meus agradecimentos pela amizade que foi concretizada em torno de pouco tempo, mas o suficiente para que eu leve para toda vida.

Aos professores da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, que muito contribuíram para minha formação pessoal e acadêmica, especialmente aos membros da banca examinadora, que dispuseram-se à contribuir para efetivação deste trabalho.

Aos idosos que me receberam com tamanho entusiasmo em suas casas e se dispuseram a participar. Obrigado por partilharem dessa experiência e por dividirem comigo diversas particularidades de suas vidas.

*Nunca considere o estudo como um dever, senão
como uma oportunidade para penetrar no
maravilhoso mundo do saber.*

Albert Einstein

RESUMO

A população idosa vem adquirindo proporções cada vez maiores e o processo de envelhecimento pode ser marcado por diversas alterações biopsicossociais que provocam doenças cuja etiologia tem relação com o avançar da idade. Considerando a necessidade de conhecer as doenças relacionadas a este processo, pois é nítido o quanto o envelhecimento permanece, ainda, como um dos pontos mais complexos e críticos para a ciência, objetivou-se nesta pesquisa identificar a prevalência de doenças associadas ao envelhecimento na população idosa de Cuité – PB. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, sendo constituída por 131 idosos. Os dados foram coletados através de um questionário envolvendo itens socioeconômicos, fatores de risco e lista de doenças associadas ao envelhecimento. Os resultados foram analisados com base na estatística descritiva e inferencial, sendo o teste de qui-quadrado utilizado para verificar a associação entre variáveis categóricas. Os resultados demonstram maior prevalência de idosos com faixa etária entre 60 a 69 anos, sexo feminino, relação conjugal estável, baixa ou nenhuma escolaridade e com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Quanto à exposição aos fatores de risco, a maior parte não fuma, não consome bebida alcoólica, é sedentária, eutrófica e com baixo nível de estresse. Quanto às doenças mais prevalentes, destacam-se a Hipertensão Arterial (65,60%); osteoporose (37,40%); osteoartrite (34,40%); constipação (22,90%); doença hemorroidária (21,40%); e diabetes mellitus (19,80%). Na associação entre fatores de risco comportamentais e as doenças, houve significância estatística entre estresse e HAS (p-valor=0,015), IMC e IC (p-valor=0,000), tabagismo e diabetes (p-valor=0,059), atividade física e osteoporose (p-valor=0,009) e entre IMC e colelitíase (p-valor=0,031). Assim, explicita-se a necessidade de implementação de um modelo assistencial que assegure a integralidade da atenção, com ênfase na busca pela eliminação dos fatores de risco para as doenças detectadas e na promoção da saúde durante todo o curso de vida como meio de minimizar o risco de adoecimento quando na velhice.

Descritores: Doenças. Envelhecimento. Idosos.

ABSTRACT

The elderly population has been acquiring ever greater proportions and the aging process is marked by several biopsychosocial changes which cause diseases whose etiology is related to advancing age. Considering the need to know the diseases linked to this process, after all it is clear how much the aging still remains as one of the most complex and critical points for science, this study aimed to identify the prevalence of diseases associated with aging in the elderly population of Cuité - PB. This is an exploratory and descriptive study with a quantitative approach and the sample consisted of 131 elderly. The data were collected via a questionnaire regarding socioeconomic items, risk factors and a list of diseases associated with aging. With the results being analyzed based on descriptive and inferential statistics, the chi-square test was used to check the association between categorical variables. The results demonstrate higher prevalence of females, aged between 60-69 years, a low or no education, married and with a family income 1-2 minimum wages. Regarding exposure to risk factors, the majority does not smoke, does not consume alcohol, is sedentary, eutrophic with low stress level. As for the most prevalent diseases, stand out-Arterial Hypertension (65.60%), osteoporosis (37.40%), osteoarthritis (34.40%), constipation (22.90%); hemorrhoidal disease (21.40%) and diabetes mellitus (19.80%). In the association between behavioral risk factors and diseases, statistical significance was found between stress and hypertension ($p = 0.015$), BMI and CI (p -value = 0.000), smoking and diabetes ($p = 0.059$), physical activity and osteoporosis (p -value = 0.009) and between BMI and cholelithiasis (p -value = 0.031). Thus, the necessity of implementing a healthcare model to ensure comprehensive care is explained with emphasis on the search for the elimination of risk factors for detected diseases and promoting health throughout the life course as a means of minimizing the risk of illness when in old age.

Descriptors: Diseases. Aging.Elderly.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Perfil sociodemográfico de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família, Cuité – PB (n=131) 50
- Tabela 2** - Variáveis comportamentais de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família, Cuité – PB (n=131) 56
- Tabela 3** - Associação entre fatores comportamentais com doenças autorreferidas por idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família, Cuité – PB (n=131) ... 69

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Gráfico 1** - Doenças autorreferidas por idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família, Cuité – PB (n=131) 60
- Gráfico 2** - Doenças e tratamento autorreferidos por idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família, Cuité – PB (n=131) 67

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Objetivos	17
1.1.1	Objetivo Geral	17
1.1.2	Objetivos Específicos	17
2	HIPÓTESES	18
3	REVISÃO DA LITERATURA	27
3.1	Processo de envelhecimento	28
3.2	Epidemiologia do envelhecimento e a promoção da saúde do idoso	32
3.3	Doenças associadas ao envelhecimento	34
4	METODOLOGIA	43
4.1	Tipo de Estudo	44
4.2	Local do Estudo	44
4.3	População e Amostra	44
4.4	Instrumento de Coleta de Dados	45
4.5	Procedimentos de Coleta de Dados	46
4.6	Análise dos Dados	46
4.7	Aspectos Éticos	47
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
5.1	Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes da pesquisa ...	50
5.2	Apresentação dos dados relativos ao estilo de vida	55
5.3	Dados relacionados à prevalência de doenças associadas ao envelhecimento e à adesão ao tratamento	60
5.4	Dados relacionados à associação de fatores comportamentais com as doenças autorreferidas	69
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
	REFERÊNCIAS	77
	APÊNDICES	
	Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
	Apêndice B – Questionário socioeconômico e demográfico	
	Apêndice C – Termo de Autorização Institucional	
	ANEXO	
	Certidão de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	

1 Introdução

O envelhecimento é um processo natural e irreversível e a população de idosos vem crescendo consideravelmente nas últimas décadas. Segundo Freitas et al., (2011), o limite da idade entre a pessoa adulta e o idoso é 65 anos para as nações desenvolvidas e 60 anos para os países em desenvolvimento. Esse critério cronológico é adotado na maioria das instituições que procuram dar ao idoso atenção à saúde física, psicológica e social. Sob alguns aspectos, principalmente legais, no entanto, o limite é de 65 anos também no Brasil.

Não existe uma definição universal para “idoso” nem um marcador preciso para envelhecimento. Embora mudanças psicológicas ligadas ao envelhecimento não apareçam em uma idade específica e não progridam na mesma velocidade em todos os indivíduos, a maioria das definições de idoso é baseada em idades cronológicas. A Organização Mundial de Saúde usa a idade de 60 anos para definir “idoso”, enquanto a maioria das classificações americanas usa a idade de 65 anos. Os gerontologistas subclassificam os grupos etários em *idosos jovens* (64-74 anos), *idosos idosos* (75-85 anos) e *muito idosos* (> 85 anos de idade). Os clínicos geralmente classificam os idosos em dois subgrupos – os de 65 a 80 anos de idade e os de mais de 80 anos de idade – para destacar a fragilidade, a reduzida capacidade (física e mental) e a presença de distúrbios múltiplos que são mais comuns após os 80 anos de idade. (SCHWARTZ; ZIPES, 2010)

No Brasil atualmente existem cerca de 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população. Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população aumentará em cinco (BRASIL, 2010).

Levando em consideração o crescente aumento da população idosa no Brasil, emerge a necessidade de analisar com mais profundidade as consequências decorrentes deste processo, pois é nítido o quanto o processo de envelhecimento permanece, ainda, como um dos pontos mais complexos, obscuros e críticos para a ciência. Em contraponto, evidências científicas revelam que o processo de envelhecimento é, em sua essência, multifatorial e depende da programação genética e das alterações que ocorrem em nível celular e molecular, resultando em sua aceleração ou desaceleração, o que reflete na redução de massa celular ativa, diminuição da capacidade funcional das áreas afetadas e sobrecarrega em menor ou maior grau dos mecanismos de controle homeostático (FREITAS et al., 2011).

No cenário estatístico, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) revelam que além das modificações populacionais, o Brasil tem demonstrado uma transição epidemiológica, com importantes modificações no quadro de morbimortalidade. As

doenças infecto-contagiosas, que representavam 40% das mortes registradas no País em 1950, hodiernamente são responsáveis por menos de 10%. Já com as doenças cardiovasculares aconteceu o oposto: em 1950, eram causa de 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40%. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades próprias das faixas etárias mais avançadas. Outro dado relevante é que em 2003, 29,9% da população passou a ser portadora de pelo menos uma doença crônica, as quais crescem em condições extraordinárias com o avanço da idade. Ademais, dos idosos acometidos por quaisquer doenças crônicas, a grande maioria possui mais de uma.

Schwartz e Zipes (2010) afirma que as doenças do aparelho cardiovascular configuram-se como diagnóstico mais frequente em pessoas idosas e são a causa principal de morte tanto em homens quanto em mulheres com mais de 65 anos. Em seguida, vêm tumores e doenças do aparelho respiratório.

De acordo com dados do Portal Brasil em estudo publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) sobre Morbidade Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) – por local e residência no Brasil, idosos de 60 a 80 anos apresentam maior prevalência de doenças do sistema circulatório, seguido de doenças do aparelho respiratório, digestivo e neoplasias benignas ou malignas. As doenças infecciosas ou parasitárias ocupam o quinto lugar na classificação, sendo seguidas de doenças do aparelho geniturinário, lesões com causas externas, doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas, doenças da pele e tecido subcutâneo, doenças do sistema nervoso e distúrbios sanguíneos.

O envelhecimento fisiológico leva a uma disfunção cardíaca que está associada ao surgimento e ao agravamento de doenças cardiovasculares e a um maior risco de morte (TREVIZANI; BENCHIMOL-BARBOSA; NADAL, 2012). Dentre esses distúrbios, destacam-se a Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Doença Arterial Coronariana (DAC), Acidente Vascular Encefálico (AVE), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e as arritmias (ROACH, 2003). No que diz respeito ao aparelho respiratório, Tarantino (2008) aponta que a sua função se torna reduzida com o avanço da idade e a exposição a fatores de risco é mais prolongada na pessoa idosa, favorecendo o surgimento de diversos agravos, como a doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonia, asma e insuficiência respiratória aguda. O aparelho digestório do idoso, por sua vez, apresenta alterações estruturais, de motilidade e da função secretora, sendo as alterações mais comuns deste aparelho: a cirrose hepática, a constipação, a gastrite, a colelitíase, a pancreatite aguda e hemorroidas (CAVALLI et al., 2011).

Quanto aos distúrbios metabólicos e hormonais, o diabetes mellitus apresenta-se como a patologia mais comum, tratando-se de uma doença metabólica com altos índices de morbimortalidade em idosos (BRASIL, 2010). Em se tratando do envelhecimento cerebral, ocorre de maneira espontânea e leva a algumas alterações fisiológicas, no entanto, a senilidade ocorre quando esses danos são em maior intensidade, levando a patologias comuns ao idoso, como é o caso da doença de Alzheimer, Parkinsonismo, doenças cerebrovasculares, confusão mental e demências (MORAES; MORAES; LIMA, 2010). Fachine e Trompieri (2012) afirmam que modificações no sistema musculoesquelético também são evidentes com o envelhecimento, devido à diminuição no comprimento, elasticidade e o número de fibras, à diminuição da massa de tendões e ligamentos e a viscosidade dos líquidos sinoviais. A osteoporose, osteoartrose e a artrite reumatoide são as principais doenças osteoarticulares que acometem o idoso.

Partindo desses pressupostos, é inegável que o envelhecimento é um processo universal e que pode vir acompanhado de diversas condições clínicas relacionadas aos sistemas biológicos do organismo. Como destacam Fachine e Trompieri (2012), a velhice é caracterizada como a fase final do ciclo da vida, vulnerabilizando o idoso a manifestações físicas, psicológicas, sociais e debilitantes, dos quais se destacam a diminuição da capacidade funcional, prejuízos psicológicos, motores e biológicos.

Tendo como base a vulnerabilidade biopsicossocial deste segmento populacional, considera-se de extrema importância a realização de um estudo que possibilite o conhecimento da prevalência das doenças associadas ao envelhecimento em municípios de pequeno porte, como por exemplo, Cuité, geograficamente localizada na microrregião do Curimataú Ocidental do estado da Paraíba. Com a realização deste estudo, muitos benefícios poderão ser obtidos a partir dos resultados encontrados, sobretudo no âmbito da saúde coletiva, pois desta forma poderão ser elaboradas estratégias, políticas e programas de atenção integral à saúde da pessoa idosa, objetivando o estímulo à promoção da saúde bem como a prevenção destas doenças.

A iniciativa de realizar esse estudo surgiu a partir da curiosidade em identificar quais doenças são mais prevalentes na velhice, bem como a afinidade pelas áreas da saúde do idoso e da clínica-médica, vivenciadas a partir de atividades teórico-práticas no âmbito acadêmico e extracurricular. Durante essas atividades foi possível conhecer melhor a população idosa e suas particularidades. Considerando esse cenário de vivências, surgiu o seguinte questionamento: quais são as doenças que mais prevalecem na população idosa residente no

município de Cuité – PB? Com base nesta interrogativa, o presente estudo buscará alcançar os objetivos descritos adiante.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

- Investigar a prevalência das doenças associadas ao envelhecimento na população idosa do município de Cuité – PB.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características socioeconômicas e demográficas da população idosa estudada;
- Averiguar a associação existente entre a exposição a fatores de risco comportamentais e a prevalência de doenças associadas ao envelhecimento;
- Verificar a adesão ao tratamento das doenças associadas ao envelhecimento identificadas nos idosos participantes do estudo.

2 Hipóteses

H_0 = Não há associação entre tabagismo e HAS;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e HAS;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e HAS;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e HAS;

H_0 = Não há associação entre atividade física e HAS;
 H_1 = Há associação entre atividade física e HAS;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e HAS;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e HAS;

H_0 = Não há associação entre IMC e HAS;
 H_1 = Há associação entre IMC e HAS;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e osteoporose;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e osteoporose;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e osteoporose;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e osteoporose;

H_0 = Não há associação entre atividade física e osteoporose;
 H_1 = Há associação entre atividade física e osteoporose;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e osteoporose;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e osteoporose;

H_0 = Não há associação entre IMC e osteoporose;
 H_1 = Há associação entre IMC e osteoporose;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e osteoartrite;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e osteoartrite;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e osteoartrite;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e osteoartrite;

H_0 = Não há associação entre atividade física e osteoartrite;
 H_1 = Há associação entre atividade física e osteoartrite;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e osteoartrite;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e osteoartrite;

H_0 = Não há associação entre IMC e osteoartrite;
 H_1 = Há associação entre IMC e osteoartrite;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e constipação;

H_1 = Há associação entre tabagismo e constipação;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e constipação;

H_1 = Há associação entre consumo de álcool e constipação;

H_0 = Não há associação entre atividade física e constipação;

H_1 = Há associação entre atividade física e constipação;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e constipação;

H_1 = Há associação entre nível de estresse e constipação;

H_0 = Não há associação entre IMC e constipação;

H_1 = Há associação entre IMC e osteoporose;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e doença hemorroidária;

H_1 = Há associação entre tabagismo e doença hemorroidária;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e doença hemorroidária;

H_1 = Há associação entre consumo de álcool e doença hemorroidária;

H_0 = Não há associação entre atividade física e doença hemorroidária;

H_1 = Há associação entre atividade física e doença hemorroidária;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e doença hemorroidária;

H_1 = Há associação entre nível de estresse e doença hemorroidária;

H_0 = Não há associação entre IMC e doença hemorroidária;

H_1 = Há associação entre IMC e doença hemorroidária;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e diabetes mellitus;

H_1 = Há associação entre tabagismo e diabetes mellitus;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e diabetes mellitus;

H_1 = Há associação entre consumo de álcool e diabetes mellitus;

H_0 = Não há associação entre atividade física e diabetes mellitus;

H_1 = Há associação entre atividade física e diabetes mellitus;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e diabetes mellitus;

H_1 = Há associação entre nível de estresse e diabetes mellitus;

H_0 = Não há associação entre IMC e doença hemorroidária;

H_1 = Há associação entre IMC e diabetes mellitus;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e gastrite;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e gastrite;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e gastrite;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e gastrite;

H_0 = Não há associação entre atividade física e gastrite;
 H_1 = Há associação entre atividade física e gastrite;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e gastrite;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e gastrite;

H_0 = Não há associação entre IMC e gastrite;
 H_1 = Há associação entre IMC e gastrite;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e doença arterial coronariana;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e doença arterial coronariana;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e doença arterial coronariana;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e doença arterial coronariana;

H_0 = Não há associação entre atividade física e doença arterial coronariana;
 H_1 = Há associação entre atividade física e doença arterial coronariana;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e doença arterial coronariana;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e doença arterial coronariana;

H_0 = Não há associação entre IMC e doença arterial coronariana;
 H_1 = Há associação entre IMC e doença arterial coronariana;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e colelitíase;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e colelitíase;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e colelitíase;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e colelitíase;

H_0 = Não há associação entre atividade física e colelitíase;
 H_1 = Há associação entre atividade física e colelitíase;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e colelitíase;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e colelitíase;

H_0 = Não há associação entre IMC e colelitíase;
 H_1 = Há associação entre IMC e colelitíase;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e artrite reumatóide;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e artrite reumatóide;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e artrite reumatóide;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e artrite reumatóide;

H_0 = Não há associação entre atividade física e artrite reumatóide;
 H_1 = Há associação entre atividade física e artrite reumatóide;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e artrite reumatóide;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e artrite reumatóide;

H_0 = Não há associação entre IMC e artrite reumatóide;
 H_1 = Há associação entre IMC e artrite reumatóide;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e AVE;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e AVE;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e AVE;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e AVE;

H_0 = Não há associação entre atividade física e AVE;
 H_1 = Há associação entre atividade física e AVE;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e AVE;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e AVE;

H_0 = Não há associação entre IMC e AVE;
 H_1 = Há associação entre IMC e AVE;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e disritmia cardíaca;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e disritmia cardíaca;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e disritmia cardíaca;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e disritmia cardíaca;

H_0 = Não há associação entre atividade física e disritmia cardíaca;
 H_1 = Há associação entre atividade física e disritmia cardíaca;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e disritmia cardíaca;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e disritmia cardíaca;

H_0 = Não há associação entre IMC e disritmia cardíaca;
 H_1 = Há associação entre IMC e disritmia cardíaca;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e insuficiência cardíaca;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e insuficiência cardíaca;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e insuficiência cardíaca;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e insuficiência cardíaca;

H_0 = Não há associação entre atividade física e insuficiência cardíaca;
 H_1 = Há associação entre atividade física e insuficiência cardíaca;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e insuficiência cardíaca;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e insuficiência cardíaca;

H_0 = Não há associação entre IMC e insuficiência cardíaca;
 H_1 = Há associação entre IMC e insuficiência cardíaca;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e Alzheimer;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e Alzheimer;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e Alzheimer;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e Alzheimer;

H_0 = Não há associação entre atividade física e Alzheimer;
 H_1 = Há associação entre atividade física e Alzheimer;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e Alzheimer;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e Alzheimer;

H_0 = Não há associação entre IMC e Alzheimer;
 H_1 = Há associação entre IMC e Alzheimer;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e Doença de Parkinson;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e Doença de Parkinson;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e Doença de Parkinson;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e Doença de Parkinson;

H_0 = Não há associação entre atividade física e Doença de Parkinson;
 H_1 = Há associação entre atividade física e Doença de Parkinson;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e Doença de Parkinson;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e Doença de Parkinson;

H_0 = Não há associação entre IMC e Doença de Parkinson;
 H_1 = Há associação entre IMC e Doença de Parkinson;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e DPOC;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e DPOC;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e DPOC;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e DPOC;

H_0 = Não há associação entre atividade física e DPOC;
 H_1 = Há associação entre atividade física e DPOC;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e DPOC;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e DPOC;

H_0 = Não há associação entre IMC e DPOC;
 H_1 = Há associação entre IMC e DPOC;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e demência;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e demência;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e demência;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e demência;

H_0 = Não há associação entre atividade física e demência;
 H_1 = Há associação entre atividade física e demência;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e demência;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e demência;

H_0 = Não há associação entre IMC e demência;
 H_1 = Há associação entre IMC e demência;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e insuficiência renal crônica;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e insuficiência renal crônica;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e insuficiência renal crônica;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e insuficiência renal crônica;

H_0 = Não há associação entre atividade física e insuficiência renal crônica;
 H_1 = Há associação entre atividade física e insuficiência renal crônica;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e insuficiência renal crônica;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e insuficiência renal crônica;

H_0 = Não há associação entre IMC e insuficiência renal crônica;
 H_1 = Há associação entre IMC e insuficiência renal crônica;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e pancreatite;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e pancreatite;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e pancreatite;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e pancreatite;

H_0 = Não há associação entre atividade física e pancreatite;
 H_1 = Há associação entre atividade física e pancreatite;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e pancreatite;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e pancreatite;

H_0 = Não há associação entre IMC e pancreatite;
 H_1 = Há associação entre IMC e pancreatite;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e glomerulonefrite;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e glomerulonefrite;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e glomerulonefrite;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e glomerulonefrite;

H_0 = Não há associação entre atividade física e glomerulonefrite;
 H_1 = Há associação entre atividade física e glomerulonefrite;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e glomerulonefrite;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e glomerulonefrite;

H_0 = Não há associação entre IMC e glomerulonefrite;
 H_1 = Há associação entre IMC e glomerulonefrite;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e pneumonia;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e pneumonia;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e pneumonia;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e pneumonia;

H_0 = Não há associação entre atividade física e pneumonia;
 H_1 = Há associação entre atividade física e pneumonia;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e pneumonia;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e pneumonia;

H_0 = Não há associação entre IMC e pneumonia;
 H_1 = Há associação entre IMC e pneumonia;

H_0 = Não há associação entre tabagismo e cirrose hepática;
 H_1 = Há associação entre tabagismo e cirrose hepática;

H_0 = Não há associação entre consumo de álcool e cirrose hepática;
 H_1 = Há associação entre consumo de álcool e cirrose hepática;

H_0 = Não há associação entre atividade física e cirrose hepática;
 H_1 = Há associação entre atividade física e cirrose hepática;

H_0 = Não há associação entre nível de estresse e cirrose hepática;
 H_1 = Há associação entre nível de estresse e cirrose hepática;

H_0 = Não há associação entre IMC e cirrose hepática;
 H_1 = Há associação entre IMC e cirrose hepática;

3 Revisão da Literatura

3.1 Processo de envelhecimento

O processo de envelhecimento e sua consequência natural, a velhice, continuam sendo uma das grandes preocupações da humanidade desde o início das civilizações. Poucos problemas têm merecido tanta atenção e preocupação do homem como o envelhecimento e a incapacidade funcional comumente associada ao mesmo (FREITAS et al., 2011). O envelhecimento representa a junção das consequências ou dos efeitos da passagem do tempo, podendo ser considerado biologicamente como a involução morfofuncional que afeta, de forma variável, os principais sistemas fisiológicos. No entanto, essa involução não impede que o idoso se mantenha ativo e desenvolva suas atividades normalmente (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

Para Freitas et al., (2011), o processo de envelhecimento na vida dos indivíduos permanece como um dos pontos mais complexos e críticos para a ciência. Existem evidências de que o processo de envelhecimento seja essencialmente, multifatorial, dependendo da programação genética e das alterações que vão ocorrendo em nível celular e molecular, que resultarão em sua aceleração ou desaceleração, com redução de massa celular ativa, diminuição da capacidade funcional de suas áreas afetadas e sobrecarga em menor ou maior grau dos mecanismos de controle homeostático. Como é um fenômeno biológico normal na vida de todos os seres vivos, não deve ser considerado como doença.

O limite de idade entre o indivíduo adulto e o idoso é 65 anos para as nações desenvolvidas e 60 anos para os países em desenvolvimento. Este critério cronológico é adotado na maioria das instituições que procuram fornecer atenção à saúde do idoso, bem como nos trabalhos científicos, devido à dificuldade de definir idade biológica. No Brasil, sob alguns aspectos, principalmente legais, o limite é de 65 anos. Ainda na atualidade são discutidas análises contraditórias sobre o início do processo de envelhecimento (FREITAS et al., 2011).

A idade cronológica, considerada como o número de anos desde o nascimento, é um método simples de avaliação da idade de um indivíduo e, embora seja o método mais fácil, não é o mais eficaz, tendo vista que, duas pessoas com a mesma idade cronológica, podem responder de modo diferente. Essa discrepância de funcionamento leva ao segundo método de avaliação da idade, que é o método funcional ou biológico. A idade funcional é avaliada de acordo com o desempenho funcional do indivíduo. Para avaliar a capacidade funcional da pessoa idosa, deve-se comparar à de um adulto. Adultos que falham em atender esse critério de desempenho padrão são considerados idosos. O termo “idoso saudável” refere-se àquele

sem comprometimento funcional e que necessita de assistência mínima. O termo “idoso vulnerável” refere-se àqueles com mais de 75 ou àqueles com 65 anos que são portadores de algum tipo de comprometimento funcional e que necessitam de assistência nas atividades de vida diárias, no cuidado individual ou na tomada de decisões (ROACH, 2003).

Com base nessas ferramentas para a avaliação, Fachine e Trompieri (2012) afirmam que não se pode definir o envelhecimento apenas pelo critério cronológico, pois deve ser levado em consideração as condições funcionais, físicas, mentais e de saúde da população. Deve-se pontuar também que o processo de envelhecimento é individual, uma vez ser possível observar diferentes condições biológicas em indivíduos situados na mesma faixa cronológica de idade.

De acordo com o Ministério da Saúde, o envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da funcionalidade dos indivíduos – senescência - o que, normalmente não costuma provocar qualquer problema. Todavia, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse, pode ser provocada a condição patológica que requer cuidado e atenção – senilidade. Vale destacar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (BRASIL, 2010).

Para Fachine e Trompieri (2012), o indivíduo no estado de senescência está sujeito à concorrente influência de vários fatores determinantes para o envelhecimento, como exercícios, dieta, estilo de vida, exposição à fatores de risco para doenças, educação e posição social. Já o estado de senilidade é resultante das interações das influências externas, é variável entre indivíduos em meios diferentes e tem como característica o fato de decorrer de fatores culturais, geográficos e cronológicos.

A distinção entre senescência, que resulta do somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do envelhecimento natural, e senilidade, a qual é caracterizada por modificações decorrentes de afecções que acometem o idoso é, por vezes, extremamente difícil. O exato limite entre esses estados não é preciso e geralmente apresenta zonas de transição frequentes, dificultando a discriminação de cada um deles (FREITAS et al., 2011).

A partir da evolução da vida e da necessidade de manterem suas funções vitais, órgãos como o cérebro, coração e rins procuram equilibrar-se, por meio de mecanismos homeostáticos, enfrentando perda de massa muscular ativa. O sistema nervoso central (SNC) é o sistema biológico mais comprometido com o envelhecimento (FREITAS et al., 2011). Também com o avanço da idade, ocorre um declínio da capacidade cognitiva do indivíduo, o

que representa um maior risco de desenvolver patologias como a Doença de Alzheimer (TRINDADE, 2013).

Para Freitas et al. (2011), com o avanço da idade ocorre um declínio lento e progressivo da massa cefálica, sendo mais precoce em mulheres do que em homens e à medida que o cérebro envelhece, diversas alterações bioquímicas vão acontecendo. Também ocorrem alterações morfológicas da substância branca, resultando em perda de grandes e pequenos neurônios corticais, que são observados a partir dos 65 anos de idade. Segundo Fachine e Trompieri (2012), o SNC não possui capacidade reparadora, o que o torna sujeito ao envelhecimento secundário à fatores intrínsecos e extrínsecos. Sabe-se que o fato de envelhecer acarreta alterações cognitivas, principalmente na velocidade de processamento de informações, propiciando um tempo maior para ler, compreender e memorizar dados. No decorrer do processo de envelhecimento são comuns queixas relacionadas ao esquecimento (SOUZA, 2012)

Muitas alterações biológicas esperadas no idoso ocorrem no sistema cardiovascular (FECHINE; TROMPIERI, 2012). A mudança mais significativa no coração do idoso ocorre no miocárdio (ROACH, 2003). Os marcos cardiovasculares do envelhecimento em humanos incluem aumento progressivo da pressão sistólica, da pressão do pulso, da velocidade da onda de pulso, da massa de ventrículo esquerdo (VE) e aumento na incidência de DAC e fibrilação atrial. Mudanças relacionadas ao envelhecimento criam um sistema cardiovascular voltado à aumentada carga pulsátil e com menor capacidade de aumentar débito em resposta ao estresse. As alterações relacionadas ao envelhecimento também limitam a capacidade máxima e reduzem a capacidade reserva, contribuindo para o aparecimento de sintomas precoces na presença de doenças cardiovasculares que se tornam mais comuns com o aumento da idade.

Os principais órgãos da respiração – os pulmões – sofrem alterações significativas com a idade. Mediante o avançar dos anos, as paredes dos alvéolos tornam-se mais finas, o número de capilares que cercam os alvéolos declina e os ductos dos alvéolos tornam-se esticados, causando o alargamento e rompimento destes. O envelhecimento faz as cartilagens costais, que ligam várias partes da cavidade torácica, ficarem mais rígidas, resultando na diminuição da complacência. Essa mudança aumenta a necessidade de usar os músculos acessórios para respirar. A força do músculo respiratório começa a diminuir por volta dos 55 anos de idade. O volume dos pulmões muda com a idade. As bases dos pulmões não inflam bem e secreções que se acumulam nos pulmões não são expectoradas com facilidade (ROACH, 2003).

Com o envelhecimento o aparelho digestório apresenta alterações de motilidade e secretoras bastante significativas, que estão sujeitas à variações de indivíduo para indivíduo. Os órgãos que merecem destaque são o esôfago, pâncreas, fígado e intestino delgado. O pâncreas sofre importantes alterações com a idade, pois o seu peso reduz em cerca de 40%. No que diz respeito às alterações hepáticas, destaca-se o declínio da função estrutural e secretora, reduzindo a secreção de enzimas hepáticas, o que dificulta o metabolismo e a desintoxicação das drogas (FREITAS et al., 2011). Para Dantas et al., (2010), alterações significativas ocorrem com o avanço da idade no esôfago, no que diz respeito à sua motilidade, prejudicando assim processos de deglutição e processamento do alimento. Roach (2003) afirma que a musculatura do intestino delgado enfraquece e o peristaltismo diminui à medida que a pessoa envelhece, contribuindo assim, para quadros comuns de constipação intestinal no idoso.

As mudanças do aparelho urinário relacionadas à idade incluem: gradual diminuição do número de néfrons, em cerca de 50% no idoso, bem como o enrijecimento destes, acompanhado de degeneração do sistema vascular, resultando em declínio da taxa de filtração, excreção, armazenamento e reabsorção; substituição da musculatura lisa e o tecido elástico da bexiga por tecido fibroso, acompanhado de redução da capacidade de armazenamento e esvaziamento de urina, favorecendo a ocorrência de infecções urinárias (ROACH, 2003).

Segundo Rech et al. (2010), uma alteração clássica associada ao envelhecimento é a diminuição da massa muscular esquelética, descrita como sarcopenia, provocada pela redução da força muscular, causando assim um aumento do risco de agravos à saúde, como quedas e consequentes fraturas, inaptidão física e perda da autonomia na população idosa. Para Roach (2003), as alterações musculoesqueléticas relacionadas à idade afetam o osso, as articulações e os músculos da pessoa idosa. Essas alterações têm um impacto significativo na vida do idoso e podem afetar profundamente a capacidade funcional, resultando em perda da independência. Os idosos apresentam decréscimo da força muscular oriundo de mecanismos musculares, neurológicos ou ambientais. A hipotrofia e o enfraquecimento decorrem, em parte, da redução do número e tamanho das fibras musculares (ARAÚJO; FLO; MUCHALE, 2010).

O envelhecimento do sistema endócrino e imune acarretam alterações significativas na pessoa idosa. Altas alterações da secreção de hormônio de crescimento, hormônios esteroides e sexuais e melatonina (importante para a regularização do sono), encontradas no envelhecimento, contribuem para doenças comuns à essa faixa etária, como a osteoporose e

doença coronariana). Os hormônios que atuam no SNC se interrelacionam, sofrendo uma série de ações dos neurotransmissores. Ainda no sistema endócrino ocorre diminuição da reserva funcional dos órgãos, diminuição dos linfócitos e diminuição das respostas pré e pós-receptores, acarretando aumento das doenças endócrinas, aumento da prevalência das doenças autoimunes e apresentações atípicas, com diagnósticos demorados, respectivamente. Outra alteração endócrina que merece destaque é a andropausa e a menopausa. Esta última, configura-se como uma condição de ocorrência fisiológica devida ao envelhecimento da mulher, levando à cessação da menstruação e o fim do período reprodutivo (FREITAS et al., 2011).

3.2 Epidemiologia do envelhecimento e a promoção da saúde do idoso

A população mundial encontra-se em um processo de reestruturação demográfica caracterizado pela diminuição da mortalidade, redução das taxas de fecundidade e consequente aumento da expectativa de vida. Enquanto a transição demográfica vem acontecendo de forma heterogênea na população mundial e encontra-se em diferentes fases ao redor do mundo, por outro o aumento na expectativa de vida ocorreu de forma lenta, devido a melhores condições sociais e de saneamento, com o advento do uso de antibióticos e de vacinas (CLOSS; SCWANKE, 2012). A velocidade do envelhecimento populacional brasileiro terá uma maior dimensão, tendo em vista que a diminuição das taxas de natalidade e mortalidade tem contribuído para o aumento das pessoas idosas. A expectativa de vida dos brasileiros passou de 67 para 73,1 anos entre 1991 e 2010, devendo chegar a 74,8 anos em 2015, o que ocasionará um aumento de pessoas maiores de 60 anos na população economicamente ativa (BRASIL, 2012).

De acordo com o censo demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população brasileira é composta por 190.755.199 milhões de pessoas, sendo que 51% são mulheres e 49% são homens. O quantitativo de pessoas idosas é de 20.590.599 milhões, o que caracteriza 10,8% da população total. Dessa forma, o envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo e, ligado a isto, a incidência de doenças crônico-degenerativas vem crescendo (BRASIL, 2010).

O idoso apresenta menos doenças agudas que os jovens. No entanto, as pessoas idosas que adquirem doenças agudas requerem períodos mais longos de recuperação e têm mais complicações advindas dessas condições. A doença crônica é o principal problema da

população idosa, pois constituem a principal causa de incapacidade e também de morte. Outro fato que deve ser destacado, é que a maioria tem, pelo menos uma doença crônica e tipicamente várias condições crônicas que devem ser tratadas simultaneamente (ELIOPOULOS, 2001).

Diante deste cenário em que vive a pessoa idosa, diversas políticas públicas do Sistema Único de Saúde merecem relevância. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde da população idosa terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade, fazendo com que a base do atendimento ao idoso seja a promoção e proteção da saúde e que muitas doenças possam ser evitadas e tratadas corretamente, assegurando uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2006a).

Conforme a referência anteriormente mencionada, esta política tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência de idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim e em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Seus objetivos consistem em facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos locais e conselhos comunitários, reforçando assim a importância de ações que alcancem o conceito ampliado de saúde. Dessa forma, compreende-se que as diretrizes básicas da PNSPI são bons exemplos das preocupações com a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e com a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida.

Com relação à promoção da saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde, portaria 687/GM de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006b, p. 12) confere que

a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Nesse contexto, a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário da pessoa idosa aos serviços de saúde, como também à formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer (BRASIL, 2006). Infelizmente, a

rede de atenção primária no Brasil ainda não trata a questão da saúde do idoso de maneira coletiva e integral, exceto por programas que indiretamente a contemplam, permanecendo, em sua maioria, no desenvolvimento de ações sobre as doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, não abordando a saúde de forma ampliada (MIYATA et al., 2005). Este, portanto, consiste em um dos maiores desafios das políticas e práticas de saúde direcionadas ao idoso e coletividades, haja vista suas limitações e a necessidade de reconstruir e potencializar um viver com a melhor qualidade possível para esta população.

3.3 Doenças associadas ao envelhecimento

I) Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo e um relevante fator de risco para doenças cardiovasculares e renais (RIBEIRO et al., 2012). A HAS é um problema comum aos idosos. A pressão sanguínea é a força exercida nas paredes arteriais pela ação bombeadora do coração. Uma pressão sanguínea que é constantemente 140/90 mmHg ou maior é considerada hipertensão. A hipertensão aumenta o risco de desenvolver doença cardiovascular e ataque vascular encefálico (ROACH, 2003).

Hipertensão diastólica (>90 mmHg) e/ou sistólica (>140 mmHg) ocorrem em metade a dois terços das pessoas com mais de 65 anos. O perfil da hipertensão, portanto, é alterado com o envelhecimento. A hipertensão sistólica torna-se mais prevalente com a idade, enquanto que a diastólica é relativamente constante dos 50 aos 80 anos de idade (SCHWARTZ; ZIPES, 2010).

II) Doença Arterial Coronariana (DAC)

Para Schwartz e Zipes (2010), a prevalência e a gravidade da DAC aterosclerótica aumentam com o envelhecimento em homens e mulheres. Cerca de 60% de admissões hospitalares para infarto agudo do miocárdio (IAM) são de pessoas com mais de 65 anos de idade, e aproximadamente 85% das mortes causadas por infarto agudo do miocárdio ocorrem neste grupo.

Pinho et al. (2010) apontam que a DAC caracteriza-se pelo déficit de irrigação sanguínea no coração por meio das artérias coronárias e está diretamente relacionada ao grau de obstrução do fluxo sanguíneo pelas placas ateroscleróticas, resultando em estreitamento das artérias coronárias e reduzindo a chegada de oxigênio ao coração. De acordo com Roach (2003), a DAC se desenvolve quando depósitos de gordura são coletados nas paredes das artérias que suprem de sangue o coração. Eventualmente, uma ou mais artérias coronarianas principais podem ficar obstruídas, resultando no infarto do miocárdio.

A aterosclerose coronariana causa sintomas que podem variar de acordo com a localização da lesão e o grau de estreitamento da luz arterial, formação de trombo e obstrução do fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco. A angina do peito ou angina *pectoris* refere-se à uma síndrome evidenciada por dor ou pressão na região anterior torácica que é produzida pela isquemia miocárdica. Com a doença arterial coronariana, à medida que as células são privadas de oxigênio, a isquemia se desenvolve, ocasionando lesão celular e, com o passar do tempo, o déficit de oxigênio resulta em Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Essa condição patológica é evidenciada por dor torácica de forma repentina e contínua que não cessa com o repouso, nem diminui com o uso de medicamentos (SMELTZER et al., 2009).

III) Insuficiência Cardíaca (IC)

A Insuficiência Cardíaca é uma síndrome caracterizada pela incapacidade do coração de suprir adequadamente as necessidades dos tecidos. É decorrente de uma disfunção ventricular, refletindo a disfunção diastólica, acompanhada de anormalidades da regulação de diversos sistemas do organismo (FREITAS et al., 2011). Trata-se de uma doença crônica, que possui alta incidência e altos índices de mortalidade, que incide predominantemente nos mais idosos. É a maior causa de internação por doença cardiovascular no Brasil, sendo a primeira causa de internação em pacientes com mais de 65 anos de idade na Espanha (GAUI et al., 2009).

De acordo com Bocchi et al. (2012), observa-se crescimento da população idosa no Brasil e, portanto, com potencial crescimento de pacientes em risco ou portadores de IC.

IV) Disritmias Cardíacas

As disritmias cardíacas são distúrbios causados pela alteração na formação do impulso elétrico ou alteração na condução do impulso cardíaco, que pode ser originado anormalmente

no nó sinusal ou em focos ectópicos (LORENTZ; VIANA, 2011). Esses distúrbios podem ocasionar alterações no ritmo cardíaco, frequência cardíaca ou de ambos. Com alterações na frequência e ritmo, o coração pode não atuar como uma bomba para circular o sangue rico em oxigênio e outros nutrientes para os tecidos e órgãos do corpo. As disritmias cardíacas incluem as disritmias do nódulo sinusal, atriais, ventriculares, juncionais e suas diversas subcategorias (SMELTZER et al., 2009).

Com o envelhecimento, a perda celular e a infiltração de colágeno podem ocorrer na área do nódulo sinusal, favorecendo a pessoa idosa a adquirir esta condição (SCHWARTZ; ZIPES, 2010).

V) Acidente Vascular Encefálico

O risco de acometimento pelo acidente vascular encefálico (AVE) aumenta com a idade e dobra a cada década depois de 55 anos (SCHWARTZ; ZIPES, 2010). Oliveira, Garanhani e Garanhani (2011) definem o AVE como uma síndrome, caracterizada pelo súbito início de um déficit neurológico, que pode persistir por mais de 24 horas. Essa síndrome envolve regiões locais e até globais do SNC, causado por alterações no sistema circulatório encefálico, decorrente de alterações anatômicas ou patológicas dos vasos sanguíneos. Essa disfunção resulta em diminuição da capacidade funcional do indivíduo afetado.

VI) Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica se caracteriza por uma inflamação das vias aéreas, do tecido pulmonar e da vasculatura pulmonar. O grau de alterações estruturais nesses tecidos varia de acordo com a progressão ou gravidade da doença. Em geral, até anos atrás, a definição de DPOC incluía conceitos como bronquite crônica, enfisema pulmonar e até casos de asma que apresentavam irreversibilidade aos medicamentos broncodilatadores. Hoje a Bronquite Crônica é definida em bases clínicas pela presença constante de tosse e secreções brônquicas, suficientes para causarem expectoração por, pelo menos, três meses ao ano, em dois anos consecutivos, depois de afastadas as outras causas capazes de produzir expectoração crônica. O Enfisema pulmonar, por sua vez, é definido anatomicamente como alargamento anormal e persistente dos espaços aéreos distais ao bronquíolo terminal, acompanhado de destruição de suas paredes, sem fibrose óbvia (TARANTINO, 2008).

De acordo com Hochhegger et al., (2011), configura-se como processo natural do envelhecimento a degeneração das fibras elásticas nos bronquíolos respiratórios, ductos alveolares e alvéolos. Com essa alteração a densidade do parênquima pulmonar diminui, devido ao alargamento dos ductos alveolares. Essa condição favorece o acometimento pelo enfisema pulmonar que, segundo os autores, é definido como um aumento anormal e permanente dos ductos alveolares, acompanhado de destruição das paredes alveolares, sem fibrose óbvia. Para Tarantino (2008), o enfisema pulmonar é mais frequente e mais grave em indivíduos idosos e sua mortalidade é 5 vezes maior em pacientes desta faixa etária. Essas verificações, entretanto, não significam que o processo natural de envelhecimento provoque a doença; o idoso, quando exposto a condições ou fatores que favoreçam a doença, tem mais facilidade em adquiri-la. Assim, as alterações estruturais do parênquima pulmonar provocadas pelo fumo são muito maiores nos idosos.

VII) Pneumonias

Pneumonia é uma inflamação aguda, de qualquer natureza (seja ela bacteriana, virótica, fúngica ou de outra natureza), localizada no parênquima pulmonar. Considerando minimizada a função respiratória do idoso devido à perda da sustentação elástica dos tecidos que circulam os alvéolos e os ductos alveolares, bem como a função mucociliar reduzida, isto torna este segmento populacional significativamente mais vulnerável ao desenvolvimento de pneumonias. Ademais, uma diminuição da força muscular se traduz em maior queda da capacidade residual funcional. Hipóxia e uremia parecem reduzir a função de macrófagos alveolares. Todos esses fatores associados à menor reserva de leucócitos e defeitos nesses, parecem contribuir de modo significativo para maior frequência e gravidade das infecções (TARANTINO, 2008).

O tipo mais comum de pneumonia que afeta o idoso é a pneumonia bacteriana. Qualquer estado que seja produzido muco aumenta o risco de desenvolver pneumonia bacteriana. Um maior risco de ter pneumonia bacteriana também está associado àqueles que se encontram em repouso ao leito, aos idosos vulneráveis, àqueles que têm um reflexo de tosse deprimido e a pacientes que tomam sedativos ou opióides (ROACH, 2003).

A maioria dos pacientes com pneumonia recupera-se sem complicações, porém, alguns pacientes progridem para evolução clínica grave e até mesmo óbito. A diferença na evolução clínica está associada à virulência dos agentes etiológicos e/ou ao estado de imunidade do hospedeiro, como é o caso da pessoa idosa. Portanto, além de ser uma patologia

que frequentemente acomete o idoso, pode acarretar graves consequências (LEE et al., 2010). Não só a idade, mas, sobretudo a presença de comorbidades contribui para que as pneumonias atinjam mais a população idosa (TARANTINO, 2008).

VIII) Diabetes Mellitus

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), o diabetes mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam a hiperglicemia como alteração em comum. Essa hiperglicemia é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos.

A Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2012), em um relatório de atividades expressa que o DM é classificado como sendo do tipo 1 e do tipo 2. O tipo 1 engloba os casos que são atribuídos processos autoimunes, em que há a destruição das células beta do pâncreas, as quais são responsáveis pela produção de insulina, o que concorre para que o portador seja insulino dependente. Já o tipo 2, congrega as formas mais comuns de diabetes que são resultado de defeitos na secreção de insulina ou da resistência à insulina. O diabetes tipo 2 geralmente acomete pessoas em idades mais avançadas, devido à exposição à fatores de risco por tempo prolongado, tais como o sedentarismo, obesidade e má alimentação.

IX) Insuficiência Renal Crônica

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é definida por Frota et al., (2010), como sendo a perda progressiva e irreversível das funções renais, podendo iniciar com um quadro agudo ou gradual. Bastos e Kirsztajn (2011), expressam que a definição da patologia se baseia em alterações na taxa de filtração glomerular ou presença de lesão parenquimatosa mantidas por pelo menos três meses, causando uma deterioração progressiva e irreversível da função renal, na qual os equilíbrios metabólicos e hidroeletrólíticos são lesados.

Trata-se de uma doença comum ao envelhecimento, pois à medida que a função renal diminui, os produtos finais do metabolismo proteico acumulam-se no sangue. Esses produtos da degradação proteica deveriam ser excretados pela urina, no entanto, com essa deficiência, desenvolve-se a uremia, afetando os diversos sistemas do organismo. A taxa de declínio da função renal e a progressão da insuficiência renal crônica relacionam-se à uma disfunção adjacente, presença de hipertensão e proteinúria. A doença tende a progredir com maior

rapidez em pacientes com proteinúria excessiva ou apresentam pressão arterial elevada que aqueles sem essas condições (SMELTZER et al., 2009).

X) Doença Hemorroidária

Trata-se de uma doença que afeta frequentemente a população adulta e principalmente os idosos, sendo rara na infância. Não existe diferença de incidência entre sexos, no entanto, estudos comprovam ser uma patologia que surge habitualmente durante a terceira década de vida (DEUS; PEREIRA; SILVA, 2010).

Para Smeltzer et al. (2009), a doença hemorroidária refere-se à porções dilatadas das veias no canal anal, sendo muito comuns na população em geral. Até 50 anos de idade, aproximadamente 50% das pessoas possuem hemorroidas em alguma extensão. O cisalhamento da mucosa durante a defecação resulta no deslizamento das estruturas na parede do canal anal, incluindo os tecidos hemorroidal e vascular. As hemorroidas são classificadas como um dos dois tipos: aquelas acima do esfíncter interno são chamadas de hemorroidas internas; e aquelas que aparecem fora do esfíncter externo são chamadas de hemorroidas externas.

XI) Doença de Alzheimer

Tavares e Carvalho (2011) conceituam a Doença de Alzheimer (DA) como sendo uma enfermidade neurodegenerativa progressiva que causa alterações na memória e funções intelectuais superiores, que pode progredir para uma situação de incapacidade e total dependência. Trata-se de um importante problema de saúde pública, por ser uma doença grave e ainda sem cura, além de sua grande incidência, o que gera múltiplas demandas e altos custos financeiros.

A DA faz parte do grupo das mais importantes doenças comuns aos idosos que acarretam um declínio funcional progressivo e uma perda gradual da autonomia, que, por decorrência, ocasionam, nos indivíduos por ela afetados, uma dependência total de outras pessoas. Na DA, esse processo se instala a partir da deterioração das funções cognitivas, do comprometimento para desempenhar atividades de vida diária e da ocorrência de uma variedade de distúrbios de comportamento e de sintomas neuropsiquiátricos (FREITAS et al., 2011).

A idade é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento da DA, em particular, podendo isso ser constatado por meio do aumento progressivo das demências a partir dos 60 anos de idade. Os idosos (ou seus familiares) constantemente se queixam, na avaliação médica, de piora do desempenho cognitivo com o envelhecimento. Os vários domínios cognitivos e não-cognitivos podem ser afetados em cada paciente de modo distinto, ou seja, são diversas as formas de apresentação clínica e de progressão da doença e de resposta ao tratamento (FREITAS et al., 2011).

XII) Doença de Parkinson

A Doença de Parkinson (DP) é uma enfermidade neurodegenerativa causada pela lesão nos gânglios basais e ocorre a partir dos 50 anos (FERREIRA; CIELO; TREVISAN, 2011). Segundo Roach (2003), a sua incidência aumenta com a idade, chegando ao ponto culminante aos 75 anos de idade. Por sua gravidade, é uma doença incapacitante e que prejudica a qualidade de vida do paciente portador (NAVARRO-PETERNELLA; MARCON, 2012).

A principal anormalidade fisiológica da doença de Parkinson relaciona-se à perda de células na substância negra (estrutura nos gânglios basais do cérebro). As células na substância negra normalmente produzem elevadas concentrações do neurotransmissor dopamina. Com a doença, os níveis de dopamina diminuem significativamente. Quando os neurônios que produzem dopamina se perdem, apresentam-se sintomas associados à bradicinesia, rigidez e tremores (ROACH, 2003).

XIII) Demência

De acordo com Roach (2003), a demência é uma perda permanente e muitas vezes progressiva da função cognitiva que afeta a memória, a capacidade de aprender novas informações e a função intelectual. Com a demência, há um declínio progressivo na memória, onde o indivíduo tem dificuldade em aprender sobre um assunto novo, esquece o que foi aprendido anteriormente ou ambas as coisas. Entre as causas comuns de demência estão a doença de Alzheimer e a demência vascular.

A síndrome demencial é caracterizada pelo comprometimento da memória associado à alteração em uma ou mais funções cognitivas, sendo comum a presença de sintomas

neuropsiquiátricos. Trata-se de uma condição prevalente no idoso, devido ao declínio da função neurológica relacionada com o envelhecimento (NOGUEIRA et al., 2013).

XIV) Osteoporose

A osteoporose caracteriza-se por uma perda progressiva da massa óssea e uma deterioração do tecido esquelético, fazendo os ossos ficarem porosos, quebradiços e frágeis. À medida que a massa óssea diminui, há um aumento no risco de fraturas (ROACH, 2003).

É considerada uma doença predominante com o envelhecimento, pois as pessoas idosas absorvem o cálcio consumido pela dieta de maneira menos eficiente e o excretam mais prontamente através dos rins. Isso faz com que as mulheres pós-menopausa e os idosos realmente necessitem consumir quantidades liberais de cálcio. Outro fato, é que a perda da massa óssea é um fenômeno universal associado ao envelhecimento. A perda relacionada com a idade começa logo depois que é alcançada a massa óssea máxima. Também com o envelhecimento, há diminuição da calcitonina, que inibe a reabsorção óssea e promove formação óssea e o estrogênio, que inibe a clivagem óssea, também diminui com a idade (SMELTZER et al., 2009).

XV) Osteoartrite

A osteoartrite, também conhecida como artrose ou osteoartrose é uma doença que afeta as articulações da maioria das pessoas acima de 50 anos de idade. No entanto, não é toda pessoa idosa que terá osteoartrite, embora a maioria apresente alguma alteração decorrente desta doença. Na verdade, a osteoartrite é um processo de alteração da articulação que tem múltiplas causas e apresenta inflamação, que não é muito intensa, mas contribui para os sintomas que o indivíduo apresenta e também para a deterioração da articulação acometida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011).

Boa parte dos ossos é revestida pela cartilagem. Essa cartilagem, que participa no amortecimento dos impactos durante os movimentos, sofre um processo de destruição durante a osteoartrite. Assim, o osso que fica logo abaixo dessa cartilagem enfrenta aumento de pressão e também se deteriora. Da mesma forma, os tendões, músculos e ligamentos que envolvem a articulação são afetados quando existe a doença. A inflamação que ocorre na articulação com osteoartrite não é intensa, mas é persistente e tem uma duração considerável,

mesmo não ocorrendo traumatismos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011).

Algumas outras doenças também podem ter associação direta com o envelhecimento, tais como: cirrose hepática, constipação intestinal, gastrite, colelitíase, pancreatite, glomerulonefrite e artrite reumatoide, mas que neste momento, serão meramente citadas haja vista suas multiplicidades etiológicas sem relação com o processo de envelhecimento.

4 Metodologia

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de campo com um desenho observacional descritivo de abordagem quantitativa. De acordo com Gil (2008), a observação constitui um elemento fundamental para a pesquisa e nada mais é que o uso dos sentidos com vistas a adquirir os conhecimentos necessários para o cotidiano, podendo ser utilizada como procedimento científico à medida que servir como objetivo formulado de pesquisa, for sistematicamente planejada e for submetida a verificação e controles de validade e precisão.

Sampieri, Collado e Lucio (2006), expressam que os estudos descritivos procuram especificar as propriedades, as características e os perfis importantes de pessoa, comunidades, grupos ou qualquer outro fenômeno que submeta-se à análise. Além disso, eles medem, avaliam ou coletam dados sobre diversos aspectos ou componentes do fenômeno a ser pesquisado.

A pesquisa quantitativa, segundo Marconi e Lakatos (2007), é caracterizada pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, tanto por meio de percentual, média, desvio-padrão, correlação, análise de regressão, entre outros.

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no município de Cuité, geograficamente localizado na microrregião do Curimataú Ocidental do estado da Paraíba. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o município possui uma população de 19.978 habitantes e densidade demográfica de cerca de 26,3hab/km².

Para o desenvolvimento do estudo, serviram como base 05 (cinco) Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), da zona urbana do município, vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde, sendo elas: UBSF Luíza Dantas de Medeiros, UBSF Abílio Chacon, UBSF Diomedes Lucas, UBSF Ezequias Venâncio e UBSF Raimunda Domingos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUITÉ, 2013).

4.3 População e amostra

A população consiste em qualquer conjunto de indivíduos que apresentam no mínimo uma característica em comum. Para ser efetivado o estudo, a unidade particular da população

deve ser submetida a um estudo, a qual é chamada de população alvo (RICHARDSON, 2008).

A população estudada foi constituída pelos idosos residentes no município de Cuité - PB devidamente cadastrados e assistidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família da zona urbana, os quais representam um total de 2.425 idosos, dos quais 1007 são do sexo masculino e 1.418 do sexo feminino, estando distribuídos por UBSF da seguinte forma: UBSF Abílio Chacon – 563 idosos; USF Ezequias Venâncio – 482; USF Luiza Dantas – 463; USF Diomedes Lucas – 521; e USF Raimunda Domingos – 396 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUITÉ, 2012).

Devido ao fato de não haver possibilidade de mensurar dados da população total, foi realizado um cálculo amostral, viabilizado via *on-line*, a fim de identificar uma amostra do tipo aleatória simples, correspondente a um subconjunto selecionado para se obter informações relativas às características dessa população. Assim, considerando um percentual mínimo de 90% para a presença de quaisquer doenças associadas ao envelhecimento, erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, a amostra foi composta por 131 participantes, os quais foram selecionados por acessibilidade e proporcionalmente para cada UBSF.

Foram considerados como critérios para inclusão da amostra:

- Ter idade igual ou superior a 60 anos;
- Ser cadastrado e acompanhado pela Estratégia de Saúde da Família do município de Cuité – PB;
- Aceitar livremente em participar da pesquisa;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A);
- Apresentar condições psicológicas para responder ao questionário de coleta de dados.

4.4 Instrumento de coleta de dados

Para a realização deste estudo foi utilizado um questionário que fora preenchido pelos idosos selecionados à compor a amostra e pelos pesquisadores envolvidos caso houvesse necessidade. Este instrumento de coleta de dados, conforme aponta Gil (2008), é definido como a técnica investigatória composta por um conjunto de questões submetidas a pessoas com a intenção de obter informações relevantes à pesquisa, onde as respostas a essas questões

irão proporcionar os dados requeridos para descrever as características da população pesquisada ou testar hipóteses que foram construídas durante o planejamento da pesquisa.

O questionário do presente estudo foi formulado pelo pesquisador participante, sendo composto pela parte sociodemográfica e econômica relativa à caracterização da amostra e a parte específica relacionada aos objetivos propostos para o estudo, sendo esta composta por questões exclusivamente objetivas de múltipla escolha e lacunas (Apêndice B).

4.5 Procedimentos de coleta de dados

Na fase inicial foram seguidos os seguintes procedimentos: 1. Cadastramento da pesquisa na Plataforma Brasil na página eletrônica da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); 2. Solicitação de autorização para o desenvolvimento deste estudo, através de um requerimento, o Termo de Autorização Institucional (Apêndice C) à Coordenadora da Atenção Básica do município de Cuité- PB, para realizar a pesquisa nas referidas Unidades Básicas de Saúde da Família, bem como a concordância do Diretor do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (Instituição proponente) com sua devida assinatura na folha de rosto; e 3. Submissão da folha de rosto para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para apreciação e aprovação do projeto.

Após a autorização do CEP (Anexo A), tiveram início as atividades da coleta no mês de março de 2014, inicialmente com a realização de reuniões com os (as) enfermeiros (as) e os Agentes Comunitários de Saúde, para possibilitar o acesso ao grupo a ser pesquisado. A coleta de dados ocorreu através de visitas domiciliares em companhia dos agentes comunitários de saúde, como também em dias de atendimento aos idosos nas Unidades. Cabe mencionar que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido, explicado e assinado antes da obtenção das informações da pesquisa.

4.6 Análise dos dados

Após o término do procedimento de coleta de dados, ocorreu a fase de análise e interpretação dos resultados. A análise teve como objetivo organizar e resumir os dados de forma que possibilitassem o fornecimento de resposta ao problema proposto para investigação (GIL, 2008). O *Software Excel* 2010 foi utilizado na construção de um banco de informações a partir das respostas obtidas para os itens no questionário, categorizando as variáveis.

A análise inicial dos dados quantitativos foi descritiva, que conforme Gil (2008) configura-se como um dos principais cuidados do pesquisador no intuito de caracterizar isoladamente o comportamento de cada uma das variáveis no conjunto das observações. Para tanto foram utilizados recursos proporcionados pela estatística descritiva, chamada de análise univariada. Estes procedimentos possibilitaram caracterizar o que é típico no grupo, indicar a variabilidade dos indivíduos no grupo e verificar como os indivíduos se distribuem em relação a determinadas variáveis.

Após a descrição dos dados, utilizou-se a análise estatística inferencial para assim relacionar as variáveis e depois descrever a relação entre elas. Foi utilizado, portanto, o teste de qui-quadrado (χ^2) para averiguar a associação entre os fatores de risco comportamentais com as doenças autorreferidas pelos idosos participantes da pesquisa, aceitando como valores estatisticamente significantes quando o valor de p for inferior à 0,05 ($p < 0,05$)

4.7 Aspectos Éticos

De acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais. Os aspectos éticos relevantes para o estudo implicam no respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa; avaliar dos riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência); obter consentimento livre e esclarecido do participante da pesquisa e/ou seu representante legal; adequação da pesquisa aos princípios científicos que a justificam, além de estar fundamentada em fatos científicos e utilizar os métodos adequados para responder às questões estudadas, especificando-os, seja a pesquisa qualitativa ou quantitativa (BRASIL, 2012).

Não obstante, são responsabilidades e deveres do profissional de enfermagem no desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, de acordo com a Resolução 311/2007, do Conselho Federal de Enfermagem: atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade de investigação; interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e integridade da pessoa; respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais na pesquisa e divulgação dos resultados; e disponibilizar os resultados de pesquisa à comunidade científica e sociedade em geral (COFEN, 2007).

Dessa forma, esta pesquisa foi desenvolvida em conformidade com as diretrizes de ambas as regulamentações anteriormente citadas.

5 Análise e Discussão dos Resultados

O presente capítulo expõe os resultados obtidos por meio do procedimento de coleta de dados junto aos idosos participantes da pesquisa e, posteriormente, a respectiva análise e discussão. Esta sessão está estruturada em duas etapas: a primeira é relativa aos dados sociodemográficos e econômicos dos idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família do município de Cuité - PB; e a segunda refere-se à apresentação dos resultados concernentes aos objetivos propostos na pesquisa.

5.1 Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes da pesquisa

A amostra do estudo foi composta por 131 (cento e trinta e um) participantes, todos com idade igual ou superior aos 60 (sessenta) anos de idade, obrigatoriamente cadastrados na Estratégia Saúde da Família do município de Cuité - PB. Os dados sociodemográficos estão apresentados na Tabela 1, abrangendo cinco variáveis, sendo elas: sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil e renda familiar.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família, Cuité – PB (n=131).

Variável	Categoria	Idosos pesquisados	
		<i>f</i>	%
<i>Sexo</i>	Masculino	41	31,3%
	Feminino	90	68,7%
<i>Faixa Etária</i>	60 a 69	56	42,7%
	70 a 79	49	37,4%
	80 a 89	26	19,8%
<i>Escolaridade</i>	De 0 a 4 anos	105	80,2%
	De 5 a 8 anos	19	14,5%
	Acima de 9 anos	7	5,3%
<i>Estado civil</i>	Solteiro	22	16,8%
	Casado	66	50,4%
	Viúvo	40	30,5%
	União Consensual	2	1,5%
	Divorciado	1	0,8%
<i>Renda Familiar</i>	Até 01 salário mínimo	34	26,0%
	01 a 02 salários mínimos	78	59,5%
	Acima de 03 salários mínimos	19	14,5%
Total		131	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Conforme demonstrado na **Tabela 1**, para a variável sexo, é possível observar que a maioria dos participantes (68,7%, n=90) é do sexo feminino. Este resultado é corroborado pelo estudo de Ferreira et al., (2010), em que foram avaliados 418 idosos e a amostra

caracterizou-se pelo predomínio do sexo feminino (66,0%). Ainda concordando com este resultado, Romero et al. (2010) realizaram um estudo com 57 participantes idosos, onde evidenciou-se que 75,5% da amostra eram do sexo feminino.

Essa maioria de idosas segue à tendência do que chama-se hoje de “feminização da velhice”, em que as mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo (NICODEMOS; GODOI, 2010). De acordo com dados do Censo Demográfico, no Brasil existem 95,9 homens para cada 100 mulheres, ou seja, mais de 3,9 milhões de mulheres a mais que homens (IBGE, 2010a). Além disso, as estimativas revelam que a chance de mortalidade de homens é 4,5 vezes maior que as mulheres. Essa sobremortalidade pode ser observada em todas as idades (IBGE, 2010b). Este fenômeno foi também constatado e analisado por Araújo, Azevedo e Chianca (2011), que afirmam que esta feminização ocorre principalmente em função do diferencial da mortalidade por sexo.

A população masculina apresenta maior risco de mortalidade quando comparada com a população feminina, conforme apontam Silva et al. (2012) e Gonsaga et al. (2012). Apesar de ser encontrada na população uma maior predominância de idosos do sexo feminino, os coeficientes de mortalidade ainda são maiores entre os idosos homens. As causas dessa maior mortalidade entre homens incluem: riscos ambientais e ocupacionais, como acidentes de trabalho, de trânsito, homicídios e o estresse associado às mudanças socioeconômicas (SILVA et al., 2012a).

Cabe salientar ainda que a busca pelos serviços de saúde é bem maior pelas mulheres. Um fator que se vincula a esta problemática é a consideração de que há dificuldade, neste grupo, em reconhecer suas próprias necessidades de saúde, cultivando o pensamento que rejeita a possibilidade de adoecer, mantendo até hoje a questão cultural da invulnerabilidade masculina. Alia-se a isso a conformação do acesso aos serviços de atenção básica, historicamente estruturados para atender mulheres e crianças e cujos horários coincidem com as jornadas laborais dos trabalhadores. Assim, há também um viés para que mais mulheres tenham sido pesquisadas (SILVA et al., 2012b).

No que diz respeito à faixa etária, destaca-se o número relevante de idosos jovens (42,7%, n=56), sendo estes com idade de 60 à 69 anos. Este resultado pôde ser enfatizado à partir de um estudo publicado por Pilger, Menon e Matias (2011), sobre as características sociodemográficas e de saúde de idosos, onde aponta que a média da faixa etária de idosos é de 68,8 anos, à partir de 359 idosos entrevistados. Da mesma forma, Borim, Barros e Neri (2012), constataram uma prevalência de idosos jovens em um estudo realizado com 1.432 participantes, onde 56,0% enquadravam-se na faixa etária de 60 à 69 anos, 32,7% estavam na

faixa etária de 70 à 79 anos e os demais 11,3% possuíam 80 anos ou mais, assemelhando-se assim, com os percentuais do presente estudo.

Neste ensejo, é importante destacar as mudanças no perfil demográfico e na estrutura etária populacional que o Brasil tem vivenciado, repercutindo em elevação da expectativa de vida e acentuando O envelhecimento da população, pois, com o avanço das tecnologias da área da saúde, valorização da atenção primária à saúde, desenvolvimento de políticas públicas saudáveis voltadas aos idosos e o novo paradigma da promoção da saúde, dentre outros fatores, houve contribuição para que os indivíduos envelheçam saudáveis, atingindo idade cada vez mais avançada (PILGER; MENON; MATIAS, 2011).

De acordo com a variável escolaridade, verifica-se que 80,2% (n=105) dos idosos estudados não são alfabetizados ou têm baixa alfabetização, o que consolida a preocupação com a trajetória educacional da população brasileira. Acredita-se que este perfil de escolaridade tem relação com suas condições sociais. Uma grande maioria dos idosos estudados afirmavam que haviam inúmeros obstáculos para efetivar os estudos e o maior deles era a necessidade de trabalho precoce, bem como a falta de estímulo e influência por parte dos pais e a impossibilidade de custear os estudos. Este percentual mostra o grande número de pessoas com pouco ou nenhum grau de escolaridade, fato comum na realidade dos países em desenvolvimento como o Brasil, principalmente quando se trata de idosos que viveram sua infância em época em que o ensino não era prioridade, principalmente com relação à mulher (REIS et al., 2009).

No estudo de Alvarenga et al. (2011) foram entrevistados 503 idosos, destes, 53,1% (n=267) eram analfabetos. Também contribuindo com este resultado, Rosset et al. (2011), realizaram um estudo que visou identificar diferenciais demográficos e socioeconômicos relacionados ao estado de saúde de idosos mais velhos residentes em duas cidades de regiões diferentes do Brasil. Por meio da análise, pôde-se constatar a prevalência do analfabetismo e/ou pouca escolaridade em ambas as regiões brasileiras. Silva et al. (2013) também obtiveram resultados semelhantes em sua pesquisa, onde constataram um percentual de 48,4% de analfabetos, seguido de 41,9% de semianalfabetos e, por fim, uma pequena proporção de 9,7% de idosos alfabetizados. Este fato reflete as condições sociais apresentadas no século passado, em que o acesso à educação era restrito.

Os resultados do Censo Demográfico (2010), divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostram que os índices de analfabetismo na população de 15 anos de idade ou mais reduziu de 13,63% em 2000 para 9,6% em 2010. No ano de 2000, o Brasil possuía 16.294.889 analfabetos nessa faixa etária, sendo que 39,2% desse contingente

eram de pessoas idosas. Número este assustador. Outrossim, ainda pôde-se constatar que a maior proporção de analfabetos estava nos municípios com até 50 mil habitantes na Região Nordeste. Nessas cidades, a proporção de idosos que não sabiam ler e escrever girava em torno de 60%.

Peres (2011, p. 643) em seu estudo sobre velhice e analfabetismo, destaca que

o problema do analfabetismo que acomete as populações mais idosas tem relação direta com o fato de ser este um grupo social abandonado pelo Poder Público quanto ao estabelecimento de políticas educacionais. O fenômeno da exclusão educacional da população idosa nos leva a compreender o sistema educacional como uma estrutura burocrática criada com o fim de promover a formação e a qualificação da mão-de-obra jovem para o mercado de trabalho (urbano-industrial), atuando de maneira funcional ao sistema capitalista. Assim, como se sabe, a exclusão dos idosos do mercado de trabalho pré-determinaria a sua exclusão da esfera da educação.

Neste contexto, muitas políticas públicas encaram o combate ao analfabetismo como um custo e não como um investimento, não se levando em conta que este problema tem um impacto não só individual, mas também social. Ele impacta no que diz respeito à saúde (mais enfermidades), na educação, no trabalho (piores empregos) e também na sociedade, na participação cidadã, na perda de produtividade e de desenvolvimento social. Assim, a agenda do combate ao analfabetismo deve ser uma agenda educativa permanente e sustentada, para além de partidos e governos. Além disso, é preciso que a educação seja entendida como um direito universal e igualitário, independente da idade (GADOTTI, 2013).

No que se refere ao estado civil, 50,4% (n=66) dos idosos são casados, revelando que a união civil ainda ocorre em maior proporção na atualidade. De acordo com o Censo Demográfico (2010) que mostra os resultados preliminares sobre a caracterização das pessoas e domicílios, a proporção de pessoas de 10 anos ou mais de idade casadas no Brasil era de 54,8% no ano de 2000 e subiu para 55,4% no ano de 2010 (IBGE, 2010).

Ainda com relação à esta variável, é importante destacar que o somatório do número de idosos solteiros, viúvos e divorciados equivale a cerca de 50% da amostra, tornando-se um resultado significativo e que pode ser uma problemática no cuidado com a saúde. O número de idosos viúvos adquire também, um percentual expressivo de 30,5% (n=40). Em estudo recente publicado por Silva e Andrade (2013), observou-se também uma predominância de casados, seguidos de viúvos.

Neste âmbito, é importante ressaltar que a família tem um papel importantíssimo no estabelecimento da saúde individual, salientando a natureza da capacidade do homem de atingir a maturidade emocional fora do contexto familiar, sobretudo, em se tratando de

peessoas idosas. No bojo dessas considerações, construir um casal demanda a criação de uma zona comum de interação, sendo indispensável para uma melhor qualidade de vida e de saúde da pessoa idosa (SCORSOLINI-COMIN, 2011).

Ao analisar a renda familiar, observou-se que 59,5% (n=78) dos participantes da amostra vivem com uma renda mensal de até 2 salários mínimos, seguido de um percentual de 26,0% (n=34) que vivem com até 1 salário mínimo e, por fim, uma pequena parcela de 14,5% (n=19) que vive com uma renda mensal acima de 3 salários. Vale ressaltar que a grande maioria dos participantes relataram que essa renda era proveniente de aposentadoria e que, em grande parte trata-se de aposentadoria por idade rural, equivalente à 1 salário mínimo. Esta renda, por muitas vezes não atende minimamente às necessidades humanas básicas, conforme evidenciado e apontado pela maioria dos idosos, durante o processo de coleta de dados. Isso enfatiza a necessidade da existência de programas voltados à prevenção e ao tratamento das doenças como subsídio para o autocuidado, uma vez que a rendarecebida por estes idosos tem por finalidade cobrir todas as suas despesas mensais (REIS et al., 2009).

É notório que a renda representa um fator determinante na condição de saúde do idoso, pois nesta fase há uma necessidade maior de medicações, cuidados com alimentação e outros custos que o próprio processo de envelhecimento acarreta. Além disso, uma grande maioria dos idosos se vêem em uma realidade na qual são obrigados a amparar parentes desempregados ou doentes e prover a família. Nessa conjuntura, é preocupante o fato de uma grande maioria de idosos possuírem baixa renda mensal. Esses sujeitos encontram-se em uma situação de considerável vulnerabilidade, expondo-se ao risco de surgimento de agravos à saúde ou mesmo o agravamento de doenças pré-existentes, pois sabe-se que esses rendimentos são insuficientes para suprir o padrão de necessidades do idoso e de sua família (CLARES et al., 2011).

De acordo com o Censo Demográfico (2010), no que se refere aos Indicadores Sociais Municipais, a desigualdade de renda ainda é bastante acentuada no Brasil, apesar da tendência de redução observada nos últimos anos. Embora a média nacional do rendimento domiciliar *per capita* fosse de R\$ 668 em 2010, cerca de 25% da população recebiam até R\$ 188 e metade dos brasileiros recebia até R\$ 375, bem menos do que o salário mínimo naquele ano (R\$ 510) (IBGE, 2010).

Vale salientar, ainda, que uma parcela considerável dos idosos tem a necessidade de manter não só à si próprio, mas a sobrevivência de sua família, fato evidenciado nas pesquisas do IBGE, que mostraram que a participação do idoso na renda familiar se revela cada vez mais expressiva. No início da década de 1980, a contribuição dos idosos era de 37%; já, na

década de 1990, passou a ser 47,2% e, em 2007, em 53% dos domicílios com idosos do país, mais da metade da renda era fornecida por pessoas com 60 anos ou mais. Na área rural do país, a contribuição dos idosos no orçamento familiar chegou a 67,3%, dos domicílios em 2007 (IBGE, 2010).

Neste contexto, compreende-se que o âmbito em que vive a maioria dos idosos brasileiros é caótico, tendo em vista que esta é uma população que, em grandes proporções, encontra-se em situações adversas de pobreza. No entanto, em termos de seguridade social, as pessoas idosas vêm conquistando cada vez mais direitos. O acesso dos idosos a benefícios sociais foi universalizado, seja na forma de benefícios previdenciários, seja na forma de transferências de renda sem vínculo contributivo (PAULO; WAJNMAN; OLIVEIRA, 2013).

No meio rural, os idosos que comprovam algum tipo de trabalho agrícola de subsistência passaram a ter benefício de uma aposentadoria no valor de um salário mínimo. Na área urbana, instituiu-se no ano de 1996, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que é uma transferência de renda no valor de um salário mínimo, destinada à idosos não protegidos pelas aposentadorias e que possam comprovar possuir renda familiar per capita inferior à 1/4 de salário mínimo. Também poderão tornar-se beneficiárias pessoas com deficiência incapacitante para a vida independente e para o trabalho que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2010).

Apesar desses avanços, a desigualdade de renda persiste entre os idosos brasileiros. Na região Nordeste, cerca de 68% dos idosos residem com renda familiar *per capita* menor que um salário mínimo. O Brasil está situado em 11º lugar entre os países com mais alta concentração de renda. Devido a isto, a Organização Panamericana de Saúde considera que serão necessários outros 20 anos para que a desigualdade no Brasil atinja a média que prevalece em países com grau semelhante de desenvolvimento (GEIB, 2012).

5.2 Apresentação dos dados relativos ao estilo de vida

Nesta sessão serão apresentados os dados relacionados ao estilo de vida, com a exibição dos fatores comportamentais associados ao adoecimento no envelhecimento, conforme aplicação dos questionários junto aos idosos participantes da pesquisa.

Tabela 2 – Variáveis comportamentais de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família, Cuité – PB (n=131).

Variável	Categoria	Idosos pesquisados	
		f	%
<i>Tabagismo</i>	Sim	13	9,9%
	Não	118	90,1%
<i>Consumo de álcool</i>	Sim	08	6,1%
	Não	123	93,9%
<i>Atividade Física</i>	Sim	20	15,3%
	Não	111	84,7%
<i>Nível de estresse</i>	Baixo (0-4)	74	56,5%
	Elevado (5-10)	57	43,5%
<i>Medidas descritivas</i>	<i>Média = 3,83</i>	<i>Mínimo = 0</i>	<i>Máximo = 10</i>
<i>Índice de Massa Corporal</i>	Baixo peso	37	28,2%
	Eutrófico	81	61,8%
	Sobrepeso	12	9,2%
	Obesidade	1	0,8%
	<i>Medidas descritivas</i>	<i>Média = 20,43</i>	<i>Mínimo = 13,4</i>
	<i>Desvio padrão = 3,53</i>		
	Total	131	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Conforme observado na **Tabela 2**, quanto à variável tabagismo, pôde-se observar que 90,1% (n=118) dos idosos entrevistados declararam não serem fumantes. Resultado este, bastante satisfatório, tendo em vista a quantidade de malefícios que este hábito acarreta à saúde. Vale ressaltar que muitos destes indivíduos estudados afirmaram que praticavam o tabagismo há muito tempo atrás, salientando que há décadas, este era um hábito cotidiano. Oliveira e Moreira (2010), também obtiveram resultado semelhante em seu estudo com pessoas idosas, no que se refere ao tabagismo.

O tabagismo atualmente é um dos principais problemas de saúde pública. A estimativa é de que o hábito de fumar seja responsável por 85% dos óbitos provocados por enfisema pulmonar e 45% dos óbitos por infarto agudo do miocárdio, além de ser o responsável por 25% das mortes por doenças cerebrovasculares a 30% das provocadas por câncer. Apesar dos males que o tabagismo traz, bem como estes já citados, a sua prevalência no Brasil ainda é alta. Isto se dá pelo fato de doenças relacionadas ao tabaco serem crônicas, das propagandas veiculadas à indústria, do baixo preço e em decorrência da dificuldade em cessar o hábito. Destacam-se também, os aspectos sociais, econômicos e culturais na manutenção da alta prevalência do hábito de fumar (LIMA; FAUSTINO, 2013).

Os resultados apresentados mostram que o tabagismo obteve um baixo percentual nos indivíduos estudados, no entanto, isso não exclui o fato de alguns realizarem essa prática.

Dessa forma, surge a necessidade de estratégias de educação em saúde direcionadas aos idosos que visem enfatizar os benefícios de um hábito de vida sem o consumo do tabaco e o estímulo à cessação deste vício. De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde, diversas medidas podem ser adotadas a fim de prevenir e/ou controlar o tabagismo, sendo elas: sistematizar ações educativas e mobilizar ações legislativas e econômicas; realizar ações educativas de sensibilização da população para a promoção de “comunidades livres de tabaco”, divulgando ações relacionadas ao tabagismo e seus diferentes aspectos; investir na promoção de ambientes de trabalho livres de tabaco; mobilizar e incentivar as ações contínuas por meio de canais comunitários, capazes de manter um fluxo contínuo de informações sobre o tabagismo e seus riscos, tanto para quem fuma, quanto para quem convive (BRASIL, 2010).

No que concerne à variável consumo de álcool, identificou-se um percentual de 93,9% (n=123) de idosos que referiram não ingerir bebidas alcoólicas. Resultando este, também satisfatório. Em se tratando do etilismo, alguns dos entrevistados afirmaram que consumiam bebidas alcoólicas quando jovens, mas que, com o passar dos anos, foram se abstendo.

Silva et al., (2012) realizaram um estudo com 909 idosos em três municípios interioranos brasileiros, representando as regiões Nordeste, Sul e Sudeste do país. De acordo com os resultados obtidos, quanto ao tabagismo e consumo de álcool, aproximadamente três quartos da população amostral declararam não serem tabagistas ou etilistas. Informação esta, que corrobora os dados obtidos no presente estudo.

De acordo com estudos, o consumo abusivo de álcool é considerado um fator de risco e agravante para doenças cardiovasculares, doenças hepáticas, diabetes, alterações cerebrovasculares, determinados tipos de câncer. Além de ser uma das maiores causas de acidentes de trânsito e violência, gerando inúmeros impactos psicossociais (GEIB, 2012).

Assim como apontado quanto ao tabagismo, no que se refere ao consumo de álcool, é imprescindível focar também na parcela da amostra que refere ser etilista, pois, conforme aponta Senger et al. (2009), são comuns os problemas relacionados ao abuso do álcool em indivíduos com 60 anos ou mais, no entanto, por serem pouco reconhecidos, são denominados por alguns autores de “epidemia invisível”. Neste cenário, é viável a implementação de ações que visem diminuir a morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool, a exemplo: investir em ações educativas e sensibilizadoras; produzir e distribuir material educativo para orientar e sensibilizar a população sobre o uso abusivo do álcool; apoiar a restrição de acesso a bebidas alcoólicas de acordo com o perfil epidemiológico de dado território, protegendo segmentos vulneráveis e priorizando situações de violência e danos sociais (BRASIL, 2010).

Ao analisar a variável atividade física, observou-se que 84,7% (n=111) declararam não praticar alguma atividade física. Vale mencionar que muitos dos entrevistados eram idosos (75 a 85 anos) e muito idosos (>85 anos), destacando-se a fragilidade, a reduzida capacidade (física e mental) e a presença de distúrbios múltiplos que são mais comuns após os 80 anos de idade. Além do mais, a ocorrência de incapacidade funcional para as atividades básicas e instrumentais estava presente. No entanto, o percentual quanto a esta variável é significativo e bastante preocupante.

Corroborando o presente resultado, Duca, Thumé e Hallal (2011), Pagotto, Nakatani e Silveira (2011), bem como Zaitune et al. (2010), em seus estudos com a população idosa, também observaram um percentual reduzido de indivíduos que realizam atividades físicas.

A adoção de um estilo de vida ativo proporciona diversos benefícios à saúde, uma vez que é considerado um importante componente para melhoria da qualidade de vida em idosos. No entanto, tão importante quanto verificar os benefícios dessa prática, é compreender os fatores associados que influenciam a sua adesão e manutenção no que diz respeito à população idosa (MACIEL, 2010). De acordo com alguns estudos, o processo de engajamento do idoso na prática de atividade física vai além do estímulo e ênfase aos benefícios, pois algumas dificuldades permeiam este processo, como: medo de sofrer alguma lesão ou queda, medo de ser vítima de violência ao exercitar-se ao ar livre, cansaço iminente, determinadas morbidades e agravos à saúde, limitação física, dor, além da falta de companhia ou de tempo para exercitar-se (ZAITUNE et al., 2010).

Em meio à este cenário, recentemente, o Ministério da Saúde estabeleceu a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, que propõe, entre outras estratégias, ações que favorecem modos de vida mais saudáveis. De acordo com a Política, uma das abordagens sugeridas para alcançar um envelhecimento saudável e ativo, é a prática regular de atividade física, que, além de assumir um papel fundamental na promoção da saúde nas diferentes estratégias de prevenção e tratamento de doenças, proporciona benefícios físicos, psicológicos e sociais advindos de sua prática. Além disso, entre a população idosa, este referido estilo de vida favorece a manutenção da independência, da saúde e da qualidade de vida e reduz o risco de desenvolver doenças ou agravos crônicos, de morte e de institucionalização (ZAITUNE et al., 2010).

Quanto o nível de estresse, a maioria dos participantes da pesquisa 56,5% (n=74) apresentou estresse baixo (0-4). Média esta, abaixo do nível intermediário (5), confirmando um ótimo resultado obtido. A média de nível de estresse dos idosos é de 3,83, com desvio padrão de 3,14.

Melo et al. (2013), realizaram um estudo com 254 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos a respeito do efeito do estresse na qualidade de vida dos idosos. Conforme análise dos resultados, observou-se que, quanto ao nível de estresse, 61% dos idosos relataram ter vivenciado eventos nada ou pouco estressantes e 39% apresentaram nível mediano ou alto de estresse, o que assemelha-se ao presente estudo.

A expressão estresse está associada a sensações de desconforto que perturbam a homeostase do corpo humano, além de ser um fator de agravo ou mesmo desencadeamento de diversas alterações fisiológicas nos indivíduos (FARIAS et al., 2011). Trata-se de uma condição que, associada à outras alterações no estilo de vida, prejudica a saúde física e mental do idoso, além de contribuir para uma maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis, principal causa de óbito e incapacidade no Brasil. Assim sendo, pessoas idosas que possuem pouco ou nenhum nível de estresse têm um melhor padrão e expectativa de vida (VERAS, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2006), o Índice de Massa Corporal (IMC) é estipulado por meio do cálculo entre o peso (kg) dividido pela altura (cm²) e a classificação do estado nutricional é feita através dos seguintes parâmetros: baixo peso IMC <18,5kg/m², eutrofia IMC entre 18,5kg/m² a 24,9kg/m², sobrepeso IMC entre 25kg/m² a 29,9kg/m² e obesidade com IMC igual ou maior que 30kg/m².

Com relação à variável IMC, a maioria dos idosos entrevistados apresentaram-se eutróficos (peso adequado), representando 61,8% (n=81) da amostra. Na sequência, 28,2% (n=37) apresentaram baixo peso, 9,2% (n=12) sobrepeso e 0,8% (n=1) apresentou obesidade. Resultado substancialmente satisfatório.

A avaliação do estado nutricional é um dos itens primordiais para uma adequada avaliação geriátrica, uma vez que a detecção precoce de desnutrição ou de obesidade favorece a melhoria de condição de vida. O adequado estado nutricional ao longo da vida pode ser considerado um dos fatores que determinam a longevidade bem sucedida da pessoa idosa, contribuindo para prevenção de inúmeros agravos à saúde (SOUZA, et al., 2013).

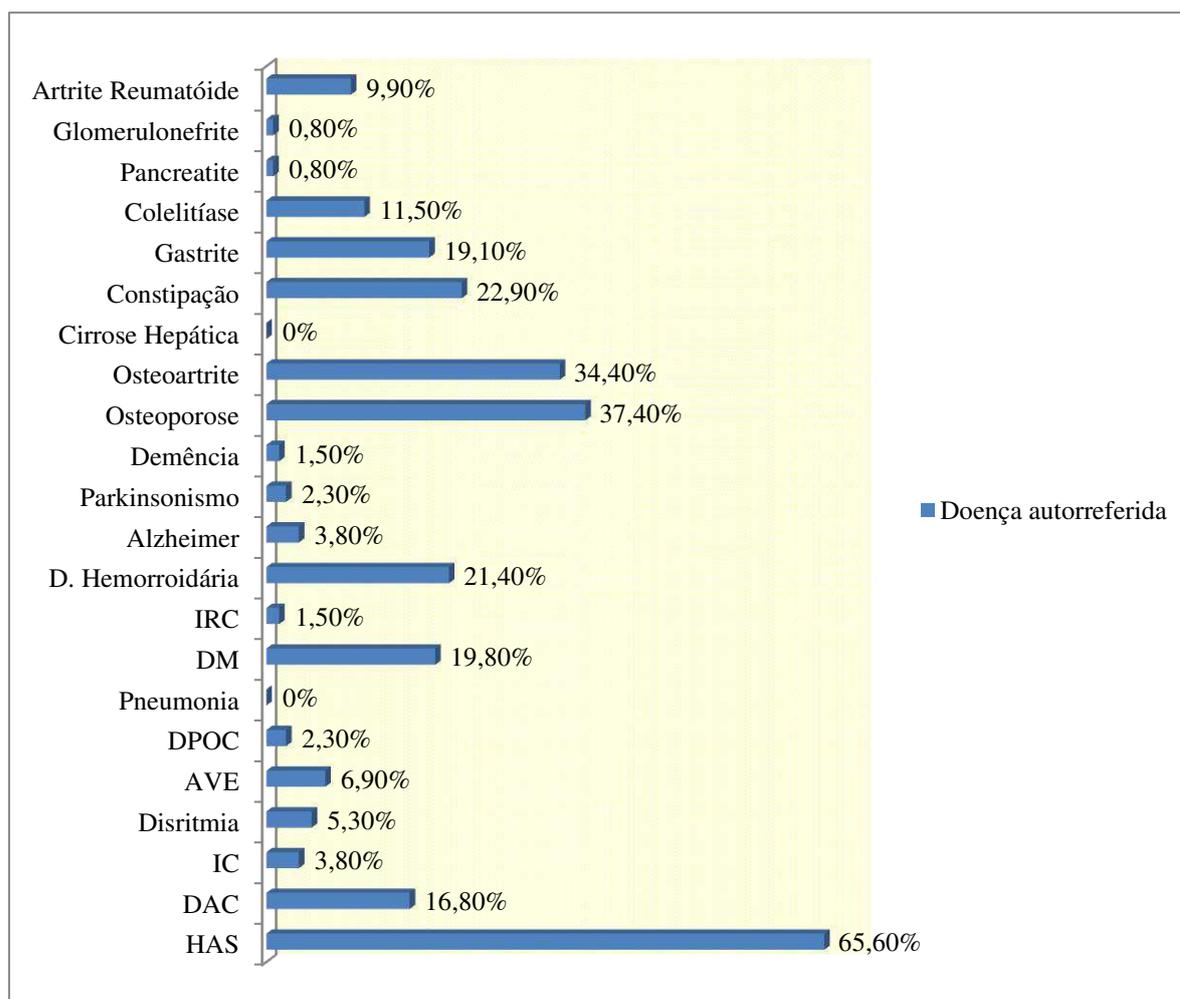
Nesse íterim, se faz necessário destacar a importância de uma alimentação saudável para garantir um maior bem estar e qualidade de vida. No entanto, os maus hábitos alimentares acompanham muitos idosos. As tentativas de convencimento para mudanças de hábitos alimentares em idosos são muitas vezes sem sucesso, pois quando se trata de mudar hábitos prazerosos da alimentação é necessário que as razões para isso sejam explicadas por meio de uma abordagem acolhedora e cuidadosa. Deve haver um vínculo de confiança estabelecido, para que se possa observar uma possível não adesão às orientações

recomendadas que podem ser devido a fatores externos ao alimento em si. Neste contexto, o profissional de saúde adquire papel importantíssimo para um melhor aconselhamento a respeito dos benefícios de uma alimentação saudável para prevenção e até mesmo tratamento de diversas doenças, destacando a hipertensão arterial e diabetes mellitus (FAZZIO, 2012).

5.3 Dados relacionados à prevalência de doenças associadas ao envelhecimento e à adesão ao tratamento

Neste momento, serão apresentados os resultados obtidos quanto à investigação das doenças autorreferidas por idosos, bem como a adesão ao tratamento e, posteriormente, a análise e discussão, conforme objetivo do presente estudo.

Gráfico 1 – Doenças autorreferidas por idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família, Cuité – PB (n=131).



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Legenda: IRC = Insuficiência Renal Crônica; DM = Diabetes Mellitus; DPOC = Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; AVE = Ataque Vascular Encefálico; IC = Insuficiência Cardíaca; DAC = Doença Arterial Coronariana; HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica.

Conforme observado no **Gráfico 1**, a doença representando o primeiro lugar em prevalência no município de Cuité foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com percentual de 65,60%, dentre os 131 participantes, que embora venha sendo cada vez mais diagnosticada em jovens e adultos nos dias atuais, ainda trata-se de uma doença tipicamente característica da pessoa idosa prevalente em todo o país.

No Brasil, estima-se que essa doença acometa 50% a 70% dos indivíduos idosos (MUNARETTI et al., 2011). Embora seja apontado que doenças e limitações não são resultados inevitáveis do envelhecimento, ainda existem amplas evidências de que as próprias alterações do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento da HAS, sendo esta a principal doença crônica nessa população. Nesse contexto, a HAS, além de ser um dos principais fatores de risco para a mortalidade nessa faixa etária, também causa grandes alterações na qualidade de vida da pessoa idosa, fato que muitas vezes retira o valor da longevidade conquistada (ESPERANDIO et al., 2013).

O avanço da idade, baixo nível econômico e a baixa escolaridade (características observadas com maior prevalência no presente estudo) são referidos como importantes fatores que influenciam negativamente a HAS em idosos. As condições sociais e econômicas desempenham um importantíssimo papel nas condições de saúde, pois é a partir disso que surgem outros fatores como o grau de informação, o acesso aos serviços de saúde e a compreensão da situação de saúde (MÁRTIRES; COSTA; SANTOS, 2013).

A prevalência da HAS na população idosa, dentre outras doenças crônicas não transmissíveis é observada na maioria dos estudos no Brasil (MÁRTIRES; COSTA; SANTOS, 2013). Confirmando esta afirmação, bem como o percentual observado neste estudo, Esperandio et al. (2013), realizaram um estudo com 273 idosos, onde foi observada a maior prevalência de HAS nos indivíduos entrevistados (67,4%). Ainda neste contexto, Leite et al. (2012), bem como Ferreira e Rosado (2012) também observaram que a HAS era a mais comum, dentre as outras doenças.

Continuando a análise epidemiológica da HAS, de acordo com Silva, Keller e Coelho (2013), com o avanço da idade, a maioria da população se tornará hipertensa, tendo em vista que aproximadamente 44% dos indivíduos com idade entre 50 e 59 anos tem hipertensão, bem como 67% das pessoas acima de 60 anos.

Seguindo o percentual dos resultados obtidos neste estudo, a osteoporose e a osteoartrite encontram-se em segundo lugar (considerando a semelhança dos valores), dentre as doenças autorreferidas, com 37,40% e 34,40% respectivamente, comprovando que as alterações osteoarticulares são muito comuns nessa faixa etária da população, além de serem

condições características do processo de envelhecimento. Este fato também foi observado na pesquisa de Dantas et al. (2013) com 164 idosos, onde foi constatado um percentual de 41,5%, no que se refere às alterações osteoarticulares.

A osteoporose é um dos problemas de saúde que mais acomete os idosos. Entre essa população, ela pode estar relacionada à diminuída exposição ao sol e ao envelhecimento epitelial, que contribuem para a redução da absorção de cálcio. Além disso, verifica-se maior reabsorção óssea dada à dietas pobres, fator este, evidenciado em populações de baixa renda (SANTOS et al., 2012). Vale ressaltar ainda que o envelhecimento fisiológico provoca uma perda de tecido ósseo generalizada em todas as pessoas. Por volta dos cinquenta anos, a perda óssea começa a aparecer, tanto no homem, quanto na mulher (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

Diversos estudos evidenciam a relevância da osteoporose dentre as os problemas de saúde referidos pelos idosos, como é o caso do estudo de Leite et al. (2012), onde, de 89 participantes, 21,1% apresentam a doença. Ainda contribuindo com estes índices, Andrade, Araújo e Campos (2011), realizaram uma pesquisa com 435 indivíduos e observaram que a osteoporose encontra-se em terceiro lugar dentre as doenças mais comuns em idosos do sexo feminino.

Quanto à osteoartrite, também se trata de uma condição comum ao envelhecimento, conforme observa-se na presente pesquisa e em diversos estudos publicados. É uma doença que apresenta taxas de prevalência mais elevadas a partir da quarta década de vida e é uma das doenças mais comuns na população idosa (MENDES; NOVO; PRETO, 2012). De acordo com o estudo de Ferreira e Rosado (2012), com pessoas idosas, a osteoartrite encontra-se no terceiro lugar dentre as doenças mais citadas.

Continuando com os resultados encontrados nesta investigação, em terceiro lugar (considerando a semelhança dos valores), quanto às doenças autorreferidas pelos idosos, encontram-se: constipação com 22,90%; doença hemorroidária com 21,40%; diabetes mellitus com 19,80%; gastrite com 19,10% e doença arterial coronariana com 16,8%.

A constipação intestinal é uma alteração comum ao envelhecimento, principalmente devido às alterações de motilidade e secretoras do aparelho digestório (FREITAS et al., 2011). No entanto, poucos estudos dão ênfase a essa condição de saúde, no que diz respeito à sua prevalência associada ao envelhecimento. Porém, Pich et al. (2013) observou um resultado semelhante em seu estudo, onde, de 136 idosos entrevistados, 20,59% apresentaram constipação intestinal, reafirmando os dados da presente pesquisa.

Uma série de mudanças que afetam a ingestão, digestão, absorção e metabolismo de nutrientes ocorrem no sistema gastrointestinal com o processo de envelhecimento, destacando-se as alterações fisiológicas no intestino, como a diminuição do trânsito colônico e, principalmente, mudanças na função anorretal que podem levar à constipação intestinal. Todavia, o diagnóstico de constipação intestinal depende na maioria das vezes da percepção individual. Muitos dos que se dizem constipados não se encaixam nas definições específicas. Os sintomas podem ocorrer secundariamente a várias doenças e mecanismos, interferindo no estilo de vida. Neste sentido, é importante destacar que a identificação das doenças crônicas deve ser feita precocemente, sendo possível por meio da avaliação nutricional, considerando-se as características de vida de cada idoso (WACHHOLZ; MACCARINI; NESELLO, 2012).

Quanto à doença hemorroidária, o resultado observado foi relativamente novo, quando levado em consideração o contexto do presente estudo. Estudos que retratem sobre essa alteração nas pessoas idosas são bastante escassos assim como no que diz respeito às estatísticas de sua prevalência na pessoa idosa. De acordo com os dados analisados nesse estudo, a constipação intestinal obteve um percentual significativo e quase equiparado à doença hemorroidária. Nesse aspecto, é constatável que a constipação pode vir a ser um fator predisponente à essa doença, conforme denota Nesello, Tonelli e Beltrami (2011).

Confirmando o conceito exposto, Schroeder e Santos (2012) afirmam que a constipação é uma diminuição da frequência das evacuações, associada à dificuldade de evacuar. Quando o indivíduo apresenta essa alteração, ele está predisposto a desenvolver doença hemorroidária, devido ao aumento e força da tensão exercida durante os movimentos intestinais, podendo também causar outras alterações, como fissuras anais, câncer do intestino e diverticulose. A partir desse pressuposto, surge a necessidade de estudos que visem a investigação dessa problemática na pessoa idosa.

O Diabetes Mellitus (DM), também considerado um conjunto de alterações comuns ao envelhecimento (SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA, 2012), quando comparada a outros estudos, apresentou um percentual inferior na presente pesquisa. É comum observar a prevalência de hipertensão, seguida da diabetes mellitus na pessoa idosa, como é o caso do estudo realizado por Pilger, Menon e Mathias (2011), onde a hipertensão foi a doença mais relatada pelos idosos (34,9%), seguida de diabetes (12,4%). Esse fato também foi observado por Clares et al. (2011) em que, de 52 idosos entrevistados, houve prevalência de hipertensão (48,1%) e diabetes (15,4%).

O diabetes tipo 1, ainda que possa se desenvolver em todas as idades, é o tipo diagnosticado com maior frequência na infância e adolescência. Já o diabetes tipo 2,

caracterizado pela deficiência relativa de insulina, é mais frequente na pessoa adulta, sobretudo nos idosos. Pelo fato das principais causas do diabetes incluírem os maus hábitos alimentares e de vida, é que esta doença se faz tão presente na população idosa. Em idosos acima de 60 anos, a prevalência oscila entre 15% a 20%, com elevações nestes percentuais em idosos com mais de 75 anos. Mais de 50% do total de pessoas com DM mostram estar acima dos 60 anos (LOPES; ARGIMON, 2009).

A gastrite é uma alteração que também está relacionada ao envelhecimento, bem como condições que afetam o sistema digestório (FREITAS et al., 2011), no entanto, apresenta menor ocorrência, quando comparada às outras doenças já mencionadas. De acordo com Meira et al., (2013), em estudo sobre as condições de saúde nos idosos, a gastrite estava apenas entre os diagnósticos médicos para os idosos na classificação “outras”. Já na pesquisa de Fortes (2014), de 30 idosos entrevistados, 13,3% apresentaram gastrite. Assim, é notório que esta doença acomete a população idosa em menores proporções, no entanto, isto não extingue a necessidade de cuidados e maior atenção.

De acordo com Bott, Terra e Urbano (2012), diversas alterações gástricas acompanham o envelhecimento, principalmente no que diz respeito às funções secretoras e de motilidade. Ainda, com o envelhecimento, pode ocorrer atrofia gástrica, alterações na secreção e esvaziamento gástricos. Vale salientar ainda que o uso prolongado de medicamentos e a exposição a fatores estressores, características comuns à pessoa idosa, são fatores de risco importantíssimos no desenvolvimento da gastrite.

A prevalência e gravidade da Doença Arterial Coronariana (DAC) aumentam com o envelhecimento tanto em homens, quanto mulheres, conforme apontam Schwartz e Zipes (2010). Devido ao fato da DAC se desenvolver em decorrência da deposição de gordura nas paredes das artérias que suprem de sangue o coração, apresentando fatores de risco acumulativos, ela torna-se comum na pessoa idosa, devido aos maus hábitos que persistem por anos (PINHO et al. 2010). No entanto, estudos que verifiquem a sua prevalência associada ao envelhecimento são pouco enfatizados, com exceção daqueles que retratam de doenças cardiovasculares em um contexto geral, como é o caso de Meira et al., (2013). No percentual de DAC na presente pesquisa foram encontrados índices de aterosclerose, infarto agudo do miocárdio e angina *pectoris*, seguindo a proporção, respectivamente.

Em quarto lugar (com menor percentual), quanto à prevalência das doenças associadas ao envelhecimento estão: colelitíase (11,50%); artrite reumatoide (9,90%); acidente vascular encefálico (6,90%); disritmia cardíaca (5,30%); insuficiência cardíaca (3,80%); Alzheimer (3,80%); parkinsonismo (2,30%); DPOC (2,30%); demência (1,50%); IRC (1,50%);

pancreatite (0,80%) e glomerulonefrite (0,80%). Devido à baixa prevalência identificada, as mesmas não serão discutidas com profundidade.

A colelitíase é uma doença comum aos maus hábitos de vida cumulativos, tornando-se também presente nas pessoas idosas (FREITAS et al., 2011). De acordo com Antunes, (2012), trata-se de uma alteração que acomete frequentemente os idosos e uma das causas de internação desta população. Trata-se de uma doença incomum aos jovens, tornando-se cada vez mais prevalente após os 40 anos de idade. Sua incidência aumenta depois disso, alcançando uma extensão de até 50% daqueles acima de 70 anos de idade.

Muito se fala a respeito das repercussões advindas da artrite reumatoide em idosos, por ser esta uma doença que acomete seis vezes mais pessoas acima de 65 anos do que aos 25 anos (FREITAS et al., 2013). Segundo Pires et al., (2012), a artrite reumatoide é uma doença autoimune etiológicamente desconhecida, mas que sua prevalência aumenta com a idade. O ataque vascular encefálico (AVE) é uma doença característica do envelhecimento, apesar de estar acometendo também pessoas mais jovens atualmente. É uma doença que tem sua incidência dobrada a cada década, após os 55 anos e o risco de acometimento aumenta substancialmente com a idade (SCHWARTZ; ZIPES, 2010).

A disritmia cardíaca também aumenta sua incidência com a idade, pois à medida que o indivíduo envelhece, ocorrem mudanças fisiológicas no coração que afetam o miocárdio e o tecido de condução (FREITAS et al., 2011). Além disso, com o envelhecimento, ocorrem diversas alterações na área do nódulo sinusal, favorecendo a pessoa idosa a adquirir esta doença (SCHWARTZ; ZIPES, 2010). No que se refere à Insuficiência Cardíaca (IC), de acordo com Bocchi et al. (2012), no último censo (2010), observou-se um grande crescimento da população idosa no país e, conseqüentemente, um potencial crescimento de pacientes em risco ou que vivem com IC, por ser esta, uma doença que tem prevalência na população mais envelhecida.

A doença de Alzheimer é uma das doenças mais comuns à pessoa idosa, em virtude do declínio da função cerebral e a idade é, indubitavelmente, o fator de risco mais importante para o desenvolvimento da DA, conforme apontam Freitas et al., (2011). Já a doença de Parkinson não é uma alteração exclusiva do envelhecimento, ao contrário do que se pensa, pois pode-se encontrar em pacientes antes dos 40 anos e até mesmo abaixo dos 21. No entanto, o início do quadro clínico em um contexto geral ocorre entre os 50 a 70 anos de idade (VARA; MEDEIROS; STRIEBEL, 2011). Além disso, apesar de etiologia idiopática, o avanço da idade, acompanhado do envelhecimento cerebral são fatores predisponentes à esta doença (SOUZA, et al., 2011).

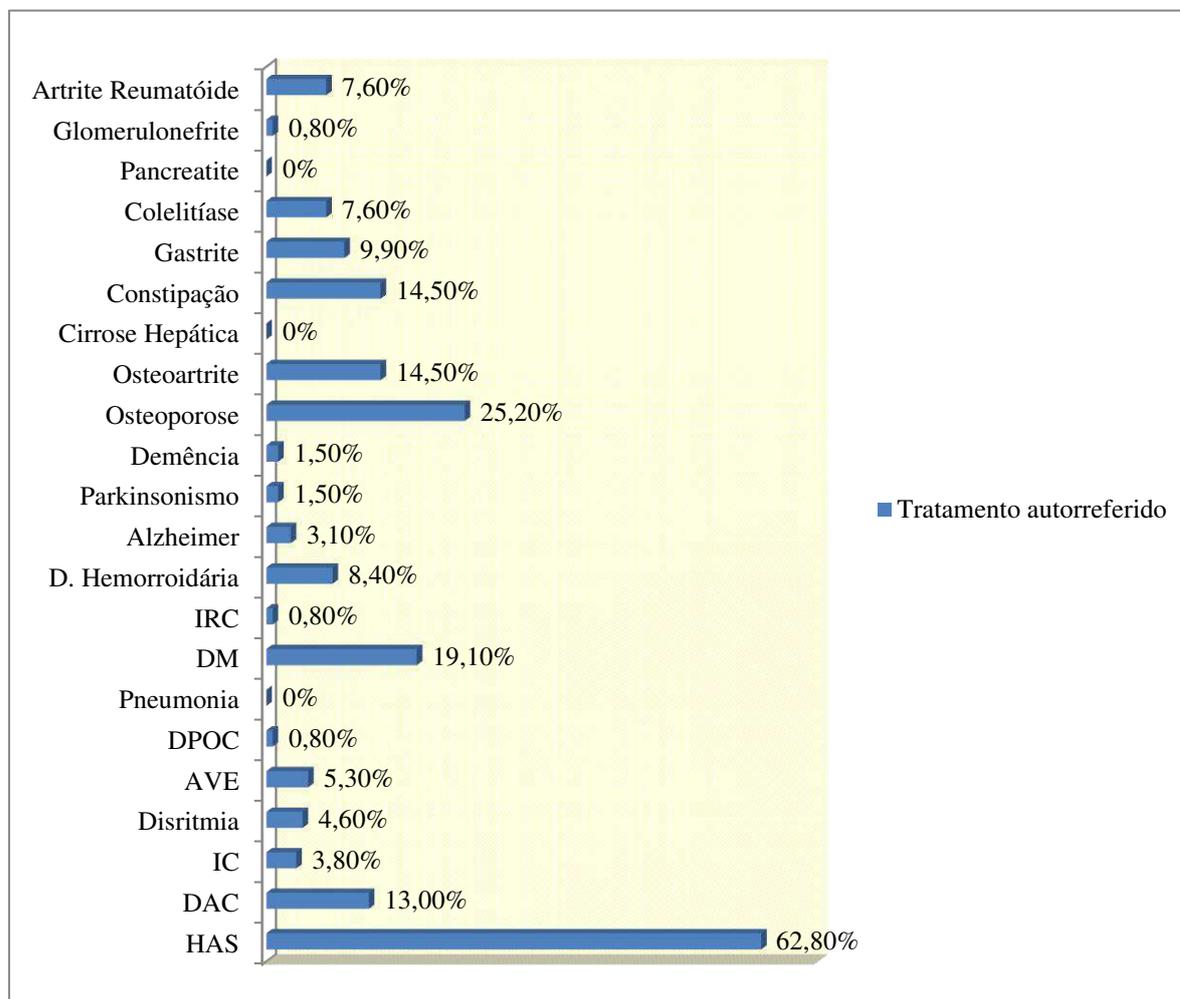
Dentre as doenças do aparelho respiratório, a doença pulmonar obstrutiva crônica é a mais comum na pessoa idosa (PILGER et al., 2011). Com o envelhecimento, o indivíduo apresenta uma maior vulnerabilidade respiratória, causada pela degeneração das fibras elásticas nos bronquíolos, ductos alveolares e alvéolos causando diminuição na densidade do parênquima pulmonar. Além disso, há uma maior exposição à fatores de risco, principalmente no que diz respeito ao tabagismo, sendo este, uma das principais causas da DPOC (HOCHHEGGER et al., 2011).

A Insuficiência Renal Crônica (IRC), caracterizada pela perda progressiva e irreversível das funções renais, podendo iniciar com um quadro agudo ou gradual também é considerada uma doença comum ao envelhecimento, pois, conforme denota Smeltzer et al. (2009), com o passar dos anos, a função renal começa a diminuir, sobretudo no que diz respeito à alterações na taxa de filtração glomerular, causando diversas alterações que podem levar à IRC.

O pâncreas, por sua vez, sofre consideráveis alterações com o envelhecimento, tanto estruturais, quanto funcionais, sendo esta última, em maior escala. Essas alterações favorecem o surgimento de pancreatite na pessoa idosa (FREITAS et al., 2011), a qual é definida como uma inflamação no pâncreas, desencadeada pela ativação anormal de enzimas pancreáticas e liberação de uma série de mediadores inflamatórios, cuja etiologia corresponde à doença biliar ou ingestão de álcool, em sua maioria (APODACA-TORREZ, 2012).

A glomerulonefrite consiste em uma inflamação dos glomérulos, resultando em defeito na capacidade de filtração do sangue. Quanto à sua incidência em idosos, trata-se de uma relação que ainda está por ser estabelecida, mas acredita-se está relacionada ao próprio declínio da função glomerular secundário ao envelhecimento. Além disso, diversas doenças comuns ao envelhecimento ocasionam um declínio na função renal, como o diabetes mellitus e a hipertensão arterial (FREITAS et al., 2011).

Gráfico 2 – Doenças e tratamento autorreferidos por idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família, Cuité – PB (n=131).



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Legenda: IRC = Insuficiência Renal Crônica; DM = Diabetes Mellitus; DPOC = Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; AVE = Ataque Vascular Encefálico; IC = Insuficiência Cardíaca; DAC = Doença Arterial Coronariana; HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica.

Conforme observado no **Gráfico 2**, a maioria das doenças apresentam divergências na realização do tratamento, sendo que as que merecem maior destaque são: osteoporose (dos 37,40% que apresentam a doença, apenas 25,20% realizam tratamento); osteoartrite (dos 34,40%, apenas 14,50% realizam tratamento); constipação intestinal (dos 22,90, apenas 14,50% realizam tratamento); doença hemorroidária (dos 21,40%, apenas 8,40% realizam tratamento); gastrite (dos 19,10%, apenas 9,90% realizam tratamento) e colelitíase (dos 11,50%, apenas 9,90% dos entrevistados realizam algum tratamento).

Dentre as causas da não adesão ao tratamento mencionadas pelos idosos entrevistados, destacam-se: a irrelevância da doença para si, altos custos das medicações e a falta de

estímulo de comprar as medicações, pois muitos mencionavam que não havia necessidade de tratamento para determinada doença. Além disso, vale destacar o déficit de informação que a maioria dos idosos apresentava acerca da situação de saúde, o que favorece, por muitas vezes a não adesão aos tratamentos.

A adesão à terapêutica por parte de idosos que convivem com doenças, principalmente crônicas, tem sido discutida como um processo multifatorial e bastante complexo. Sob a ótica do indivíduo, a adesão relaciona-se ao reconhecimento, aceitação e adaptação à condição de saúde, além da identificação de fatores de risco no estilo de vida e ao desenvolvimento de hábitos e atitudes saudáveis. A falta de informação sobre a doença, os altos custos, a passividade do indivíduo em relação aos profissionais de saúde, a escolha do esquema terapêutico e as representações negativas relacionadas à doença, são os principais fatores que dificultam a adesão à terapêutica (RIBEIRO et al., 2012).

De acordo com Bugni et al., (2012), adesão ao tratamento é definida como o grau de concordância entre o comportamento do paciente ao utilizar os medicamentos, seguir uma dieta ou executar mudanças no estilo de vida e o plano terapêutico orientado pelo agente promotor de saúde. É caracterizada como intencional quando o paciente decide não seguir as orientações por estar assintomático, por não compreender a necessidade do tratamento ou porque o uso das medicações interfere em sua qualidade de vida. Já por outro lado, pode não ser intencional quando ocorre por esquecimento do paciente ou cuidador ou por dificuldade de acesso às medicações. Neste âmbito, uma má adesão ao tratamento contribui para o aumento da sintomatologia e de hospitalizações desnecessárias, causando danos muitas vezes irreversíveis.

Além dos aspectos supracitados, é importante destacar a importância do profissional de saúde na inclusão do paciente na terapêutica. Em particular, o paciente é mais inclinado a corresponder à prescrição se obtiver uma boa relação com o profissional que o atende. Assim, pode-se perceber que a aderência ao autocuidado está intimamente ligada à essa relação, que deve ser baseada na confiança, no respeito aos anseios, na escuta às suas necessidades, no estabelecimento de vínculo e autonomia, o que possibilita a responsabilização, construção de propostas terapêuticas promotoras de saúde e, conseqüentemente, melhores resultados de saúde (TADDEO et al., 2012).

Os profissionais de saúde devem sempre estar atentos aos fatores relacionados à adesão ou má adesão, bem como falta de coesão familiar. É neste contexto que a atenção primária merece ressalva, pois com um melhor acompanhamento e aconselhamento desses pacientes pode-se efetivar a busca por uma melhor adesão ao tratamento de suas doenças. A

criação de estratégias para promoção e boa adesão e o acompanhamento contínuo dos pacientes são importantes para se alcançar a melhor resposta ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (BUGNI et al. 2012).

Neste ensejo, transformar práticas de saúde exige mudanças no processo de construção dos sujeitos envolvidos no trabalho em saúde. Apenas com profissionais, usuários protagonistas e corresponsáveis é possível efetivar a aposta que o Sistema Único de Saúde faz quanto à universalidade do acesso, na integralidade do cuidado e quanto à equidade das ofertas em saúde (TADDEO, 2012). Assim, embora nos últimos anos tenha ocorrido um processo de reestruturação da atenção básica no país, ainda existe uma necessidade de fortalecer suas ações (CARVALHO et al., 2012).

5.4 Dados relacionados à associação de fatores comportamentais com as doenças autorreferidas

Para averiguar a associação entre os fatores comportamentais (tabagismo, consumo de álcool, prática de atividade física, estresse e índice de massa corporal) com as doenças autorreferidas pelos idosos foi utilizado o teste do qui-quadrado, aceitando como valores estatisticamente significantes quando $p\text{-valor} < 0,05$. Na Tabela 3 estão discriminados os valores p .

Tabela 3 – Associação entre fatores comportamentais com doenças autorreferidas por idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família, Cuité – PB (n=131).

Fatores Comportamentais	HAS	DAC	Insuficiência Cardíaca	Disritmia	AVE
Tabagismo	0,119	0,886	0,449	0,367	0,902
Consumo de álcool	0,847	0,522	0,561	0,488	0,428
Atividade física	0,656	0,677	0,364	0,314	0,719
Estresse	0,015	0,840	0,280	0,413	0,182
IMC	0,421	0,172	0,000	0,286	0,781

Fatores Comportamentais	DPOC	Diabetes Mellitus	IRC	Doença Hemorroidária	Doença de Alzheimer
Tabagismo	0,170	0,059	0,636	0,579	0,449
Consumo de álcool	0,655	0,146	0,716	0,527	0,561
Atividade física	0,457	0,985	0,545	0,871	0,333
Estresse	0,719	0,307	0,104	0,937	0,093
IMC	0,951	0,208	0,228	0,877	0,821

Fatores Comportamentais	Parkinsonismo	Demência	Osteoartrite	Osteoporose	Constipação
Tabagismo	0,561	0,636	0,934	0,724	0,497
Consumo de álcool	0,655	0,716	0,454	0,179	0,470
Atividade física	0,457	0,545	0,457	0,009	0,361
Estresse	0,719	0,852	0,805	0,876	0,389
IMC	0,491	0,899	0,281	0,281	0,375

Fatores Comportamentais	Gastrite	Colelitíase	Pancreatite	Glomerulo- nefrite	Artrite Reumatoide
Tabagismo	0,721	0,654	0,739	0,739	0,207
Consumo de álcool	0,625	0,294	0,798	0,798	0,801
Atividade física	0,465	0,825	0,670	0,670	0,424
Estresse	0,615	0,793	0,378	0,253	0,699
IMC	0,484	0,031	0,891	0,891	0,981

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Conforme se observa na Tabela 3, o valor de p para associação entre estresse e HAS é de 0,015, referindo haver significância estatística entre as variáveis. Esse valor denota o que diversos estudos retratam, como é o caso da pesquisa de Silva et al. (2013) que constatou que o estresse tem íntima relação com a hipertensão arterial sistêmica.

O estresse é definido como uma reação do organismo que ocorre de forma global e complexa e que envolve componentes físicos, psicológicos, mentais e hormonais. Trata-se de um estado de tensão que causa ruptura no equilíbrio interno do organismo. Sendo assim, quando o estresse é prolongado, é possível que afete o sistema imunológico do indivíduo, tornando-o vulnerável à diversas doenças (WOTTRICH, et al., 2011).

O estresse mental, portanto, apresenta relação direta com a elevação da pressão, principalmente entre pessoas com baixo nível socioeconômico submetidos a trabalhos ou situações com pouco poder de decisão. Além disso, acredita-se que o grande fator desencadeante da hipertensão é exatamente a tensão exercida por momentos de estresse e ansiedade que alteram toda a configuração hormonal e sistemática do organismo (SILVA; KELLER; COELHO, 2013). É importante destacar também, que diversos estudos mostram que o hipertenso exibe aumentos de pressão significativos quando submetido a sessões experimentais de estresse emocional e que este, é um fator importante na determinação da magnitude da reatividade cardiovascular. Outro fato importante, é que, no aparelho

circulatório, o estresse e o frio são capazes de provocar um aumento da atividade simpática, levando à liberação de adrenalina e promovendo, desta forma, taquicardia e vasoconstricção (QUINTANA, 2011).

Outra associação significativa encontrada neste estudo foi entre índice de massa corporal e insuficiência cardíaca, apresentando 100% de fidedignidade. Também investigando a associação entre IMC e insuficiência cardíaca, Zuchinali et al. (2013) realizaram um estudo com 378 pessoas diagnosticados com IC e observaram que a grande maioria dos participantes tinham alterações no IMC. Essa relação também foi observada no estudo de Nakasato et al. (2010).

O IMC está diretamente associado com a gordura corporal total e risco de desenvolvimento de doenças crônicas, inclusive as cardiovasculares, ressaltando-se ainda que é mais frequente encontrar obesos com IC grave em cardiopatias agudas (VALADARES et al., 2011). Neste ensejo, é importante expor que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil e há nítida correlação entre o ganho ponderal e o excesso de peso com risco de desenvolvimento e agravamento destas doenças. Essa correlação é explicada pelo fato do excesso de peso causar diversas alterações e anormalidades no metabolismo dos lipídios. Assim, doenças como a hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes mellitus, doença arterial coronariana e insuficiência cardíaca, associam-se ao excesso de peso e fazem parte do nosso dia a dia (SANTOS et al., 2012).

A associação entre tabagismo e diabetes mellitus também foi constatada no presente estudo, conforme demonstra a Tabela 3. Acredita-se que esse hábito de vida tenha ligação com a propensão do indivíduo a desenvolver a diabetes. De acordo com Iser et al. (2011), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) apresentam diversos fatores comportamentais modificáveis e não modificáveis. Análises epidemiológicas indicam que um dos principais fatores de risco comportamentais para o desencadeamento dessas doenças é o tabagismo.

O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação (NASCIMENTO; GOMES; SARDINHA, 2011). O consumo de cigarro ocasiona vasoconstricção, estimulando a progressão de lesões coronárias e cerebrais, bem como nefropatias, neuropatias e, principalmente, doenças cardiovasculares. Além das alterações advindas do diabetes, a associação com o tabagismo acarreta ainda mais riscos ao paciente (SANTOS; MOREIRA, 2012).

Neste contexto, reafirmando os dados analisados no presente estudo, Castro, Matsuo e Nunes (2010) realizaram um estudo sobre as características e qualidade de vida de fumantes e observaram que pessoas fumantes têm maior propensão à adquirirem diversos tipos de

doenças crônicas. Além disso, constataram também que o tabaco é um dos fatores desencadeantes e agravantes do diabetes mellitus.

Conforme exposto na **Tabela 3**, houve também associação entre atividade física e osteoporose. Este resultado condiz com o que denota a literatura, onde estudos indicam que a prática regular de exercícios físicos mantém as atividades ósseas normais, além de influenciar na manutenção das atividades ósseas e vem sendo indicada no tratamento de diversas alterações osteomusculares. Além disso, indivíduos que não realizam atividades físicas tem maior tendência a desenvolver osteoporose com o passar dos anos (MAZO et al. 2013).

Outrossim, a atividade física se torna importante na manutenção da independência funcional do idoso, pois melhora sua força muscular, coordenação e equilíbrio. Sua importância é tanta que, em todos os esquemas de tratamento da osteoporose deve estar incluído um programa de exercícios. Além disso, o osso apresenta maior susceptibilidade à perda de massa óssea pela inatividade do que capacidade de ganhá-la com o aumento da atividade física. A perda de 1% da massa óssea ocorre após uma semana de restrição e demora cerca de um ano para ser recuperada com a atividade física. Os benefícios podem ser adquiridos através de um programa regular de exercícios, os quais devem incluir o controle de alguns outros fatores de risco (BENEVIDES et al., 2013).

Por último, houve associação entre o índice de massa corporal e colelitíase, fato este, confirmado por Smeltzer et al., (2009), que apontam que um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da colelitíase é a obesidade que provoca uma saturação de colesterol na bile e predispõe a formação de cálculos biliares, agindo como irritante e produzindo alterações inflamatórias na vesícula biliar. Venturini et al., (2013) e Saturnino e Bécker (2013), também corroboram esta afirmação em seus estudos.

6 Considerações Finais

Tendo por base a vulnerabilidade biopsicossocial da população idosa, realizou-se um estudo exploratório-descritivo com uma abordagem quantitativa cujos objetivos foram: identificar a prevalência das doenças associadas ao envelhecimento no município de Cuité; descrever as características socioeconômicas e demográficas da população idosa; verificar a adesão ao tratamento das doenças associadas ao envelhecimento; e averiguar a associação entre a exposição a fatores de risco comportamentais e a prevalência de doenças associadas ao envelhecimento. Assim, a realização deste estudo foi de suma importância para a clínica e saúde coletiva, pois aponta dados de grande valia quanto à situação de saúde da população idosa do referido município.

Os dados mais prevalentes no que concerne à caracterização socioeconômica e demográfica da amostra revelam que a grande maioria dos idosos entrevistados é do sexo feminino, seguindo a tendência mundial da feminização do envelhecimento. Quanto à faixa etária: maioria idosos jovens com idade entre 60 e 69 anos. No que se refere à escolaridade, a maioria dos entrevistados têm baixa escolaridade ou são analfabetos. Em se tratando de estado civil, houve predominância de idosos casados e a soma das variáveis “viúvo”, “solteiro” e “divorciado” representam cerca de 50% do percentual, fato que merece relevância. Com relação à variável renda familiar, constatou-se que uma grande maioria possui de 01 a 02 salários mínimos, apresentando níveis consideráveis de pobreza.

No tocante às variáveis comportamentais apresentadas pelos idosos participantes do estudo, constatou-se a prevalência de não fumantes e de idosos que não consomem álcool, o que é positivamente importante para uma melhor qualidade de vida, bem como a promoção e proteção da saúde. O mesmo desfecho não foi verificado quanto à prática de atividades físicas, em que a maioria referiu o sedentarismo. Com relação à variável estresse, maior parte dos idosos possui o nível de estresse entre a média estabelecida. Quanto ao IMC, a maioria dos idosos está entre a média, sendo caracterizados como eutróficos.

No que se refere à prevalência das doenças associadas ao envelhecimento, a que merece maior destaque é a hipertensão arterial sistêmica, com percentual diferenciado dentre as outras doenças. Osteoporose e osteoartrite vêm logo em seguida. Com percentuais relativamente equiparados seguem constipação, doença hemorroidária, diabetes mellitus, gastrite e doença arterial coronariana. As outras doenças prevalentes, salientando o baixo percentual foram respectivamente: colelitíase; artrite reumatoide; ataque vascular encefálico; disritmia cardíaca; insuficiência cardíaca; Doença de Alzheimer; Doença de Parkinson; DPOC; demência; insuficiência renal aguda; pancreatite e glomerulonefrite. Pneumonia e cirrose hepática não obtiveram nenhum percentual.

Quanto ao tratamento autorreferido para as doenças supracitadas, houve maior divergência com relação à não adesão nas seguintes doenças, respectivamente: osteoporose; osteoartrite; constipação; doença hemorroidária e gastrite. Este fato é alarmante, tendo em vista a importância de um tratamento contínuo para melhoria da qualidade de vida e a vulnerabilidade determinada à pessoa idosa. Dentre as justificativas relativas à não adesão à terapêutica apresentadas pelos participantes da pesquisa, destacam-se: irrelevância da doença para si e altos custos das medicações.

No que se refere à correlação entre fatores de risco comportamentais e as doenças autorreferidas pelos idosos, observa-se que das 100 hipóteses elaboradas para esta pesquisa, 95 hipóteses de nulidade foram aceitas e apenas 05 foram rejeitadas, gerando confirmação da associação estatística significativa entre os seguintes parâmetros aferidos: estresse e HAS; IMC e insuficiência cardíaca; tabagismo e diabetes mellitus; atividade física e osteoartrite; IMC e colelitíase.

A realização de estudos desta natureza é importante para que possam ser traçados perfis socioeconômicos e epidemiológicos precisos acerca de determinada população. Dessa forma poderá emergir a necessidade de criação de políticas públicas que atendam às suas necessidades. Tendo em vista ser esta uma população exposta à diversos agravos à saúde, além da vulnerabilidade própria do envelhecimento, o modelo assistencial à saúde deve propor uma atenção integral e holística, que objetive a busca aos fatores de risco para as diversas doenças que podem acometer esta população.

Tomando como base a alta prevalência de hipertensos, é importante destacar a necessidade de fortalecimento de programas já existentes, como o Hiperdia, que propõe um constante monitoramento e cuidado com a saúde, tanto com pessoas que convivem com hipertensão, quanto diabetes, por meio de melhoras no acompanhamento e intervenção/prevenção destas doenças. Além da hipertensão, as doenças osteoarticulares que são tão frequentes no idoso, merecem maior ênfase na atenção básica já que não são trabalhadas como prioridade. Dessa forma, sugere-se a intensificação de ações educativas que visem fortalecer a busca dos indivíduos aos serviços de saúde bem como a criação de campanhas de prevenção e controle e ações que incentivem a prática regular de atividades físicas e a alimentação saudável e compatível com as exigências do avançar da idade.

Neste âmbito, a Estratégia Saúde da Família (ESF) deve ter um trabalho pautado na superação de desafios que envolvem a atenção integral à pessoa idosa, além de estar atenta ao seu bem estar, à rotina funcional e à inserção familiar e social. Além disso, as equipes devem

atuar de modo interdisciplinar como meio de fortalecer as atividades realizadas, destacando-se: as consultas domiciliares, os grupos, o acolhimento e a discussão de planos terapêuticos.

Em meio à este cenário, dentro da ESF, o profissional de enfermagem tem um papel imprescindível no sentido de coordenar a equipe na estruturação do atendimento ao idoso, levando em consideração as necessidades da população, identificando os fatores de risco e planejando intersetorialmente as ações a serem executadas. Além disso, o enfermeiro tem o importante papel de realizar ações de promoção da saúde, prevenção e monitoramento de doenças, identificação de agravos e recuperação da saúde do idoso. Outrossim, na sistematização do atendimento, deve-se considerar não apenas casos de doenças já diagnosticadas, mas também ser orientado que os idosos realizem consultas preventivas, além de estímulo para que tenham alimentação saudável, pratiquem atividades físicas, formem grupos sociais de interesse comum, e mantenham outros hábitos saudáveis, garantindo assim um maior bem estar e uma melhor qualidade de vida na velhice.

Referências

ALVERANGA, M. R. M. rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Revista de Ciências e Saúde Coletiva**, v.16,n.5. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a30v16n5.pdf>> Acesso em: 25 fevereiro 2014.

ANDRADE, W. J; ARAÚJO, A.; CAMPOS, K. F. C. Estudo descritivo sobre a fragilidade de idosos assistidos em uma unidade de saúde da família. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.1, n.4. Minas Gerais, 2011. Disponível: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/111/237>> Acesso: 05 março 2014.

ANTUNES, M. Fatores de risco para a fragilidade em idosos hospitalizados: contribuições para o diagnóstico de enfermagem “risco para a síndrome da fragilidade no idoso”. **Dissertação (Mestrado). Universidade do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/55298/000857136.pdf?sequence=1>> Acesso em: 15 março 2014.

APODACA-TORREZ, F. R. et al. Resultados do tratamento da pancreatite aguda grave. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v.39, n.5. Rio de Janeiro, set/out, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912012000500008&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 14 março 2014.

ARAÚJO, M. L. M, FLO, C. M, MUCHALE, S. M. Efeitos dos exercícios resistidos sobre o equilíbrio e a funcionalidade de idosos saudáveis: artigo de atualização. **Fisioterapia Pesquisa** São Paulo, v.17, n.3, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180929502010000300016&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 03 julho 2013.

ARAÚJO, D. D; AZEVEDO, R. S; CHIANCA, T. C. M. Perfil demográfico da população idosa de Montes Claros, Minas Gerais e Brasil. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 1, n.4. Minas Gerais, 2011. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/151/236>> Acesso em: 15 fevereiro 2014.

BASTOS, M. G, KIRSZTAJN, G. Mi. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 33, n. 1. São Paulo, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002011000100013> Acesso em: 15 julho 2013.

BOCCHI, E. A. et al .Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica - 2012. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 98, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2012000700001&script=sci_arttext&tlng=es> Acesso em: 10 julho 2013.

BOTT, T. A; TERRA, T; URBANO, L. S. Alterações fisiológicas no processo de envelhecimento. **Enigmas da dor: ação multiprofissional em saúde**. ed.1, Londrina, 2012. Disponível em:
<http://www.unifil.br/portal/arquivos/publicacoes/paginas/2012/8/482_858_publipg.pdf#page=82> Acesso em: 14 março 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Morbidade Hospitalar do SUS – por local de residência – Brasil**. Brasília, jan/nov, 2011. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/morbidade_etaria.pdf> Acesso em: 08 junho 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, 14), (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>> Acesso em: 02 junho 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Envelhecimento da pessoa idosa**. Brasília, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, 19), (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Série B> Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, v.7 ed.3. Brasília, 2010. Disponível em:
<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf> Acesso em: 05 março 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687, de 30 de março de 2006**. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 mar. 2006.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Brasília], DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 30 agosto 2013.

_____. Conselho Nacional de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 311/2007 de 08 de fevereiro de 2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, fev.2007. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 30 agosto 2013.

BORIM, F. S. A; BARROS, M. B. A; NERI, A. L. Autoavaliação de saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n.4. Rio de Janeiro, abr, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v28n4/16.pdf>> Acesso em: 28 fevereiro 2014.

BUGNI, V. M. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de crianças e adolescentes com doenças reumáticas crônicas. **Jornal de Pediatria**, v.88, n.6. Porto Alegre, Nov\dez, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572012000600007&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 16 março 2014.

BENEVIDES, A. C. S. et al. Adesão à prática de atividade física em mulheres participantes de programas de prevenção e tratamento de osteoporose. **FiepBulletin On-line**, v.83, 2013. Disponível em: <<https://fiepbulletin1.websiteseuro.com/index.php/fiepbulletin/article/view/2920/5693>> Acesso em: 17 março 2014.

CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.7. Rio de Janeiro, julho, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700028&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 16 março 2014.

CLARES, J. W.B. et al. Perfil de idosos cadastrados numa Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza-CE. **Revista Rene**, v.12. Fortaleza, 2011. Disponível em: <<file:///D:/Meus%20documentos/DOWNLOADS/325-1390-1-PB.pdf>> Acesso em: 02 fevereiro 2014

CARDOSO, A. M. A. persistência das infecções respiratórias agudas como problema de Saúde Pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, julho 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000700001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt> Acesso em: 10 julho 2013.

CASTRO, M. R. P; MATSUO, T; NUNES, S. O. V. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.36, n.1, São Paulo, jan\fev, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132010000100012&lng=en&nrm=iso> Acesso em 17 março 2014.

CAVALLI, L. F, et al. Principais alterações fisiológicas que acontecem nos idosos: uma revisão bibliográfica. **XVI Seminário Interinstitucional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, out, 2011. Disponível em:

<<http://www.unicruz.edu.br/seminario/artigos/saude/PRINCIPAIS%20ALTERA%C3%87%C3%95ES%20FISIOL%C3%93GICAS%20QUE%20ACONTECEM%20NOS%20IDOSOS%20UMA%20REVIS%C3%83O%20BIBLIOGR%C3%81FICA.pdf>> Acesso em: 20 junho 2013.

CLOSS, V. E.; SHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n3/v15n3a06.pdf>> Acesso em: 02 julho 2013.

DANTAS, R. O. et al. Effect of age on proximal esophageal response to swallowing. **Arquivo de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 47, n. 4, dez. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S000428032010000400004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 04 julho 2013.

DANTAS, C. M. H. L. et al. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n.6. Brasília, Nov\dez, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600016&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 05 março 2014.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Benefício de Prestação Continuada: Conheça o que é e como funciona este direito socioassistencial**, São Paulo, 2010. Disponível em:

<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/33/.../BPC_leitura.pdf%E2%80%8E> Acesso em 05 março 2014.

DEUS, J. R.; PEREIRA, A. D.; SILVA P. C. Doença hemorroidária. **Sociedade Portuguesa de Coloproctologia: Revista Portuguesa de Coloproctologia**. Jan/set, 2010. Disponível em: <http://www.spcoloprocto.org/uploads/recomendacoes_doenca_hemorroidaria.pdf> Acesso em: 15 julho 2013.

DUCA, G. F. D; THUMÉ, E; HALLAL, P. C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.1. 2011. Disponível em:

<<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v45n1/1913.pdf>> Acesso em: 02 março 2014.

ESPERANDIO, E. M. et al. Prevalência e fatores associados a hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.16, n.3. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000300007&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 04 março 2014.

FARIAS, S. M. C. et al. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.45, n.3, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v45n3/v45n3a25.pdf>> Acesso em: 04 março 2014.

FAZZIO, D. M. G. Envelhecimento e qualidade de vida – uma abordagem nutricional e alimentar. **Revista Sena Aires**, v.1, n.1, 2012. Disponível em:

<<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/15>> Acesso em: 10 março 2014.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**, ed. 20, v.10, jan/mar, 2012. Disponível em:

<<http://www.interscienceplace.org/interscienceplace/article/viewFile/382/268>> Acesso em: 15 junho 2013.

FERREIRA, C. C. C; PEIXOTO, M. R. G; BARBOSA, M. A; SILVEIRA, E. A. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Idosos Usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 95, n.5. 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n5/aop13710.pdf>> Acesso em: 25 fevereiro 2014.

FERREIRA, F. V.; CIELO, C. A.; TREVISAN, M. E. Força muscular respiratória, postura corporal, intensidade vocal e tempos máximos de fonação na Doença de Parkinson. **Revista CEFAC**, v. 14, n. 2. São Paulo, abr. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151618462012000200021&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 15 julho 2013.

FERREIRA, P. M; ROSADO, G. P. Perfil de usuários e percepção sobre a qualidade do atendimento nutricional em um programa de saúde para a terceira idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.15, n.2. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000200007&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 05 março 2014.

FERREIRA, P. C. S; TAVARES, RD. M. S; RODRIGUES, R. A. P. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Acta Paul Enfermagem**, v.24, n.1. 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a04.pdf>> Acesso em: 05 março 2014.

FERREIRA, C. C. C. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.95, n.5, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001500010> Acesso em: 14 março 2014.

FORTES, R. C. A importância do acompanhamento farmacoterapêutico a idosos pertencentes ao grupo da “melhor idade” da FACESA. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v.40, n1, Santa Maria, jan/jul, 2014. Disponível em: <<file:///D:/Meus%20documentos/DOWNLOADS/9727-57435-1-PB.pdf>> Acesso em: 15 março 2014.

FRANCO, J. V.; MORAES, J. R. **Envelhecimento populacional brasileiro: o desafio da capacidade funcional**. XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Minas Gerais. Set. 2010. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2028.pdf> Acesso em: 05 julho 2013.

FREITAS, D. C. C. V. et al. Associação entre sintomas de insônia e artrite reumatóide em idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.4. São Paulo, agosto, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400869&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 15 março 2014.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FROTA et. al. Qualidade de vida da criança com insuficiência renal crônica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, vol. 14, jul/set, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452010000300014&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 12 junho 2013.

GADOTTI, M. Educação de adultos como direito humano. **Revista EJA em debate**, v.2, n.2, Florianópolis, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ifsc.edu.br/index.php/EJA/article/view/1004/pdf#.UzCWRPldU08>> Acesso em 07 março 2014.

GAUI, E. N.; KLEIN, C. H.; OLIVEIRA, G. M. M. Mortalidade por Insuficiência Cardíaca: Análise Ampliada e Tendência Temporal em Três Estados do Brasil. **Sociedade Brasileira de Cardiologia: Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n1/10.pdf>> Acesso em: 10 julho 2013.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.1. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100015&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 23 fevereiro 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, F. et al. Obesidade e Doença Arterial Coronariana: Papel da Inflamação Vascular. **Sociedade Brasileira de Cardiologia: Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n2/21.pdf>> Acesso em: 05 julho 2013.

GONSAGA, R. A. T. et al. Avaliação da mortalidade por causas externas. **Revista do colégio brasileiro de cirurgiões**, v.39, n.4. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v39n4/04.pdf>> Acesso em: 05 março 2014.

HOCHHEGGER, B. et al. Índice de enfisema pulmonar em coorte de pacientes sem doença pulmonar conhecida: influência da idade. **Jornal brasileiro de pneumologia**, São Paulo, v.38, n. 4, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180637132012000400012&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 10 julho 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Infográficos da cidade de Cuité – PB, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=250510>> Acesso em: 02 agosto.

_____. **Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados**, 2009. Disponível em: Acesso em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf> 15 junho 2013.

_____. **Indicadores sociais e municipais: Uma análise dos resultados do universo do censo demográfico**. Coordenação de população e indicadores sociais. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais_tab_pdf.shtm> Acesso em 08 março 2014.

_____. **Censo Demográfico 2010: Resultados preliminares da amostra**. Coordenação de população e indicadores sociais. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000006460511142011051416506447.pdf>> Acesso em: 08 março 2014.

_____.a **Censo Demográfico 2010**. Coordenação de população e indicadores sociais, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?id=3&idnoticia=1766&t=censo-2010-populacao-brasil-190-732-694-pessoas&view=noticia>> Acesso em 12 março 2014.

_____.b **Brasil: Tábua completa de mortalidade – 2010**. Diretoria de pesquisas. Coordenação de população e indicadores sociais. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010/notastecnicas.pdf>> Acesso em: 10 março 2014.

ISER, B. P. M. et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis obtidos por inquérito telefônico – VIGITEL Brasil – 2009. **Revista Brasileira de epidemiologia**, v.14, n.1. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000500010&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 17 março 2014.

LEE, K. et al . Pneumonia por micoplasma, pneumonia bacteriana e pneumonia viral. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 86, n. 6, dezembro 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000600002> Acesso em: 10 julho 2013.

LIMA, P. V. S. F; FAUSTINO, A. M. Aspectos gerais do tabagismo entre idosos no Brasil: Revisão de literatura. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v.4, n.1. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.gestoesaude.unb.br/index.php/gestoesaude/article/view/381/pdf>> Acesso em: 04 março 2014.

LOPES, R. M. F; ARGIMON, I. T. L. Prejuízos cognitivos em idosos com diabetes mellitus tipo 2. **Cuadernos de neuropsicología**, v.3, n.2, Santiago, dez, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0718-41232009000200005&script=sci_arttext> Acesso em: 14 março 2014.

LORENTZ, M. N.; VIANNA, B. S. B. Disritmias cardíacas e anestesia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 61, n. 6, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003470942011000600013&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 10 julho 2013.

MACIEL, M. G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Revista de Educação Física**, v.16 n.4. Rio Claro, dezembro, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-65742010000400023&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 04 março 2014.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia Científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, A. S.; REZENDE, N. A.; TORRES, H. O. G. Sobrevida e complicações em idosos com doenças neurológicas em nutrição enteral. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.58, n.6, dez. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302012000600014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 julho 2013.

MÁRTIRES, M. A. R; COSTA, M. A. M; SANTOS, C. S. V. Obesidade em idosos com hipertensão arterial sistêmica. **Texto contexto – Enfermagem**, v.22, n.3. Florianópolis, setembro, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300028&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 05 março 2014.

MAZO, G. Z, et al. Aptidão física, exercícios físicos e doenças osteoarticulares em idosos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. Pelotas, ago/2012. Disponível em: <http://www.sbafs.org.br/_artigos/552.pdf> Acesso em: 02 julho 2013.

MAZO, G. Z. et al. Associação entre osteoporose e aptidão física de idosos praticantes de exercícios físicos. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v.39, n.2, 2013. Disponível em: <http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasaude/article/view/8344/pdf_1> Acesso em: 17 março 2014.

MELO, R. L. P. et al. O efeito do estresse na qualidade de vida de idosos: o papel moderador do sentido de vida. **Psicologia Reflexiva Crítica**, v.26, n.2. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722013000200002&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 04 março 2014.

MENDES, M. E. R; NOVO, A. F. M. P; PRETO, L. S. R. Funcionalidade de idosos com osteoartrite. I Congresso de Cuidados Continuados. **Escola Superior de Saúde – IPB**, 2012. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8282/3/Artigo_%20FUNCIONALIDADE_IDOSOS_OA.pdf> Acesso em: 05 março 2014.

MEIRA, E. C. Condições de saúde e doença vivenciadas por idosos doentes e/ou fragilizados em processo de cuidado. **Revista Interscientia**, v.1, n.1. João Pessoa, jan/abr, 2013. Disponível em: <<file:///D:/Meus%20documentos/DOWNLOADS/8-8-1-PB.pdf>> Acesso em: 15 março 2014.

MIYATA, D. F.; VAGETTI, G. C.; FANHANI, H. R. et al. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. **Arquivo de Ciência e Saúde Unipar**, v. 9, n. 2, p.

135-140, 2005. Disponível em:

<<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/RgMetropolitana/idoso/Documents/Artigos%20e%20Documentos%20%20Relacionados/PolProgIds.pdf>> Acesso em 20 julho 2013.

MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. B. Principais Síndromes Geriátricas.

Revista de Medicina de Minas Gerais. Minas Gerais, 2010. Disponível em:

<<http://xa.yimg.com/kq/groups/21126260/875247406/name/s%25C3%25ADndromes+geri%25C3%25A1tricas.pdf>> Acesso em: 02 julho 2013.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, 2010. Disponível em:

<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf> Acesso em: 15 junho 2013.

MORAES, E. N. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>> Acesso em: 15 junho 2013.

MUNARETTI, D. B. et al. Hipertensão arterial referida e indicadores antropométricos de gordura em idosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.57, n.1. São Paulo, jan/fev, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000100011&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 04 março 2014.

NASCIMENTO, J. S; GOMES, B; SARDINHA, A. H. L. Fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares em mulheres com hipertensão arterial. **Revista Rene**, v.12, n.4. Fortaleza, out\dez, 2011. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/288/pdf>> Acesso em: 16 março 2014.

NAVARRO-PETERNELLA, F. M.; MARCON, S. S. Qualidade de vida de indivíduos com Parkinson e sua relação com tempo de evolução e gravidade da doença. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 2. Ribeirão Preto, abr. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010411692012000200023&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 20 julho 2013.

NAKASATO, M. et al. A dieta com baixo teor de sódio é de fato indicada para todos os pacientes com insuficiência cardíaca? **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.94, n.1. São Paulo, jan, 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000100015&lng=en&nrm=iso Acesso em: 17 março 2014.

NESELLO, L. A. N; TONELLI, F. O; BELTRAME, T. B. Constipação intestinal em idosos freqüentadores de um centro de convivência no município de Itajaí-SC. **Ceres: Nutrição e Saúde**, v.6, n.3. 2011. Disponível em: <file:///D:/Meus%20documentos/DOWNLOADS/2125-11181-1-PB.pdf> Acesso em: 10 março 2014.

NICODEMO, D; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: Estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência e Extensão**, v.6, n.1. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://200.145.6.204/index.php/revista_proex/article/view/324/341> Acesso em: 15 fevereiro 2014.

NOGUEIRA, M. M. L. et al. Satisfação sexual na demência. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 40, n. 2, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832013000200005&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 20 julho 2013.

OLIVEIRA, C. J; MOREIRA, T. M. M. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.11, n.1. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/349/pdf> Acesso em: 04 março 2014.

OLIVEIRA, B. C.; GARANHANI, M. L.; GARANHANI, M. R. Cuidador de pessoa com acidente vascular encefálico: necessidades, sentimentos e orientações recebidas. **Acta paul. Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000100006&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 10 julho 2013.

PAGOTTO, V; NAKATANI, A. Y. K; SILVEIRA, E. A. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.27, n.8. Rio de Janeiro, agosto, 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n8/14.pdf> Acesso em: 02 março 2014.

PAULO, M. A; WAJNMAN, S; OLIVEIRA, A. M. C. H. A relação entre renda e composição domiciliar dos idosos no Brasil: um estudo sobre o impacto do recebimento do Benefício de Prestação Continuada. **Revista Brasileira de Estatística Populacional**, v. 30. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <file:///D:/Meus%20documentos/Documents/monografia/artigos%20utilizados/PAULO%202013%20BPC.pdf> Acesso em: 04 março 2014.

PERES, M. A. C. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. **Revista Sociedade e Estado**, v. 26, n.3. São Paulo, set, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v26n3/11.pdf> Acesso em: 26 fevereiro 2014.

PICH, P. C. et al. Avaliação do trânsito intestinal em relação ao estilo de vida em idosos de um clube de terceira idade. **Revista Unopar Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, v.15, n.3. Paraná, 2013. Disponível em:

<file:///D:/Meus%20documentos/DOWNLOADS/00001126.pdf> Acesso em: 05 março, 2014.

PILGER, C; MENON, M. H; MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n.5. São Paulo, set/out, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_22.pdf> Acesso em: 25 fevereiro 2014.

PILGER, C. et al. Causas de internação hospitalar de idosos residentes em um município do Paraná, uma análise dos últimos 5 anos. **Revista de Enfermagem UFSM**, v.1, n.3, 2011. Disponível em: <file:///D:/Meus%20documentos/DOWNLOADS/3186-17935-1-PB.pdf> Acesso em: 15 março 2014.

PINHO, R. A. et al. Doença Arterial Coronariana, Exercício Físico e Estresse Oxidativo. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Santa Catarina, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n4/v94n4a18.pdf>> Acesso em: 05 julho 2013.

PIRES, A. F. et al. A importância da hidroterapia na artrite reumatóide (AR) em idosos. **Pós-graduação em reabilitação em ortopedia e traumatologia em ênfase em terapia manual**. Goiânia, 2012. Disponível em: <<http://www.portalbiocursos.com.br/artigos/ortopedia/61.pdf>> Acesso em: 15 março 2014.

QUINTANA, J. F. A relação entre hipertensão com outros fatores de risco para doenças cardiovasculares e tratamento pela psicoterapia cognitivo comportamental. **Revista da SBPH**, v.14, n.1, Rio de Janeiro, jun, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582011000100002&script=sci_arttext&tlng=es> Acesso em: 15 março 2014.

RECH, C. R. et al. Estimativa da massa muscular esquelética em mulheres idosas: validade da impedância bioelétrica. **Revista Brasileira de Medicina e Esporte**, Niterói, v. 16, n. 2, abr. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922010000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 julho 2013.

REIS, L. A. et al. Rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados no município de Jequié-BA. **Psicologia em Estudo**, v.14, n.2. Maringá, abr/jun 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n2/v14n2a09.pdf>> Acesso em 02 março 2014.

RIBEIRO, A. G. et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 25, n. 2, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732012000200009&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 04 julho 2013.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: Métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ROACH, S. S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROMERO, A. D. et al. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa Unidade de Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.11, n.2. Fortaleza, abr\jun 2010. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/375/pdf>> Acesso em: 22 fevereiro 2014.

ROSSET, I. et al. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.2. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v45n2/1761.pdf>> Acesso em: 26 fevereiro 2014.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. 3. Ed, São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANTOS, R. D. et al. Diretrizes para cardiologistas sobre excesso de peso e doença cardiovascular dos departamentos de aterosclerose, cardiologia clínica e FUNCOR da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.78, n.1. São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2002000700001&script=sci_arttext&tlng=es> Acesso em: 12 março 2014.

SANTOS, N. M. F. et al. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos com osteoporose. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.16, n.3. Minas Gerais, jul\set, 2012. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_509be7ccd646f.pdf> Acesso em: 05 março 2014.

SANTOS, J. C; MOREIRA, T. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos\diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.5. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/13.pdf>> Acesso em: 15 março 2014.

SATURNINO, L. R; BÉCKER, T. C. A. Avaliação de fatores de risco associados à indicação de colecistectomia em um hospital da região Noroeste do Paraná. **Revista de Saúde e Biologia**, v.8, n.1, jan\abr, 2013. Disponível em:

<<http://www.revista.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios2/article/view/1449/477>>
Acesso em: 17 março 2014.

SENGER, A. E. V. et al. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.14, n.4. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n4/a10v14n4.pdf>>
Acesso em: 02 março 2014.

SCORSOLINI-COMIN F. Laços de família: a conjugalidade como dimensão de análise do desenvolvimento. **Polêm!ca Revista Eletrônica**, v.10, n.2, 2011. Disponível em:
<<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/2862/2007> > Acesso em 10 março 2014.

SILVA, V. L. et al. Perfil de mortalidade do idoso: análise da evolução temporal em uma capital do Nordeste brasileiro de 1996 a 2007. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v.15, n.3. Rio de Janeiro, jul\set, 2012a. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300005>
Acesso em 12 março 2014.

SILVA, P. A. S. et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Escola Anna Nery (impr.)**, v.16, n.4, 2012b. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/19.pdf>> Acesso em: 05 março 2014.

SILVA, M. E; CRISTIANISMO, R. S; DUTRA, L. R. DUTRA, I. R. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.3, n.1. Minas Gerais, 2013. Disponível em:
<<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/336/406>> Acesso em: 28 fevereiro 2014

SILVA, I. M. C; ANDRADE, K. L. Avaliação de qualidade de vida de idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria da região nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 11, n.2. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n2/a3561.pdf>> Acesso em: 02 março 2014.

SILVA, R. J. S. et al. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.15, n.1. 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v15n1/05.pdf>> Acesso em: 03 fevereiro 2014.

SILVA, L. O. L. et al. “Tô sentindo nada”: percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.23, n.1. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000100013&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 16 março 2014.

SILVA, A. M. B; KELLER, B; COELHO, R. W. Associação entre pressão arterial e estresse percebido em motoristas de ônibus. **Journal of the Health Sciences Institute**, v.31, n.1, 2013. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/01_jan-mar/V31_n1_2013_p75a78.pdf> Acesso em: 17 março 2014.

SCHWARTZ, J. B; ZIPES, D. P. Doença Cardiovascular em Idosos. *In*. LIBBY, P. et al. **Braunwald: Tratado de Doenças Cardiovasculares**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 2 ed. p. 1923 – 1950.

SCHROEDER, J. M; SANTOS, P. Efeitos do uso crônico da semente de linhaça (*Linum usitatissimum*) sobre a função intestinal e variação do peso corporal em mulheres. **I SIPEX Seminário Integrado de Pesquisa e Extensão Universitária**, 2012. Disponível em: <<file:///D:/Meus%20documentos/DOWNLOADS/155-548-1-PB.pdf>> Acesso em: 13 março 2014.

SMELTZER, S.C. et al. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 11 ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do Diabete Mellitus**. Diretrizes da Sociedade Brasileira. Rio de Janeiro: Diagrafic, 2006. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/diretrizes.pdf>> Acesso em: 10 julho 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETOLOGIA. **Definição, diagnóstico e classificação do Diabetes Mellitus**. Relatório de atividades, 2012. Disponível em: <<http://www.spd.pt/index.php/grupos-de-estudo-mainmenu-30/classificacao-da-diabetes-mellitus-mainmenu-175>> Acesso em: 10 julho 2013.

SOUZA, V. L. et al. Perfil das habilidades cognitivas no envelhecimento normal. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.12, n.2, abr. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151618462010000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 julho 2013.

SOUZA, C. F. M. et al. A Doença de Parkinson e o processo de envelhecimento motor: Uma revisão de literatura. **Revista de Neurociência**, v.19, n.4, 2011. Disponível em: <http://files.comunidades.net/bispojosimar/doenca_de_parkinson.pdf> Acesso em: 15 março 2014.

SOUZA, R. et al. Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**,

v.16, n.1. Rio de Janeiro, jan\mar, 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232013000100009&script=sci_arttext>
Acesso em: 04 março 2014.

TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.11. Rio de Janeiro, novembro, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100009&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 16 março 2014.

TARANTINO, A.B. **Doenças Pulmonares**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TAVARES, T. E.; CARVALHO, C. M. R. G. Características de mastigação e deglutição na doença de Alzheimer. **Revista CEFAC**, v. 14, n. 1. São Paulo, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151618462012000100015&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 15 julho 2013.

TEIXEIRA, I. N. D. O.; GUARIENTO, M. E. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Campinas, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15n6/a22v15n6.pdf>> Acesso em: 05 julho 2013.

TREVIZANI, G. A.; BENCHIMOL-BARBOSA, P. R.; NADAL, J. Efeitos da idade e da aptidão aeróbica na recuperação da frequência cardíaca em homens adultos. **Sociedade Brasileira de Cardiologia: Programa de Engenharia Biomédica**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v99n3/aop06812.pdf>> Acesso em: 02 julho 2013.

TRINDADE, A. P. N. T. et al. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Fisioterapia e movimento**. Curitiba, v.26, n.2, abr/Jun 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502013000200005> Acesso em: 04 julho 2013.

VALADARES, Y. D. et al. Aplicabilidade de testes de atividades de vida diária em indivíduos com insuficiência cardíaca. **Revista Brasileira de Medicina e Esporte**, v.17, n.5. São Paulo, set/out, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922011000500003&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 17 março 2014.

VENTURINI, A. D. et al. Prevalência de obesidade associada à ingestão calórica, glicemia e perfil lipídico em uma amostra populacional de idosos do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n.3. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n3/v16n3a16.pdf>> Acesso em: 18 março 2014.

VERA, A. C; MEDEIROS, R; STRIBEL, V. L. W. O tratamento fisioterapêutico na Doença de Parkinson. **Revista de Neurociência**, 2011. Disponível em:

<<http://www.revistaneurociencias.com.br/inpress/624%20inpress.pdf>> Acesso em 15 março 2014.

VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**. Rio de Janeiro, 2011.

Disponível

em:<http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232011000400017&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 10 julho 2013.

VERAS, R. P. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n.6. São Paulo, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000600001&lng=en&nrm=iso> Acesso em 04 março 2014.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Fatores associados à prática de atividade física global e de lazer em idosos: Inquérito de saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.26, n.8. Rio de Janeiro, agosto, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000800014> Acesso em: 04 março 2014.

ZUCHINALI, P. et al. Prega cutânea tricípital como preditor prognóstico na insuficiência cardíaca ambulatorial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.101, n.5. São Paulo, Nov, 2013.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013003100008&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 17 março 2014.

WACHHOLZ, L. B; MACCARINI, G. C; NESELLO, L. A. Impacto da educação nutricional no tratamento e prevenção da constipação intestinal em idosos. **Revista Científica JOPEF**, v.13, n.1, 2012. Disponível em:

<http://www.revistajopef.com.br/revista_jopef_v13_2012.pdf#page=61> Acesso em: 14 março 2014.

World Health Organization. BMI classification. Global Database on Body Mass Index. Geneva, 2006. Disponível em:

<http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html> Acesso em: 10 março 2014.

WOTTRICH, S. H. et al. Gênero e manifestação de stress em hipertensos. **Estudos de**

Apêndice

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem como título “Prevalência de doenças associadas ao envelhecimento na população idosa do município de Cuité-PB” e está sendo desenvolvida pela aluna Renata Laís da Silva Nascimento do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob a orientação do Prof.Ms. Matheus Figueiredo Nogueira, cujos objetivos são: Investigar a prevalência das doenças associadas ao envelhecimento na população idosa do município de Cuité – PB; descrever as características socioeconômicas e demográficas da população idosa estudada; averiguar a associação existente entre a exposição a fatores de risco comportamentais e a prevalência de doenças associadas ao envelhecimento; e verificar a adesão ao tratamento das doenças associadas ao envelhecimento identificadas nos idosos participantes do estudo.

O desenvolvimento desta pesquisa justifica-se pela necessidade de conhecer quais são as doenças mais prevalentes a medida que a população envelhece, sobretudo naquela considerada idosa que reside no município de Cuité - PB. A participação do (a) Sr (a) na pesquisa é voluntária e de fundamental importância e, portanto, o (a) Sr (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum prejuízo.

Vale lembrar que esta pesquisa apresenta riscos considerados “mínimos”, pois os (as) participantes podem ficar inibidos (as) no momento da aplicação do questionário. Quanto aos benefícios, pretende-se ampliar o conhecimento sobre as características socioeconômicas da população estudada, bem como a prevalência de doenças. Os riscos se justificam, pois, mesmo ficando, inicialmente inibido (a) com a presença do pesquisador, o (a) participante terá a oportunidade, em querendo, de tirar suas dúvidas a respeito de dita matéria, tudo como preceitua a Resolução nº 466/2012 do CNS.

Os dados serão coletados através de um questionário contendo perguntas de fácil compreensão e posteriormente os resultados da pesquisa farão parte de um trabalho de conclusão de curso a ser apresentado, defendido e publicado no todo ou em parte em eventos científicos, periódicos e outros, tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

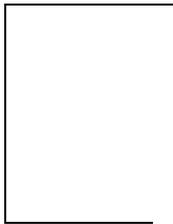
Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Vale ressaltar que durante todas as etapas da presente pesquisa serão cumpridas todas as determinações constantes da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

Eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento, assinada por mim e pelos pesquisadores.

Cuité – PB, ____/____/ 2013.

Prof.Ms. Matheus Figueiredo Nogueira
Pesquisador Responsável

Participante da Pesquisa/Testemunha



Endereço do pesquisador responsável:
Centro de Educação e Saúde - Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité. Sítio d’água da Bica, Cuité – PB. Telefone: (83) 3372-1900

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

*** Dados relacionados à caracterização sociodemográfica e econômica dos participantes**

Questionário n°: _____

Idade: _____

Sexo:

Masculino Feminino

Estado Civil:

Solteiro Casado Viúvo União consensual Divorciado

Escolaridade (número de anos estudados): _____

Renda Familiar:

até 1 salário mínimo

de 1 a 2 salários mínimos

acima de 3 salários mínimos

Profissão: _____

Ocupação: _____

*** Dados relacionados aos objetivos propostos na pesquisa**

Estilo de vida

Fumante:

não sim, _____ unidades /dia

Uso de bebida alcoólica:

não sim, _____ vezes/semana

Prática de atividade física regularmente:

não sim, _____ vezes/semana Tipo: _____

Classificação do nível de estresse:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Peso: _____ kg

Altura: _____ cm

IMC: _____

APRESENTA ALGUMA DAS SEGUINTE DOENÇAS?

DOENÇA	Diagnóstico autorreferido		Tratamento autorreferido	
	SIM	NÃO	SIM	NAO
Hipertensão arterial				
Doença arterial coronariana				
Insuficiência cardíaca				
Disritmia cardíaca				
Acidente vascular encefálico				
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica				
Pneumonia				
Diabetes Mellitus				
Insuficiência Renal Crônica				
Doença Hemorroidária				
Doença de Alzheimer				
Doença de Parkinson				
Demência				
Osteoporose				
Osteoartrite				
Cirrose hepática				
Constipação intestinal				
Gastrite				
Colelitíase				
Pancreatite				
Glomerulonefrite				
Artrite Reumatóide				

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Joseane da Rocha Dantas Cavalcante, Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família do município de Cuité, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “Prevalência de doenças associadas ao envelhecimento na população idosa do município de Cuité-PB”, nos meses de novembro a dezembro de 2013, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. Os responsáveis pela pesquisa são: Matheus Figueiredo Nogueira – pesquisador responsável (Orientador da pesquisa e Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité) e Renata Laís da Silva Nascimento – pesquisadora participante (Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité).

Cuité, 05 de setembro de 2013.

Joseane da Rocha Dantas Cavalcante
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família
Cuité – PB

Anexo
