

Artigo Original

SAÚDE DO IDOSO: COMPORTAMENTO DE RISCO PARA DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Neuza Rita Krein¹
Anne Jaquelyne Roque Barrêto²
Sandra Aparecida de Almeida³

RESUMO

As doenças crônicas configuram a principal causa de mortalidade na população idosa no país e também lideram as estatísticas de causas de morbidade. Buscou neste estudo identificar as condições socioeconômicas da população na faixa etária acima de 60 anos de idade e conhecer o comportamento de risco dos idosos para doenças crônicas não transmissíveis. Estudo do tipo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa realizada na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família. A amostra se constituiu de 20 idosos, com idade igual ou acima de 60 anos. A coleta de dados foi realizada no período de agosto a setembro de 2007. Após o término da coleta de dados, todos os questionários foram consolidados utilizando a estatística simples e dispostos em tabelas. Na análise, foi observado que, embora 40% estejam incluídos na faixa que percebe menos de dois salários mínimos, 70% procuram sair de suas residências para buscarem algum tipo de lazer, 55% frequentam grupo de idosos, 75% executam caminhada ou algum outro tipo de atividade física, 85% mantêm hábitos alimentares saudáveis e 85% deles não são fumantes. Cerca de 40% dos idosos precisaram de atendimento médico hospitalar de 01 a 02 vezes e 15% mais de 08 vezes, destes 15,5% de hipertensão arterial. Outro ponto importante deste estudo foram as morbidades referidas pelos idosos: 70% mencionaram possuir doença na coluna/costas, 40% artrite/reumatismo/gota, 40% hipertensão arterial e 25% depressão. Estes dados apontam, sobretudo, a importância de oferecer uma assistência de qualidade à saúde do idoso visando garantir a integralidade do cuidado em saúde. Dessa forma, é importante constituir uma equipe multidisciplinar para melhor compreender e assistir ao idoso diante de suas reais necessidades de saúde.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Comportamento de Risco. Doenças Crônicas.

INTRODUÇÃO

A pesar de milhões de pessoas continuarem vivendo no mais absoluto grau de miséria, houve possibilidade de acesso às conquistas da medicina moderna, tornando possível prevenir ou curar doenças fatais no passado, com conseqüente redução na mortalidade e elevação da expectativa de vida e, em decorrência, crescente aumento da população idosa¹.

Em 2025, há previsões de o Brasil possuir a 6ª maior população idosa do mundo, com cerca de 32 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos. As taxas de mortalidade e fecundidade caíram gradualmente, o que demonstra uma elevação na expectativa média de vida da população e um aumento em termos absolutos e proporcionais do número de pessoas atingindo idades avançadas¹.

¹ Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE.

² Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE e da Universidade Federal de Alagoas-UFAL End.: Rua Edgar Cavalcanti Pedroza, 100, Água Fria, CEP: 58077-290 - João Pessoa-Paraíba. Tel (83) 8114-4259. E-mail: annejaque@gmail.com

³ Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.

Das regiões brasileiras, o Nordeste é a que apresenta a 2ª população mais numerosa de idosos no país, e, dentro deste contexto, a Paraíba classifica-se em 3º lugar. A capital do estado, João Pessoa, detém 16,5% da população idosa do estado.

Essas informações são significativas, em relação ao aumento no número de idosos no município, onde os serviços de saúde deverão se readequar e/ou implantar ações de prevenção, cura e reabilitação com a finalidade de atender de forma integral e resolutiva a esta população, tendo em vista suas alterações psicológicas, funcionais e estruturais.

As doenças não transmissíveis configuram a principal causa de mortalidade na população idosa no país e também lideram as estatísticas de causas de morbidade. Embora nem todas as doenças crônicas sejam mortais, elas têm forte impacto sobre a qualidade de vida dos idosos e são grandes ameaças para a saúde e a situação financeira individual e coletiva². Esse aspecto se agrava quando as pessoas se expõem a fatores de risco ao longo da vida, que são determinantes, em muitas vezes, para seu adoecimento, ou seja, a tendência crescente de morbimortalidade por doenças não transmissíveis relacionam-se aos comportamentos de risco das pessoas no decorrer da vida.

Compreende-se, por comportamento de risco, a forma como o indivíduo conduz sua vida diante da sociedade, conduta esta representada por hábitos do cotidiano como tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo, etilismo, estresse, dentre outros poderão levar ao adoecimento.

Diante deste contexto, surgiu a necessidade de se investigar qual(ais) o(s) comportamento(s) de risco em idosos para doenças não transmissíveis e, conjuntamente, quais as morbidades referidas mais incidentes nos idosos desse mesmo grupo.

A fim de responder a estes questionamentos, este estudo possui como objetivos identificar as condições sócioeconômicas da população na faixa etária acima de 60 anos de idade; e conhecer o comportamento de risco dos idosos para doenças crônicas não transmissíveis.

METODOLOGIA

Estudo do tipo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa consiste em obter premissas verdadeiras para se chegar a conclusões reais. Nesse tipo de análise, o pesquisador procura conhecer e interpretar a realidade, sem nela interferir para modificá-la³.

A pesquisa foi realizada na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) - Girassol, localizado no bairro de Valentina Figueiredo, pertencente ao Distrito Sanitário III no município de João Pessoa-PB.

O universo pesquisado foi composto por idosos que residem na área de abrangência da USF Girassol. A amostra se constituiu de 20 (vinte) idosos, com idade igual ou acima de 60 anos e que aceitaram participar da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados foi um formulário dividido em duas etapas: a primeira abrangendo questões sobre caracterização socioeconômica da população idosa e a segunda aborda perguntas sobre comportamentos de risco para doenças não transmissíveis.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto e setembro de 2007, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE (Protocolo nº 154/2007) e autorização da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB. Em seguida foi feito contato com os sujeitos da pesquisa, marcado hora e local para a entrevista. No momento da coleta de dados, todos os participantes, informados sobre a pesquisa e seus objetivos, concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo obedeceu à Resolução nº 311/07 do Código de Ética⁴, assim como a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CSN)⁵, do Ministério da Saúde (MS).

Após o término da coleta de dados, todos os questionários foram tabulados e consolidados, utilizando-se de estatística simples (número absoluto e porcentagem simples). Após análise dos dados, estes foram dispostos em tabelas e analisadas à luz da literatura pertinente sobre o tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características socioeconômicas dos participantes da pesquisa

Participaram desse estudo, 20 (vinte) idosos na faixa etária acima de 60 anos. O número entre participantes masculinos e femininos foi equiparado e, portanto, o mesmo número (10 para os membros do sexo masculino e 10 para o sexo feminino). Esse procedimento pareceu ser favorável para a melhor compreensão do universo do idoso.

Em relação à faixa etária, 50% (10) dos entrevistados estão entre 60 e 64 anos, 35% (07) entre 65 e 69 anos, 10% (02) entre 75 a 79 e 5% (01) entre 70 a 74 anos de idade. Vale ressaltar que ter idade igual ou superior a 75 anos representa um risco de óbito aproximadamente quatro vezes maior em relação aos idosos com idades entre 60 e 74 anos. Ressalta-se que apesar de a grande maioria de idosos ter sido diagnosticado com pelo menos uma doença crônica, nem todos são limitados fisicamente e levam uma vida normal e independente⁶.

Quanto ao nível de escolaridade, cerca de 45% (09) dos entrevistados possuem até o ensino fundamental incompleto. Sobre a prática profissional diária, apenas 10% (02) ainda assumem uma atividade formal, sugerindo que os riscos da maioria (90%) dos entrevistados desenvolverem depressão, por exemplo, aumentam significativamente.

As despesas orçamentárias com aluguel imobiliário para 25% (05), conforme tabela 1, somam-se àquelas com medicamentos, locomoção, dentre outras. Isso se torna preocupante, tendo em vista que os gastos com a saúde aumentam à medida em que a idade avança. Embora o sistema de saúde no Brasil garanta gratuidade na atenção à saúde nos diversos níveis de complexidade, nem sempre os idosos possuem acesso de forma integral às suas necessidades de saúde, agravando ainda mais a vulnerabilidade à doença.

Na tabela 1, verifica-se que 60% dos entrevistados recebem remuneração menor a dois salários mínimos. A renda, além de proporcionar maior autonomia aos idosos, possui um papel capital na saúde dos indivíduos ou de uma população. Corroboram com essa afirmativa os dados coletados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), de 2011, em que é claramente associada à desigualdade social, baseada nos rendimentos dos chefes de família, às condições de saúde dos seus membros, e sugerem desigualdade social em saúde a favor dos mais favorecidos. Com isso, pode-se aduzir que idosos com renda mais baixa apresentam piores condições de saúde, pior função física e um menor uso dos serviços de saúde⁷.

Caracterização dos sujeitos do estudo a partir do comportamento de risco para doenças crônicas não transmissíveis

As tabelas apresentadas a seguir estão agrupadas por comportamentos de risco como hábito de fumar, hábito alimentar, hábito de lazer e atividade física e morbidade referida.

Os idosos, participantes deste estudo, ao serem perguntados se ao longo de sua vida já haviam fumado, 60% (12) mencionaram que sim. Destes, 67% (08) do sexo masculino e 33% (04) do sexo feminino. Entretanto, atualmente, apenas 25% (03) continuam a fumar. Os dados coletados também apontam que o sexo masculino iniciou mais precocemente o hábito de fumar, comparado ao sexo feminino.

Observa-se que a maioria dos entrevistados, 75% (09) pararam de fumar. Destes, 33% (03) mencionaram por motivo de doença, enquanto 67% (06) abandonaram o cigarro devido ao seu mau cheiro, coloração amarelada nos dedos, perda de interesse ou outros motivos.

Tabela 1: Características socioeconômicas da amostra do estudo, residentes em uma microárea da USF Girassol, localizada no bairro Valentina Figueiredo. João Pessoa/PB, 2007.

Faixa etária	Número	%
60 a 64 anos	10	50,0
65 a 69 anos	07	35,0
70 a 74 anos	01	5,0
75 a 79 anos	02	10,0
Nível de escolaridade		
Analfabeto	04	20,0
Ensino fundamental incompleto	05	25,0
Ensino fundamental completo	01	5,0
Ensino fundamental incompleto	03	15,0
Ensino médio completo	04	20,0
Ensino superior incompleto	01	5,0
Ensino superior completo	01	5,0
Pós graduação	01	5,0
Trabalha		
Sim	02	10,0
Não	18	90,0
Profissão/ocupação		
Aposentado	16	80,0
Do lar	02	10,0
Técnico de laboratório	01	5,0
Cuteleiro	01	5,0
Domicílio		
Próprio	15	75,00
Alugado	05	25,00
Faixa de renda		
Não tem renda	01	5,0
Menos de 1 S. M.	04	20,0
De 1 a menos de 2 S. M.	08	40,0
De 2 a menos de 3 S. M.	03	15,0
De 3 a menos de 5 S. M.	02	10,0
De 5 a menos de 10 S. M.	02	10,0

Fonte: Dados da pesquisa de campo. João Pessoa/PB, 2007.

Tabela 2 – Distribuição dos entrevistados de acordo com a faixa etária que iniciou o hábito de fumar cigarro. Microárea USF Girassol, localizada no bairro Valentina Figueiredo. João Pessoa-PB.

Faixa etária	Feminino (*)		Masculino (*)	
	Nº	%	Nº	%
6 a 10 anos	-	-	04	50,0
11 a 16 anos	03	75,0	01	12,5
17 a 22 anos	01	25,0	03	37,5
Total: 12	04	33,0	08	67,00

(*) Percentuais relativos ao número de fumantes e não ao número total de entrevistados. Fonte: Dados da pesquisa de campo. João Pessoa/PB, 2007.

Fumar é inconveniente para qualquer pessoa, mas alguns grupos podem ser considerados de maior risco, como as pessoas que têm doenças respiratórias crônicas e cardiovasculares⁸ relacionadas com o tabagismo.

Os idosos se encontram num grupo com grandes riscos para os efeitos deletérios do hábito de fumar, pois o tabagismo relaciona-se ao agravamento de várias doenças que adquirem maior significado com o avançar da idade, quando se somam às perdas funcionais próprias do envelhecimento.

Alguns países têm documentos na área de saúde do idoso que relatam a importância do tema e têm recomendado o incentivo do abandono desse vício e também nessa faixa etária, incluindo os idosos nos programas de saúde pública para a cessação do tabagismo. O fim do hábito de fumar é o mais eficiente meio para melhorar o prognóstico de pacientes com doenças relacionadas ao tabagismo já instaladas e evitá-las nos demais⁹.

Com referência à alimentação, a tabela 3 aponta que 40% (08) dos entrevistados afirmaram que consumiam carne de frango de 1 a 2 vezes por semana. Quanto à atitude de retirar ou não a pele do referido frango, 85% (17) asseveraram retirá-la antes do consumo da carne. Essa atitude é fundamental tendo em vista que o excesso de gordura pode vir a trazer complicações de saúde.

No processo de envelhecimento, salienta-se a importância da alimentação comprovada por estudos epidemiológicos, clínicos e de intervenção. Tais estudos têm demonstrado ligação consistente entre o tipo de dieta e o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, incluindo as doenças cardíacas coronarianas, doenças cerebrovasculares, vários tipos de câncer, diabetes mellitus, cálculos biliares, cáries dentárias, distúrbios gastrointestinais e várias doenças ósseas e de articulações¹⁰.

O consumo de carne vermelha é uma realidade inquestionável, pois 95% (19) dos entrevistados afirmaram consumi-la regularmente. Em alusão à gordura visível da carne, 90% (18) declararam com firmeza ter sempre o cuidado de retirá-la antes do preparo, e por vezes, antes do consumo.

Quanto à ingestão do peixe, a unanimidade prevaleceu, pois todas as

pessoas pesquisadas afirmaram consumi-lo, sendo que 55% fazem uso de 1 a 3 vezes por semana.

Na terceira idade, há uma diminuição global da atividade das células, o que leva a modificações das necessidades nutricionais. Uma dieta incorreta pode ocasionar riscos à saúde. A composição adequada da dieta de um idoso sadio deve seguir o seguinte padrão: 30% de gorduras (evitando gordura de origem animal), 10-20% de proteínas (carnes), e 50-60% de carboidratos (açúcares, massas, fibras). Diante de algum tipo de doença, este padrão poderá ser alterado, mas sempre sob controle médico¹¹.

Conforme a tabela 3, apenas 10% (02) dos entrevistados afirmaram sentir necessidade de agregar o componente sal na alimentação. Na terceira idade, um dos fatores mais relevantes na diminuição do consumo alimentar é a redução da sensibilidade por gostos primários doce, amargo, ácido e salgado¹². O gosto tem sua base anatômica no número de gemas gustativas das papilas linguais. Nos jovens, este número corresponde a mais de 250 para cada papila, enquanto as pessoas acima de 70 anos têm menos de 100¹³. Isso significa que o idoso necessita de maior concentração do sabor atribuído ao alimento, em comparação com adultos jovens. Entretanto, o uso excessivo do sal nos alimentos se torna grave, tendo em vista ser o sal um dos fatores que influenciam no aumento da pressão arterial, o qual poderá favorecer a ocorrência de problemas cardiovasculares.

A atividade física regular nos idosos - particularmente os exercícios nos quais se sustenta o próprio peso e exercícios de força - promove maior fixação de cálcio nos ossos, auxiliando na prevenção e no tratamento da osteoporose. Aumenta ainda a força muscular, o equilíbrio e a flexibilidade, com a consequente diminuição da incidência de quedas, fraturas e suas complicações¹⁴.

Na tabela 4, observou-se que 70% (14) deles costumam sair de casa para realizar alguma atividade de lazer e 45% (09) frequentam regularmente algum tipo de grupo de idosos.

Os entrevistados demonstram consciência da importância da socialização. Todo ser humano é gregário por natureza, existindo em função dos seus relacionamentos. Existe, atualmente, uma proli-

Tabela 3: Distribuição dos entrevistados segundo os hábitos relacionados à alimentação. Microárea USF Girassol, localizada no bairro Valentina Figueiredo. João Pessoa-PB.

Frequência	Número	%
1 a 2 vezes por dia	04	20,0
1 a 2 vezes por semana	08	40,0
3 a 4 vezes por semana	07	35,0
1 a 2 vezes por mês	01	5,0
O que faz com a pele		
Sempre retira a pele	17	85,0
Algumas vezes retira	01	5,0
Já vem sem pele	02	10,0
Come carne vermelha		
Sim	19	95,00
Não	01	5,00
O que faz com a gordura		
Sempre retira	18	90,0
Algumas vezes retira	01	5,0
Não come carne gordurosa	01	5,0
Come peixe		
Sim	20	100,0
Não	-	-
Frequência		
1 a 3 vezes por semana	11	55,0
1 a 3 vezes por mês	07	35,0
Menos que uma vez p/ mês	02	10,0
Faz uso do sal na comida		
Nunca coloco	18	90,0
Provo e coloco se preciso	02	10,0

Fonte: Dados da pesquisa de campo. João Pessoa/PB, 2007.

feração de espaços de convivências para idosos, ou os chamados “grupos de terceira idade”, como forma de engajar e reintegrar os idosos ao meio social. Esse convívio é extremamente importante para que as pessoas idosas não reduzam os seus contatos sociais e seus vínculos, evitando que fiquem cada vez mais recolhidas somente às relações familiares. Reconhece-se que, com a diminuição da vida social, muitas vezes devido à aposentadoria, desaparecem também os vínculos com as pessoas da mesma geração e isso provoca um enfraquecimento do apoio da história pessoal. Nestas circunstâncias, há a possibilidade do surgimento da depressão, quadro clínico muito frequente na velhice, como resultado da solidão, da perda de papéis, de lembranças e de funções, e conse-

quentemente da identidade e da imagem que a pessoa faz de si¹⁵.

Com referência a atividade física, percebe-se que a maioria dos entrevistados executa algum exercício de no mínimo 30 minutos de duração. A caminhada foi mencionada como o exercício de maior preferência por 75% (15) dos idosos que praticam atividade física. Segundo 45% (09) dos entrevistados, as práticas de exercício são realizadas até quatro vezes por semana.

É importante evidenciar que a idade não é fator impeditivo da prática de exercícios, em especial aqueles considerados leves como natação, caminhar ligeiro, danças, hidroginástica, pedalar, abdominais, musculação, jogar bocha, tênis de mesa e bilhar. Exercícios vigorosos: caminhar

Tabela 4: Distribuição dos entrevistados segundo os hábitos relacionados à atividade física. Microárea USF Girassol, localizada no bairro Valentina Figueiredo. João Pessoa-PB.

Costuma sair	Número	%
Sim	14	70,0
Não	06	30,0
Frequenta grupo de idosos		
Sim	09	45,0
Não	11	55,0
Caminha		
Sim	15	75,0
Não	05	25,0
Tempo de caminhada		
10 - 30 minutos	06	40,0
31 - 60 minutos	06	40,0
1h e 1m- 2h	01	6,7
2h e 1m - 4h	02	13,3
Exercícios praticados		
Caminhada	15	75,0
Alongamento	05	25,0
Ginástica localizada	02	10,0
Dança	02	10,0
Ciclismo	01	5,0
Pilates	01	5,0
Fisioterapia motora	01	5,0
Quantidade semanal		
2 vezes	04	20,0
3 vezes	01	5,0
4 vezes	09	45,0
Todos os dias	01	5,0

Fonte: Dados da pesquisa de campo. João Pessoa/PB, 2007.

depressa, subir escadas ou rampas longas, trote, futebol de salão, tênis, basquete, vôlei, pólo aquático e similares. Os benefícios advindos dessas atividades são diversos: revigoram os ossos, os músculos e as articulações, previnem a osteoporose, reduzem o peso, melhoram a circulação, o coração, o equilíbrio, o humor, a atividade sexual, a autoestima e o sono, aumentam a oxigenação cerebral, ajudam a controlar o diabetes, a hipertensão e o colesterol alto.

A hospitalização não se mostrou significativa, pois, apesar de 80% (16) dos entrevistados já terem tido necessidade de assistência hospitalar, isso não pareceu afetar o cotidiano de cada um deles.

A tabela 5 apresenta o percentual de morbidades referidas pelos entrevistados

dessa pesquisa, apontando que a maior queixa de 70% (14) dos idosos está associada a problemas na coluna ou nas costas, seguida de 40% (04) com queixas sobre artrite, reumatismo e gota.

Pesquisa do IBGE¹⁶, em 2001, detectou como maior problema encontrado entre os idosos na faixa etária de 60 a 79 anos as doenças de coluna, seguidas por hipertensão arterial sistêmica e artrite. Entre os idosos com idade maior que 80 anos, há um somatório de vários problemas como câncer, cirrose, tuberculose, artrite, depressão e diabetes, doenças que podem levar à invalidez e, conseqüentemente, à dependência do idoso por cuidados básicos/complexos, à medida que a doença se agrava.

Com a velhice, salienta-se que há uma

Tabela 05 – Distribuição dos entrevistados segundo a busca da assistência médica hospitalar, os motivos que levaram a procura do serviço e as morbidades referidas. Microárea USF Girassol, localizada no bairro Valentina Figueiredo. João Pessoa-PB.

Quantas vezes	Número	%
1 a 2 vezes	08	40,0
3 a 5 vezes	01	5,0
6 a 8 vezes	03	15,0
Muitas vezes	04	20,0
Motivos		
Infarto agudo no miocárdio	03	6,7
Acidente vascular cerebral	01	2,2
Hipertensão arterial	07	15,5
Diabetes mellitus	02	4,4
Acidente/queda	03	6,7
Outras	29	64,4
Doenças		
Doença da coluna ou costas	14	70,0
Artrite/reumatismo/gota	08	40,0
Hipertensão arterial	08	40,0
Depressão	05	25,0
Insuficiência Cardíaca	04	20,0
Tendinite/LER	03	15,0
Ataque do coração/infarto	03	15,0
Angina/doença coronariana	03	15,0
Doença renal crônica	03	15,0
Derrame	01	5,0
Faringite	01	5,0

Fonte: Dados da pesquisa de campo. João Pessoa/PB, 2007.

crise de identificação proporcionada pela consciência da proximidade da morte pessoal, entretanto, alerta para a possibilidade de se viver essa etapa de vida com oportunidade de crescimento através da manutenção do domínio ativo em relação à própria vida¹⁷. O importante é o desenvolvimento de ações e oferta de serviços que venham favorecer a prevenção de doenças e suas complicações e a manutenção da saúde desses idosos, a fim de que os mesmos consigam levar a vida de forma mais ativa, autônoma e feliz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, o Brasil está em processo elevado de envelhecimento populacional e tal fato tem gerado alterações na abordagem do cuidado à saúde dos idosos. A associação entre velhice e doença é algo contumaz na

sociedade vigente. O questionamento dessa associação é algo que os idosos precisam explicitar em suas discussões para que não se criem ideias preconcebidas do significado social do envelhecer. É um fato natural do ser humano que poderá em algum momento de sua existência, ou seja, na infância, na vida adulta ou na velhice ocorrer e, possivelmente, levar o indivíduo à morte.

O desafio maior no século XXI será cuidar de uma população de idosos, a maioria com níveis socioeconômico e educacional baixos e uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes.

Considerando os dados deste estudo, percebe-se por parte dos idosos certa preocupação em se manterem saudáveis, considerando que alguns frequentam grupos de convivência, realizam atividade física regularmente, pararam de fumar e tomam cuidados com a alimentação. Esses tipos de comportamentos são importantes para

manutenção de uma vida autônoma por parte desses idosos tendo em vista que todos referiram possuir algum tipo de doença não transmissível.

Estes dados apontam, sobretudo, a importância de oferecer uma assistência de qualidade ao idoso, visando garantir a integralidade do cuidado em saúde. Dessa forma, é importante constituir uma equipe multidisciplinar para melhor compreender

e assistir ao idoso diante de suas reais necessidades de saúde. Contudo, para que a atenção ao idoso possa se realizar em bases interprofissionais, constitui fundamental que se estimule a formação de profissionais qualificados, mediante a abertura de disciplinas nas universidades, de residências médicas e de linhas de financiamento a pesquisas que identifiquem a área da geriatria e gerontologia.

HEALTH OF THE ELDERLY: RISK BEHAVIOR OF NON-COMMUNICABLE DISEASES

ABSTRACT

Chronic diseases make up the leading cause of mortality in the elderly population in the country and also lead the statistics of morbidity causes. This study sought to identify the socioeconomic conditions of the population aged above 60 years old and know the risk behavior of the elderly to chronic noncommunicable diseases. It is an exploratory, descriptive and quantitative study held in the area covered by the Family Health Unit. The sample was consisted by 20 elderly aged over 60 years old. Data collection was performed from August to September 2007. Upon completion of data collection all the questionnaires were consolidated by using the simple statistics and arranged in tables. The analysis showed that, although 40% is included in the track that sees less than two minimum wages: 70% seek to leave their homes to seek some kind of pleasure, 55% attend senior centers, 75% walk or run some other type of physical activity, 85% maintain healthy eating habits and 85% of them are not smokers. About 40% of older people needed hospital care average 1 to 2 times and 15% more than 8 times, 15.5% from them with hypertension. Another important point of this study were the morbidity reported by the elderly when 70% reported having the disease in the spine / back, 40% the arthritis / the rheumatism / the gout, 40% the hypertension and 25% the depression. These data point, especially the importance of providing quality care in the elderly health care in order to ensure the health care integrity. Thus it is important to establish a multidisciplinary team to better understand and assist the elderly before their real health needs.

Keywords: Aging Health. Risk Behavior. Chronic Diseases.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho Filho ET, Papaléu Neto, M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2004.
2. Figueredo NA, Tonini T. Gerontologia: atuação da enfermagem no processo de envelhecimento. São Paulo: Yendis; 2006.
3. Rudio FV. Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica. 29ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
4. Cofen. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 311/2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [disponível na internet] 2007 Fev [acesso em 2007 Abr 14]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196, de 10 de outubro 1996: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. [disponível na internet] Brasília, 1996. [acesso em 2007 Abr 14]. Disponível: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>.
6. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV et al. (organizadores). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 58-70.
7. Neri MSW. Desigualdade social e saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2003.
8. Duncan BB; Schimidt MI; Duncan MS. Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004. 1 v. p. 533-538.
9. Minister of Public Works and Government Services Canada. Tobacco Use and Smoking Cessation Among Seniors. Workshop on Healthy Aging. [disponível na internet] Canadá, 2001 [acesso em 2007 Dez 05]. Disponível: <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/workshop/healthyaging/tobacco1e.htm>.
10. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Ginebra: OMS; 1990.

11. Marucci MFN. Aspectos nutricionais e hábitos alimentares de idosos, matriculados em ambulatório geriátrico [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. USP; 1992.
12. Shuman. JM. Nutrição no envelhecimento. In: Mahan LK. Stump. SE. Alimentos, nutrição e dietoterapia. 9ª ed. São Paulo: Roca; 1998. p. 293-312.
13. Nogués, R. Factors que afectan la ingesta de nutrientes en el anciano y que condicionan su correcta nutrición. *Nutrición Clínica*. 1995;15(2):39-44.
14. Gruen DG, Connor EB. Sex differences in measures of body fat and body fat distribution in the elderly. *Am J Epidemiol*. 1996;143:898-906.
15. Zimerman D. Osório. LC. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
16. Brasil. Tendências demográficas: uma análise dos resultados da sinopse preliminar do censo demográfico 2000/IBGE. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2001.
17. Torres WC. Morte e Desenvolvimento humano. In: *Finitude: uma proposta para a reflexão e prática em gerontologia*. Rio de Janeiro: Nau; 1999.