

## A RELAÇÃO ENTRE A PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÓNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO EM PESSOAS IDOSAS

---

DRA. SANDRA LÉA FONTINELE  
*Nutricionista e Mestre em Gerontologia*

PROFESSOR DR. EDUARDO DUQUE  
*Universidade Católica Portuguesa (Braga) e CECS-UMinho*

### RESUMO

A mudança do perfil demográfico no mundo globalizado impulsionou a necessidade de entender o processo de envelhecimento, tornando-se este um verdadeiro desafio para o mundo contemporâneo.

Este trabalho tem como objetivo analisar a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) nos idosos, bem como analisar a sua associação com os fatores sociodemográficos. Em termos metodológicos, recorreu-se a uma abordagem quantitativa e a um desenho não experimental transversal e observacional, pelo que os dados foram recolhidos num único momento. A população é constituída por uma amostra não probabilística por conveniência, composta por 34 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, residentes no município de São Luís, Maranhão (MA), que frequentavam o grupo de idosos do Centro Especializado em Reabilitação de Idosos. Para o levantamento do perfil sociodemográfico e análise do estilo de vida, foi aplicado um questionário semiestruturado com múltiplas questões entre as quais perguntas sobre o perfil sociodemográfico.

Relativamente aos resultados, verificou-se que a maior prevalência de DCNT aconteceu entre os idosos do sexo feminino (79,41%), que se encontravam na faixa etária entre 60 e 65 anos, enquanto os do sexo masculino, estavam entre 66 e 70 anos de idade. A média de idade dos participantes foi de 67,09 anos, tendo o mais novo 60 e o mais velho 78 anos. Foi prevalente a cor de pele não branca (52,94%), casados (61,76%), oriundos da capital (41,18%) e moravam no máximo com três pessoas no seu domicílio (32,35%). Dos idosos avaliados, 55,88% apresentaram pelo menos uma DCNT e o número médio de patologias foi de  $2,0 \pm 1,4$ , não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ( $p=0,935$ ). Em relação às doenças crônicas não transmissíveis, a hipertensão foi a doença mais frequente na população em estudo, acometendo 51,61% dos idosos, em seguida a obesidade (29,03%) e, por último, a diabetes mellitus (19,35% %). Este estudo ressalta a necessidade de constante

monitoramento da situação de saúde de pessoas acima de 60 anos, com o intuito de melhorar o estado geral de saúde e redução da incidência de comorbidades nessa faixa etária.

## PALAVRAS-CHAVE

Envelhecimento, fatores sociodemográficos, doenças crônicas não-transmissíveis, atenção primária à saúde, senescência.

## INTRODUÇÃO

Até 2050, uma em cada seis pessoas no mundo terá mais de 65 anos (16%), contra uma em cada 11 em 2019 (9%). As regiões onde se preveem duplicar a percentagem da população com 65 ou mais anos, entre 2019 e 2050, são o Norte de África e Ásia Ocidental, Ásia Central e do Sul, Leste e Sudeste da Ásia e América Latina e o Caribe. Em 2050, uma em cada quatro pessoas que vive na Europa e na América do Norte poderá ter 65 anos ou mais. Em 2018, pela primeira vez na história, as pessoas com 65 anos ou mais ultrapassaram as crianças com menos de cinco anos de idade (ONU, 2019).

A expectativa de vida fornece uma indicação de quanto tempo se espera que uma população viva em média. Segundo a WHO (2020a), a Expectativa de Vida Saudável (HALE) revela a verdadeira saúde de uma população e abrange os conceitos de duração e qualidade de vida e não apenas o número de anos que uma pessoa vive, mas também o número de anos que eles podem esperar viver com boa saúde. E a boa notícia é que, entre 2000 e 2016, a HALE aumentou globalmente em 8% esta expectativa, passando de 59 para 63 anos.

As doenças crônicas são um importante problema de saúde e o principal impacto negativo do envelhecimento populacional é o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), ocasionando 68% das mortes no mundo. Destas, 40% são consideradas prematuras, ocorrendo antes dos 70 anos. Às DCNT se atribuem 80% das consultas em atenção primária e 60% das internações hospitalares. Elas são,

atualmente, a maior causa de incapacidade (Silocchi & Junges, 2017; Silva et al., 2017).

Mesmo que, nos últimos dois séculos, a esperança média de vida tenha sido uma realidade em contante aumento, essa esperança aponta para um declínio potencial nas gerações futuras, essencialmente, devido a um aumento de várias doenças crónicas, como doenças respiratórias inferiores, obesidade, cancro, doenças cardiovasculares (DCV) e diabetes (Anderson & Durstine, 2019), doenças muito típicas dos países desenvolvidos.

O desenvolvimento de DCNT é complexo, tornando necessárias ações que não apenas foquem o indivíduo, mas que também levem em consideração os aspetos sociais, económicos e culturais do problema. A negligência quanto às mudanças do estilo de vida faz com que aproximadamente 50% das pessoas com DCNT não obtenham melhorias no contexto da respetiva doença. Cabe-nos saber, entretanto, o quanto tais patologias os impedem de exercer as suas atividades rotineiras de forma independente e autónoma. Sendo que a diminuição da capacidade funcional do idoso, que pode torná-lo dependente de um nível mais complexo de assistência, o fará subir para um grau mais intenso de cuidados (Silocchi & Junges, 2017; Nogueira et al., 2016).

Entre os fatores de risco mais relevantes para o aumento da carga de DCNT estão as alterações nos padrões de comportamento da população, de entre os quais se destacam a inatividade física, o excesso de peso, o consumo abusivo de álcool e o tabagismo (Cruz et al., 2017, WHO, 2020). As doenças crónicas impõem uma carga enorme e crescente aos indivíduos, famílias e sociedade, bem como aos sistemas de saúde no mundo, representando a maioria das mortes e são os principais contribuintes para os custos de incapacidade e saúde (Allegrante et al., 2019).

Segundo Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2020), as principais doenças crónicas não transmissíveis (DCNT) são as doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas. Com o processo de envelhecimento ocorrem mudanças morfológicas e funcionais no sistema circulatório que contribuem para o aumento da pressão arterial. A hipertensão arterial sistémica (HAS) trata-se de uma doença

de etiologia multifatorial e poligênica, altamente prevalente nas pessoas de mais idade e que contribui consideravelmente para aumento da mortalidade (Silocchi & Junges, 2017).

Doenças cardiovasculares (DCV), cancro e diabetes tipo 2 (T2D) são as principais causas de morbidade e mortalidade em idosos com 65 anos ou mais. O envelhecimento é também o maior preditor de deficiências de mobilidade, as quais podem despoletar ou exacerbar o risco de todas as doenças crónicas mencionadas anteriormente. O envelhecimento da população resulta, em regra geral, num aumento concomitante de pessoas que vivem com doenças crónicas relacionadas com a idade e também com a mobilidade física reduzida (McLeod et al., 2019).

As DCNT são responsáveis por 70% das mortes no mundo e, no Brasil, representam 72,6% dos óbitos anuais. Estudos nacionais e internacionais têm apresentado dados concretos relacionando a presença de comorbidades e incapacidade funcional entre idosos, em países como Estados Unidos e Canadá, e revelaram, respetivamente, 26% e 12,9% da população adulta com dois ou mais diagnósticos de DCNT, no período entre 2014 e 2015 (Hirschmann, et al., 2020; Christofolletti et al., 2019; Sakib et al., 2019). O Brasil tem experimentado nos últimos anos modificações bastante importantes no perfil de morbidade e mortalidade fruto dos avanços tecnológicos relacionados com a urbanização, novos padrões de estilo de vida, mais cuidados com a saúde e a globalização (Cruz et al., 2017).

As DCNT reduzem individualmente a esperança de vida e são atualmente as principais causas de morte no mundo. A multimorbidade, presença de duas ou mais doenças diagnosticadas, agrava os problemas e pode resultar em perda de qualidade de vida e capacidade funcional, com consequente aumento da utilização dos serviços de saúde, dos gastos públicos e do risco de morte (Hirschmann, et al., 2020; Christofolletti et al., 2019; Leite et al., 2019; Sakib et al., 2019).

Esta multimorbidade é uma condição comum entre os idosos e foi sugerida uma forte associação de multimorbidade de DCNT com fatores de comportamento. Entre esses fatores, encontra-se o comportamento sedentário como determinante relevante para o desenvolvimento de

DCNT e não devem ser confundidos, uma vez que foi estabelecido que são independentes comportamentos caracterizados por respostas metabólicas distintas. Cerca de 80% dos casos dessas patologias poderiam ser evitados com mudanças de fatores comportamentais (Hirschmann, et al., 2020; Christofolletti et al., 2019; Leite et al., 2019; Sakib et al., 2019).

As DCNT compartilham diversos fatores de risco, como hereditariedade, raça, sexo, tabagismo, consumo excessivo de álcool, dislipidemias, consumo deficiente de frutas, legumes e verduras e sedentarismo. Nesse aspecto, a atividade física é considerada um importante fator de proteção à saúde, pois exerce um efeito preventivo mesmo quando realizada em intensidades abaixo das recomendações atuais relacionadas com a saúde (atividades moderadas a vigorosas) (Frota et al. 2020; Hirschmann, et al., 2020; Christofolletti et al., 2019; Melo et al., 2019).

Considerando que a saúde é um complexo de sistemas orgânicos dinâmicos e interconectados nos quais diferentes doenças podem ocorrer simultaneamente de acordo com a influência da hereditariedade e dos comportamentos adotados, este estudo teve como objetivo investigar a associação da multimorbidade de DCNT com a atividade física e o comportamento sedentário numa população brasileira representativa (Christofolletti et al., 2019).

A avaliação das condições físicas, psicológicas, sociais e culturais dos idosos permite entender a compreensão das suas necessidades de saúde. As informações geradas podem-se transformar em subsídios para a implementação de programas e planejamento de estratégias de atendimento e intervenções adequadas à realidade desse grupo de pessoas (Cruz et al., 2017).

## 1. O PROCESSO DE SENESCÊNCIA

De acordo com Miranda et al. (2016), as pessoas são consideradas idosas a partir de 60 e mais anos, enquanto que têm entre 15 a 59 anos são consideradas população potencialmente produtivas seguindo a Política Nacional do Idoso (Lei n.º 8842 de 4 de Janeiro de 1994).

A partir da década de 1960, novas imagens são associadas ao processo de envelhecimento, principalmente a saúde, a atividade, a aprendizagem e a satisfação pessoal, perpassando por duas dimensões mais abrangentes, uma considerada como sucessão de perdas e outra que assume a vida como um estágio de observação e equilíbrio. E em virtude das várias mudanças relacionadas às transformações desta fase, torna-se necessária a compreensão dos diversos significados que podem interferir no processo de reconhecimento do envelhecimento, tal como as várias definições do termo “velhice” (Dardengo & Mafra, 2018).

O envelhecimento é um desafio do mundo atual, sendo os idosos a parcela da população que mais cresce. A taxa de crescimento da população idosa mundial é de aproximadamente 3% ao ano e a OMS prevê que, em 2025, existirá 1,2 bilhão de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos) devem constituir o grupo etário de maior crescimento. Assim, estima-se que, em 2025, o crescimento desse segmento populacional colocará o Brasil na sexta posição de entre os países com maiores índices de envelhecimento humano (Sousa et al. 2018; Cruz et al., 2017).

Um fenómeno que acompanha o envelhecimento populacional é a feminização da população mais velha, ou seja, a maior proporção de mulheres que de homens, especialmente em idades mais avançadas. Entretanto, em geral, apesar de viverem mais tempo e ter uma preocupação concreta com o autocuidado, as mulheres têm pior qualidade de vida se comparadas aos homens, sobretudo, devido ao acesso escasso a recursos e oportunidades, gerando impactos consecutivos e cumulativos na vida social e económica. Vários fatores conferem às mulheres menor proteção, segurança e bem-estar na velhice, de entre os quais se destacam a maior probabilidade de trabalhar no setor informal, níveis de rendimento e escolaridade mais baixos e maior número de doenças crónicas e incapacidades (Sousa et al., 2018; Bernardi et al., 2017).

O crescimento expressivo do número de idosos deve-se ao aumento da longevidade, bem como à melhoria das condições de saúde e a qualidade de vida. Porém, a inversão da pirâmide populacional nem sempre tem

um significado positivo; afinal, viver mais, tal como refere alguns autores (Nogueira et al., 2016) não é sinónimo de viver melhor.

O aumento da população é acompanhado pelo crescimento do número de pessoas mais velhas, juntamente com os problemas de saúde que desafiam os modelos de cuidados existentes. Os avanços tecnológicos e a ciência da saúde oferecem aos que têm acesso a ferramentas tão modernas a oportunidade de desfrutar melhor qualidade de vida numa velhice mais longa. O envelhecimento bem-sucedido, onde os idosos almejam um estilo de vida saudável, como a prática de exercícios físicos, boa alimentação, o hábito de não fumar, entre outros, obtendo uma melhor e maior expectativa de vida. No entanto, um estilo de vida saudável não evita determinados danos biológicos que não podem ser reparados, como alterações do funcionamento do sistema imune (Macena et al., 2018; Bernardi et al., 2017).

Sabe-se que o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem modificações morfológicas, bioquímicas, funcionais, sociais e psicológicas em todos os níveis do organismo (Nogueira et al., 2016). Essa fase é caracterizada por modificações fisiológicas, resultando num comprometimento da autonomia e adaptação do organismo a essa nova condição que induz uma maior suscetibilidade somado a uma maior vulnerabilidade a patologias. A velhice é o estado em que o indivíduo se encontra no momento do processo biológico, considerada como uma etapa da vida, parte integrante de um ciclo natural, constituindo-se como uma experiência única e diferenciada (Macena et al., 2018).

A senescência promove alterações (hormonalmente induzidas ou não) que contribuem para mudanças nos perfis antropométricos desta população, como modificações nos compartimentos de gordura corporal, diminuição da massa muscular magra (sarcopenia), reduções na estatura, pelo comprometimento da densidade mineral óssea vertebral, e redução do percentual de água corporal, de entre outras (Nogueira et al., 2016).

Ao longo das mudanças biológicas que acontecem no organismo, o envelhecimento traz consigo alterações associadas a uma sobrecarga emocional, além de provocar alterações funcionais e cognitivas, caracteriza-

se por gerar mudanças na expressão gênica causando mutações. O excesso de radicais livres pode danificar o DNA celular, sendo observados durante o processo de senescência o acúmulo de danos genéticos e diminuição dos reparos genômicos. (Macena et al., 2018).

A magnitude da compreensão e controle nas modificações morfofuncionais no organismo passa a configurar como uma das maiores preocupações na excelência da melhoria da qualidade de vida entre as pessoas que vivenciam o processo de envelhecimento, na busca de prevenir complicações e contornar o aparecimento de algumas doenças oportunistas já instaladas e que podem apresentar algumas das suas manifestações patológicas (Frota et al., 2018).

A intensidade das mudanças relativas ao processo de senescência varia de indivíduo para indivíduo afetando todos os órgãos e sistemas e a compreensão dessas mudanças permite um melhor entendimento sobre o impacto funcional que ocorre durante a senescência individual. Essas mudanças ocorrem independente de doenças e podem ser consideradas como uma fase da vida, parte integrante de um ciclo natural, constituindo-se como uma experiência única e diferenciada (Macena et al., 2018).

Muitas situações crônicas estão ligadas ao envelhecimento da sociedade e a prevenção da instalação dessas manifestações exigiria um esforço muito mais coordenado dos profissionais de saúde, no entanto, a maioria dos cuidados de saúde, hoje, está ainda estruturada em torno de episódios agudos o que impede, tal como refere Barreto et al. (2015), que se olhe com atenção para as DCNT.

## 2. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

O acúmulo de danos, ao longo da vida, resultantes, sobretudo, da interação entre fatores genéticos e hábitos de vida não saudáveis, como dieta desequilibrada, tabagismo, etilismo e sedentarismo, é responsável pelo aparecimento das DCNT (Cruz et al., 2017). Apesar do processo de senescência não estar, absolutamente, relacionado com patologias e as incapacidades pode também desencadear processos incapacitantes, afetando a funcionalidade dos indivíduos na terceira idade, dificultando ou



impedindo o desempenho das suas atividades quotidianas de forma independente, o que pode comprometer de maneira significativa a qualidade de vida dos mesmos (Silva et al., 2020).

As patologias crónicas podem influenciar diretamente a autonomia e a independência dos idosos e, conseqüentemente, gerar incapacidade levando a dependência funcional. Quando essas dificuldades se manifestam, ocorre o comprometimento da qualidade de vida (Silva et al., 2020).

A elevada predominância de enfermidades crónicas entre longevos brasileiros tem sido frequentemente referida, em especial as cardiovasculares, que constituem uma das principais causas de mortalidade, além da sua direta associação à incapacidade, dependência e perda de autonomia com alto custo económico e social (Silva et al., 2020). Contudo, apesar de tanto nos países desenvolvidos, como nos em desenvolvimento, esse envelhecimento populacional ter acarretado transformações na incidência e prevalência das doenças, bem como alavancado os índices de óbitos causados pelas DCNT, não fez com que surgissem políticas públicas que, verdadeiramente, diminuíssem os agravos e óbitos decorrentes das doenças crónicas mais comuns nos idosos (Barreto et al, 2015).

Seguindo a tendência mundial, no Brasil, as DCNT foram a causa de aproximadamente 72,6% das mortes, configurando, assim, uma mudança nas cargas de doenças, e esses números evidenciaram a necessidade do respetivo acompanhamento e tratamento deste novo desafio, representado pelo número expressivo de óbitos. Evidencia-se ainda mais pelo forte impacto das DCNT na morbimortalidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados, na maior possibilidade de morte prematura e nos efeitos económicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral (Frota et al., 2020; Reiners et al., 2019).

As DCNT caracterizam-se por serem patologias de longo prazo, com progressão gradual dos sintomas e improbabilidade de solução espontânea, sendo potencialmente incapacitante e, normalmente, resultam de fatores genéticos, ambientais ou estilo de vida pobre. Pelo facto de não serem emergenciais, podem também provocar impacto social nos

idosos, nas famílias e na própria comunidade (Anderson & Durstine, 2019; Reis & Silva, 2019).

As DCNT, individualmente, promovem uma sobrecarga orgânica nos sistemas corporais acometidos, em função de alterações nos processos fisiológicos, debilitando o estado de saúde e facilitando o aparecimento de outras patologias (Christofolletti et al., 2020). Os fatores de risco para o surgimento das DCNT podem ser definidos como modificáveis e não modificáveis. Entre os fatores de risco modificáveis estão os hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, tabagismo, etilismo e stress emocional. Por sua vez, entre os fatores não modificáveis encontramos a hereditariedade, sexo, etnia e idade. A idade, como seria de esperar, destaca-se entre os fatores, dada a correlação entre o envelhecimento e o risco do desenvolvimento da respetiva doença crónica (Felicix et al., 2019).

Entre esses fatores de risco, os mais relevantes para o aumento da carga de DCNT estão as alterações nos padrões de comportamento da população, de entre os quais a inatividade física, o excesso de peso, o consumo abusivo de álcool e o tabagismo (WHO, 2020b; Reiners et al., 2019; Cruz et al., 2017).

O DM, outra importante causa de morbimortalidade entre pessoas na terceira idade, é considerada uma patologia metabólica definida por alterações nas taxas glicémicas, onde a glicemia de jejum deve ser definida como padrão normal com níveis abaixo ou igual 126 mg/dl (Vivian, et al., 2020). O controle metabólico e/ ou dos níveis pressóricos devem ser associados a medidas que atuam diretamente na melhora da qualidade de vida e na redução das consequências devidas aos agravos da HA e do DM (Mota et al., 2020).

Ainda merece destaque, entre as DCNT, a síndrome metabólica que com o decorrer da idade aumenta a sua prevalência, já conhecida como síndrome da resistência à insulina ou síndrome plurimetabólica, caracterizado por algumas disfunções no metabolismo do indivíduo, delimitado por um conjunto de fatores de risco cardiovascular, como excesso de gordura corporal, resistência à insulina, hipertensão arterial e dislipidemias (Neves et al., 2019).

Cabe ressaltar ainda que a prevalência da síndrome metabólica apresenta progressivo aumento ao longo do tempo, sobretudo, em populações residentes em países de baixo e médio rendimento entre idosos. Assim, e diante do acelerado aumento da população idosa observado no Brasil e no mundo, além da ocorrência do fenómeno de maior grau de inflamação observado na população idosa, fica evidente a importância de se conhecer o papel do estado inflamatório como componente do fenótipo da síndrome metabólica nesse grupo. Esse perfil inflamatório apresenta-se comumente associado a diversas DCNT e a seus fatores de risco, comuns na população idosa, como os próprios componentes da síndrome metabólica (obesidade, dislipidemia, hipertensão e diabetes) (Neves et al., 2019).

Muito embora a larga maioria de idosos seja portador de pelo menos uma doença crónica, nem todos ficam limitados por essas doenças e muitos levam uma vida perfeitamente normal, com as suas enfermidades controladas e expressam satisfação na vida. A manutenção de um estado de saúde adequado na pessoa idosa é uma tarefa árdua, frente às doenças crónicas, às modificações fisiológicas inerentes à idade e às questões sociais e económicas que tanto prejudicam a conquista de um envelhecimento ativo e saudável.

Posto isto, este estudo tem por objetivo mostrar a prevalência de doenças crónicas não transmissíveis em idosos atendidos num Centro Especializado em Reabilitação de idosos em São Luís-MA e a sua correlação com o perfil sociodemográfico dessa população. Naturalmente, a compreensão desta correlação abre possibilidades para que se introduzam melhorias na qualidade de vida e, principalmente, contribui para o tão almejado envelhecimento bem-sucedido.

### 3. MATERIAIS E MÉTODOS

No estudo em causa recorreu-se à abordagem quantitativa, uma vez que teve como intuito descrever e verificar relações entre variáveis e não houve lugar a qualquer tipo de manipulação deliberada das mesmas, limitando-se apenas à observação dos fenómenos em contexto natural, para posterior análise (Duque & Calheiros, 2017). Trata-se de um

estudo de desenho transversal, em que os dados foram colhidos num só momento, e observacional, com características descritivas. Os dados foram recolhidos entre fevereiro e abril de 2018. A amostra é não probabilística por conveniência, formada por 34 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, residentes no município de São Luís (MA), que frequentam o grupo de idosos do Centro Especializado em Reabilitação de Idosos.

Os idosos foram convidados a participar da pesquisa e esclarecidos quanto aos objetivos, limitações e benefícios do trabalho científico. Apenas participaram no projeto aqueles que o aceitaram integrar espontaneamente, depois de ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo excluídos os idosos que não concordaram em participar na pesquisa ou que tivessem idade inferior a 60 anos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido destinado aos participantes foi elaborado segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 510/16, que regulariza a pesquisa em seres humanos e explica os objetivos do projeto. Todos os dados foram coletados através de aplicação de questionários. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Centro Universitário do Maranhão - UNICEUMA com o parecer n.º 3.104.563e CAAE n.º 00985718.2.0000.5084.

Para levantamento do perfil sociodemográfico e análise do estilo de vida, foi aplicado um questionário semiestruturado com múltiplas questões abrangendo perfil sociodemográfico, através das seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade e ocupação; histórico familiar de antecedente de doenças, ou seja, doenças referidas pelos próprios idosos e doenças existentes em parentes de primeiro grau (pai e mãe).

Os dados foram analisados com recurso ao programa estatístico SPSS. O nível de significância adotado foi de 5%.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 34 idosos, sendo, na sua maioria, do sexo feminino (79,41%), de cor da pele não branca (52,94%), casados (61,76%), oriundos da capital (41,18%) e moravam no máximo com três pessoas no seu domicílio (32,35%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Característica amostral, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas dos idosos atendidos no Centro Especializado em Reabilitação, São Luís-MA.

Variável	Categoria	%
Sexo	Feminino	79,41%
	Masculino	20,59%
Cor da pele	Branca	47,06%
	Não Branca	52,94%
Estado civil	Casado	61,76%
	Solteiro	5,88%
	Separado	11,76%
	Viúvo	17,65%
	Outro	2,94%
Origem	São Luís	41,18%
	Interior	35,29%
	Outros	23,53%
Total de moradores no domicílio	1	5,88%
	2	26,47%
	3	32,35%
	4	17,65%
	Mais de 4	17,65%

**Fonte:** Elaborada pelos autores com base na coleta de dados.

**Base:** Em cada caso: toda a população da amostra.

Na tabela 2, são apresentados os valores relativos às idades dos idosos que integraram a amostra, segundo o sexo e o grupo etário. Percebe-se que a maioria pertence ao sexo feminino. Os dados apontam que os idosos do sexo feminino estão, na sua maioria, entre os 60 e 65 anos e, do sexo masculino, entre 66 e 70 anos de idade. A média de idade dos participantes, independentemente do sexo, foi de 67,09 anos, tendo o mais novo 60 anos e o mais velho 78 anos.

**Tabela 2.** Relação das idades segundo sexo dos idosos atendidos no Centro Especializado de Reabilitação em São Luís-MA.

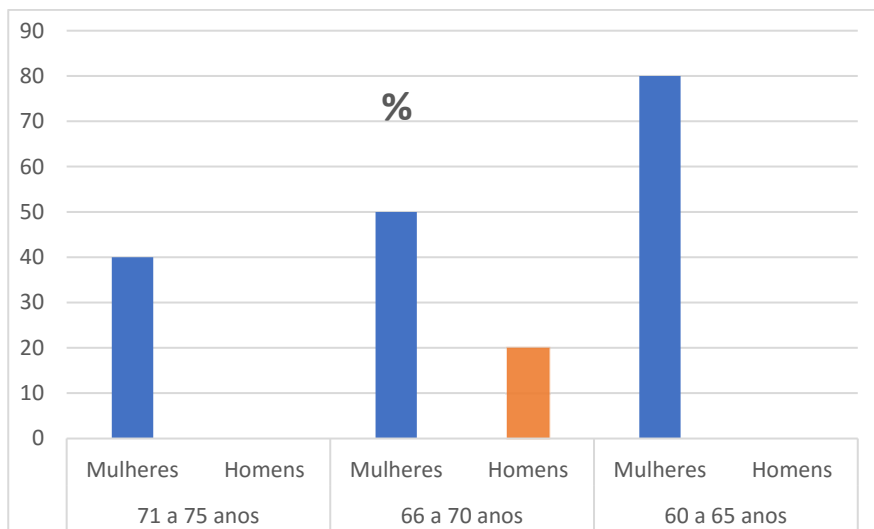
Idade	Sexo	n (%)	N(%)
60 a 65	Masculino	2 (13,34%)	15 (44,12%)
	Feminino	13 (86,66%)	
66 a 70	Masculino	4 (40%)	10 (29,41%)
	Feminino	6 (60%)	
71 a 75	Masculino	1 (14,28%)	7 (20,59%)
	Feminino	6 (85,72%)	
76 e mais	Masculino	-	2 (5,88%)
	Feminino	2 (100%)	
Total	Masculino	7	34 (100%)
	Feminino	27	

**Fonte:** Elaborada pelo autor com base em coleta de dados.

**Base:** Em cada caso: toda a população da amostra.

No Gráfico 1, pode observar-se a associação entre o diagnóstico de DCTN, faixa etária e sexo. Verificou-se que a prevalência quase generalizada pertencia ao sexo feminino, na faixa etária entre 60 e 65 anos de idade. Só entre os 66 e 70 anos, se encontrou referência ao sexo masculino, pelo que nos demais grupos etários não se vislumbrou DCNT. Dos idosos avaliados, 55,88% apresentaram pelo menos uma DCNT e o número médio de patologias foi de  $2,0 \pm 1,4$ , não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ( $p=0,935$ ).

**Gráfico 1.** Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis segundo sexo e grupo etário nos idosos atendidos no Centro Especializado de Reabilitação em São Luís-MA.



**Fonte:** Elaborada pelo autor com base em coleta de dados.

**Base:** Em cada caso: toda a população da amostra.

Em relação ao estado de saúde, 55,88 % afirmaram possuir alguma doença crônica não-transmissível (DCNT). De entre aqueles que relataram ser portadores, 42,11% informou ter uma única patologia. Em relação ao tipo de doença crônica não-transmissível existente, a mais recorrente foi a hipertensão arterial (51,61%), em seguida a obesidade (29,03%) e, por último, a diabetes mellitus (19,35%), conforme demonstrado na Tabela 2, mas aqui cruzadas com sexo e grupo etário.

**Tabela 4.** Distribuição de sexo e faixa etária entre as categorias de doenças crônicas não transmissíveis nos idosos atendidos no Centro Especializado de Reabilitação em São Luís-MA.

Variáveis	Sexo		P	Grupo etário			P
	Fem.	Masc.		60-65	66-70	≥71	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	
HAS			0,090				0,999
Sim	15 (55,6)	1 (14,3)		7 (50,0)	5 (45,5)	4 (57,1)	
Não	12 (44,4)	6 (85,7)		7 (50,0)	6 (54,5)	3 (42,9)	
DM			1,000				0,729
Sim	5 (18,5)	1 (14,3)		2 (14,3)	3 (27,3)	1 (14,3)	
Não	22 (81,5)	6 (85,7)		12 (85,7)	8 (72,7)	6 (85,7)	
Obesidade			1,000				0,621
Sim	7 (25,9)	2 (28,6)		4 (28,6)	4 (36,4)	1 (14,3)	
Não	20 (74,1)	5 (71,4)		10 (71,4)	7 (63,6)	6 (85,7)	
HAS = hipertensão arterial sistêmica. DM = Diabetes mellitus. Base: Em cada caso: toda a população da amostra.							

No presente estudo, a média de idade dos idosos é de 67,09 anos, sendo o limite inferior e superior de 60 e 78 anos, respetivamente. A maioria dos inquiridos pertencia ao sexo feminino (79,41%). Também no estudo de Leite et al. (2019) assistimos ao predomínio de idosos do sexo feminino (60,7%), entre as faixas etárias de 60 a 69 anos (54,7%), com cor de pele parda (55%), com escolaridade de 0 a 8 anos (80,5%) e aposentados (79,5%). Do total de idosos, 91,44% (n=64) pertencem ao sexo feminino, sendo que a maioria se encontra na faixa etária entre os 60 e 69 anos (n=43 mulheres), enquanto a minoria é de seis homens (8,57%), sendo que cinco se situam entre 60 aos 69 anos.

Também Reis & Silva (2019) - no estudo com 340 participantes avaliando o perfil sociodemográfico, situação de saúde e práticas de autocuidado dos idosos com DCNT num município Amazónico - inquiriu



maioritariamente mulheres (59,1%) e idosos na faixa etária entre 60 e 69 anos (46,8%). De igual modo, Neves et al. (2017) - sobre a atenção oferecida aos idosos portadores de hipertensão: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 - centrou o seu estudo em 62,6% de mulheres e a maioria dos inquiridos situava-se no grupo etário entre os 60 e 69 anos (52,6%). Por sua vez, Nogueira et al. (2016) avaliaram 45 idosos, com idade entre os 60 e 93 anos e média de 74,2 anos, resultado bem superior ao do nosso estudo.

Leite e colaboradores (2019), avaliando multimorbidade por doenças crônicas não transmissíveis em idosos, a partir de uma análise amostral de 3.141 idosos participantes da Pesquisa Nacional de Saúde - 2013, verificaram que 55% (n=1.866) dos idosos tinha cor de pele parda. Também no nosso estudo, a maioria dos idosos (52,94%) relatou ter a pele não branca. Já na pesquisa de Neves et al. (2017) sobre a atenção oferecida aos idosos portadores de hipertensão: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013, mais da metade dos pesquisados referiram ter cor de pele branca (53,9%).

Tal como já se referiu anteriormente, a hipertensão foi a doença mais frequente na população em estudo, acometendo 51,61% dos idosos, a que se seguiu a obesidade (29,03%) e, por último, a diabetes mellitus (19,35%). Mais de metade dos entrevistados (55,88%) afirma ter pelo menos uma DCNT.

No estudo de Felicix et al. (2019) sobre a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em pacientes geriátricos de uma clínica particular em São Bernardo do Campo – SP, quando questionados sobre a presença de alguma DCNT, 31 dos pesquisados afirmaram ter *uma ou mais* DCNT (79,49%), 3 relataram possuir uma *única* DCNT (7,69%) e 8 não possuíam nenhuma DCNT (20,51%). No que se refere à prevalência de cada enfermidade, 53,85% dos pacientes eram acometidos por Hipertensão Arterial Sistêmica e 48,72% apresentavam Diabetes Mellitus. Uma proporção substancial de entrevistados na pesquisa de Sakib et al. (2019) (84,3%) relataram pelo menos *uma* das condições crônicas de saúde física incluída neste estudo, com uma média geral de 2,41 condições crônicas por pessoa.

Bernardi e colaboradores (2017), em pesquisa com 28 indivíduos, estudantes da UNATI, numa universidade no município de Pato Branco-PR, descreveram que mais da metade dos participantes da pesquisa possuíam pelo menos uma patologia crônica, 35,71% (n=10), possuem HAS, 14,28% (n=4), DM tipo II, 42,85% (n=12), colesterol alto, 21,42% (n=6), triglicérides, considerando que alguns possuem *uma ou mais* das doenças descritas. Por sua vez, as principais doenças ou comorbidades relatadas pelos idosos no estudo de Pereira, et al. (2015), que observaram a qualidade de vida e a situação de saúde de idosos no Sertão Central do Ceará, a partir de uma amostra de 372 participantes, foram a hipertensão (46,2%), seguida da diabetes (18,0%).

## 5. CONSIDERAÇÕES E LIMITAÇÕES

Algumas limitações deste estudo devem ser consideradas, sendo a principal delas o pequeno tamanho amostral. A validação externa é limitada, uma vez que a população do estudo é uma fração de uma amostra muito específica, no caso concreto, idosos que frequentavam um grupo num único local, portanto, não representativa da população idosa.

Outra limitação que pode ser considerada é a inclusão de dados informados pelo próprio idoso, uma vez que o local de coleta de dados não possuía prontuários médicos, já que se tratava de um local de atividades recreativas e a maioria dos participantes da pesquisa não fazia acompanhamento médico no local.

O aspecto mais original do nosso estudo é a população investigada, idosos com 60 ou mais anos, um grupo em amplo crescimento e carente de estudos e avaliações que sirva de base para auxílio no conhecimento geral desta área. Os resultados do nosso estudo acrescentam uma contribuição relevante, tanto para a análise quanto para a prevenção dos fatores de risco desta população.

## CONCLUSÃO

Este estudo fornece evidências empíricas sobre aspectos demográficos e de saúde importantes para população idosa na atualidade. Os resultados indicam que as variáveis analisadas apresentam um alto percentual de

idosos portadores de DCNT e, entre estas, a mais frequente foi a hipertensão arterial, mas os idosos do nosso estudo apresentaram também alta prevalência de obesidade e diabetes melittus.

Diante desta questão, ressalta-se a necessidade de constante monitoramento da situação de saúde de pessoas acima de 60 anos, com o intuito melhorar o seu estado geral de saúde e reduzir a incidência de morbidades nessa faixa etária. Neste contexto, torna-se necessário realizar ações que visem gerar indicadores de saúde que são essenciais para a redução da incidência de DCNT e, conseqüentemente, taxas de morbimortalidade. Pesquisas futuras podem ser desenvolvidas para comparação clínica e experimental das DCNT e estados fisiológicos e clínicos dos idosos, que podem ser geradores de melhor qualidade de vida e, naturalmente, de redução do risco de doenças.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allegrante J., Wells M. & Peterson J. (2019). Interventions to Support Behavioral Self-Management of Chronic Diseases. *Annual Review of Public Health*, 40, 127-146.
- Anderson, E. & Durstine, J. L. (2019). Physical activity, exercise, and chronic diseases: A brief review. *Sports Medicine and Health Science*, 3 (10), 1-8.
- Bento, I., Mambrini, J. & Peixoto, S. (2020). Contextual and individual factors associated with arterial hypertension among Brazilian older adults (National Health Survey – 2013). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23, 1-13.
- Barreto, M., Carreira, L. & Marcon, S. (2015). Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(1), 325-339.
- Bernardi, A., Maciel, M. & Baratto, I. (2017). Educação nutricional e alimentação saudável para alunos da Uni-versidade Aberta a Terceira Idade (UNATI). *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 11(64), 224-231.

- Candido, A. & Melo, A. (2016). Avaliação dos aspectos nutricionais, das condições de saúde e do perfil sociodemográfico de idosos atendidos no departamento de saúde do idoso – Juiz de Fora, MG, *Revista APS*, 19(4), 533-545.
- Christofoletti, M., Duca, G., Umpierre, D. & Malta, D. (2019). Chronic noncommunicable diseases multimorbidity and its association with physical activity and television time in a representative Brazilian population. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11): 1-12.
- Christofoletti, M., Duca, G., Gerage, A. & Malta, D. (2020). Simultaneidade de doenças crônicas não transmissíveis em 2013 nas capitais brasileiras: prevalência e perfil sociodemográfico. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(1), 1-12.
- Cruz, M., Ramires, V., Wendt, A., Mielke, G., Martinez-Mesa, J. & Wehrmeister, F. (2017). Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre idosos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(2). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00021916>
- Dardengo, C. & Mafra, S. (2018). Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? *Revista de Ciências Humanas*, 18 (2). Recuperado <https://orcid.org/0000-0001-7150-1425>
- Duque, E. & Calheiros, A. (2017). Questões éticas subjacentes ao trabalho de investigação, *Revista EDAPECI*, 17 (2) 103-118.
- Felício, L., Ferrari, G., & Ferraz, R. (2019). Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em pacientes geriátricos de uma clínica particular em São Bernardo do Campo – SP. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*, 16 (44), 68-75.
- Frota, R.S. et al. (2020). A Interferência do Sedentarismo em Idosos com doenças Crônicas não transmissíveis. *Brazilian Journal of Health Review*, 3 (4), 10518-10529. Recuperado de <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-316>
- Hirschmann, R. et al. (2020). Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em população rural de um município no sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23, 1-15.

- Leite, B., Oliveira-Figueiredo, D., Rocha, F., & Nogueira, M. (2019). Multimorbidade por doenças crônicas não transmissíveis em idosos: estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(6), I-II.
- McLeod, J., Stokes, T. & Phillips, S. (2019). Resistance Training and Chronic Disease Risk. *Frontiers in Physiology*, 10 (645), I-II.
- Melo, S. et al. (2019). Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 3159-3168.
- Macena, W., Hermano, L. & Costa, T. (2018). Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. *Revista Mosaicum*, 15(27), 223-238. Recuperado de <https://doi.org/10.26893/rm.v15i27.64>
- Miranda, G., Mendes, A. & Silva, A. (2016). O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(3), 507-519.
- Neves, R. et al. (2017). Atenção oferecida aos idosos portadores de hipertensão: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(7), I-II.
- Neves, C.V.B. et al. (2019). Associação entre síndrome metabólica e marcadores inflamatórios em idosos residentes na comunidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(3), I-14.
- Nogueira, L., Morimoto, J., Tanaka, J. & Bazanelli, A. (2016). Avaliação qualitativa da alimentação de idosos e suas percepções de hábitos alimentares saudáveis. *Journal Health Sciences*, 18(3), 163-0.
- Pereira, D., Nogueira, J. & Silva, C. (2015). Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. *Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia*, 18(4), 893-908.
- Reis, D. & Silva, M. da (2019). Perfil sociodemográfico, situação de saúde e práticas de autocuidado dos idosos com Doença Crônica Não Transmissível em um município Amazônico. *Electronic Journal Collection Health*, 11 (17), 1-8.
- Reiners, F., Sturm, J., Bouw, L. & Wouters, E. (2019). Sociodemographic Factors Influencing the Use of eHealth in People with Chronic Diseases. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (645), 1-12.

- Sakib, M., Shoostari, S., John, Ph. & Menec, V. (2019). The prevalence of multimorbidity and associations with lifestyle factors among middle-aged Canadians: an analysis of Canadian Longitudinal Study on Aging data. *BMC Public Health*, 19 (243), 1-13.
- Sousa N., Lima, M., Cesar, C. & Barros, M. (2018). Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(11), 1-16.
- Silocchi, C. & Junges, J.R. (2017). Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. *Trabalho, Educação e Saúde*. 15(2), 599-615.
- Silva, A. & Landim, L. (2020). Perfil nutricional e estado de saúde de idosos fisicamente ativos. *Nutrição Brasil*, 19(1), 32-39.
- Silva, A. et al. (2017). Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 66(1), 45-51.
- UNITED NATIONS (2020), Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Ageing 2019*. Published by the United Nations. Recuperado de <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/>
- Vivian, L. et al. (2020). Associação de Fatores de Risco Cardiovascular e Polimorfismo de APOE com Mortalidade em Idosos Longevos: Uma Coorte de 21 Anos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 115(5), 873-881. Recuperado de <https://doi.org/10.36660/abc.20190263>.
- WORLD HEALTH STATISTICS (2020). *Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332070>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2020). *Noncommunicable diseases progress monitor 2020*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-progress-monitor-2020>