

## MORBIDADES PREVALENTES EM UM GRUPO DE IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

*PREVALENT IN A GROUP OF ELDERLY PEOPLE FROM A FAMILY HEALTH UNIT*

Jéssica Layra Santana Callou<sup>1</sup>  
Salma Aparecida Oliveira Lins<sup>2</sup>  
Ocilma Barros De Quental<sup>3</sup>  
Renata Lívia S. Fonsêca Moreira<sup>4</sup>  
Geane Silva Oliveira<sup>5</sup>  
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa<sup>6</sup>

**RESUMO: Objetivo:** analisar o perfil de morbidades prevalentes em um grupo de idosos de uma Unidade de Saúde da Família, situada na zona urbana do município de Cajazeiras-PB. **Metodologia:** trata-se do recorte do Fenótipo de Fried: incidência da Fragilidade em idosos em uma Unidade de Saúde da Família. Estudo de campo, com abordagem quantitativa-descritiva. Os dados foram coletados na Unidade João Bosco Braga Barreto, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Faculdade Santa Maria, número, 748.667, cuja população foi composta por 100 idosos onde foi utilizado um questionário sociodemográfico e os marcadores do Fenótipo de Fragilidade, analisados de forma estatística descritos simples e apresentados em tabelas. **Resultados:** foram analisados os dados sociodemográficos quanto à idade analisamos que os idosos com 70-80 anos, com 51(51%) compõem a maior variável; Estado civil: viúvo com 47(47%), Sexo feminino com 66(66%); Renda de 1 salário mínimo com 63(63%), número de pessoas de 2-3 por residência compondo 50(50%) do total da amostra; tabagismo 45(45%) são não tabagistas; Na variável etilismo, 65(65%) são não etilista; hipertensão 59(59%) são portadores, 72(72%) não possuem diabetes, artrite 51(51%) não possuem; e 92(92%) não tem doença do coração, além dos critérios utilizados para definir fragilidade. **Conclusão:** os resultados evidenciaram que as morbidades prevalentes foram: tabagismo, etilismo, hipertensão, diabetes, artrite e doença do coração, sendo que relativo o acometimento das mesmas no grupo de idoso do estudo, e que quanto aos dados

<sup>1</sup> Enfermeira. Faculdade Santa Maria-PB.

<sup>2</sup> Enfermeira. Faculdade Santa Maria-PB.

<sup>3</sup> Enfermeira. Docente FSM-PB. Mestre em Ciências da Saúde pela FMABC-SP.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem-UFPB. Especialista em Saúde Pública - FACISA. Professora Faculdade Santa Maria - FSM/PB.

<sup>5</sup> Enfermeira. Docente FSM-PB. Especialista em Unidade Terapia Intensiva.

<sup>6</sup> Enfermeira. Docente FSM-PB. Mestre em Enfermagem pela UFPB. Doutoranda em Ciências da Saúde pela FMABC-SP.

sociodemográficos, o sexo predominante são as mulheres com um percentual de 66%, predominando o estado civil viúvo com 47%, e a idade variou de 70-80 anos com 51% do total da amostra, quanto a renda apenas um salário mínimo com 63% e o número de pessoas na mesma residência variou em torno de duas a três compondo uma porcentagem de 50%.

**Palavras-Chave:** Envelhecimento da população. Incidência. Morbidades.

**ABSTRACT: Objective:** *Analysing the prevalent morbidities profile inside an elderly group of a Health Family Unit, located at the urban area in the city of Cajazeiras-PB. Methodology: this study is about the Fried's phenotype cut: incidence of frailty in elderly people at a Health Family Unit. Field research, which used a quantitative-descriptive approach. The data were collected at the Unit João Bosco Braga Barreto, after the project's approval by the Santa Maria's College Ethics Committee, number 748.667, whose population was consisted by 100 elderlies, a sociodemographic questionnaire was applied, and the Frailty Phenotype Markers were analysed in a statistic way, described simple e presented in charts. Results: Sociodemographic data were analysed. About the age we verified the elderlies which is 70-80 years old were 51%, being the majority; about marital status we identified widows as the majority with 47% of the group; about gender females were majority integrating 66%; about income, we identified that most elderlies, 63% did make less than the minimum wage; about the number of people living in their residences, most part, 50%, lived in houses with 2-3 people; about smoking, 45% did not smoke; about alcoholism, 65% are not alcoholics; about hypertension, 59% did have this condition; About diabetes, 72% do not have this illness; about arthrits, 51% did not developed this illness; e 92% does not have heart conditions, beyond the criteria used to define frailty. Conclusion: the results showed that prevalent morbidities were: smoking, alcoholism, hypertension, arthritis and heart conditions, seen that we searched the occurrence of them in the elderlies group which was consisted by most of women, as 66% of the sample; widows, as 47%; the age predominant is 70-80 years old in which were 51% of the group; about the income, 63% did make less than the minimum wage; the number of elderlies who lived in a house with 2-3 people integrated 50% of the group.*

**Keywords:** *aging population. Incidence. Morbidities.*

## **INTRODUÇÃO**

O envelhecimento populacional é condição em que há o aumento considerável da população em uma determinada faixa etária, não se referindo apenas a indivíduos ou a uma geração, mas a estrutura considerada como definidora da velhice. Os dados disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde auxiliam esta compreensão, porém, não são suficientes para explicar as transformações sociais, para isto, são necessários estudos descritivos, que se aproximam da realidade da população e suas nuances (PILGER *et al.*, BARATIERI, 2011).

O envelhecimento populacional é um fenômeno de amplitude mundial decorrente da melhoria da atenção à saúde e da redução das taxas de natalidade e mortalidade, ocasionando importantes mudanças nos cenários sociais e da saúde dada a transição demográfica e epidemiológica. Considerando o contexto brasileiro, a população idosa vem crescendo de forma acelerada e tende a aumentar nas próximas décadas. (GONÇALVEZ; VIEIRA; SIQUEIRA, 2008).

A morbidade é um termo usado para designar o conjunto de casos de uma dada afecção ou soma dos agravos à saúde que atingiu um grupo de indivíduos, é usada para obtenção de uma estimativa quantificada de doenças numa população. Conhecer a mortalidade de uma população permite fazer inferências sobre as condições de saúde dos grupos que a constituem. A comparação de coeficientes de mortalidade entre regiões e entre seguimentos populacionais, em uma mesma época ou em diferentes momentos, é um dos métodos mais empregados para levantar explicações etiológicas (PEREIRA, 2005).

A motivação para a realização do estudo iniciou-se no decorrer das aulas da Disciplina Saúde do Idoso, além da realização do estágio supervisionado I nas Unidades de Saúde da Família, tiver a oportunidade de realizar diversas consultas de Enfermagem com vários idosos, onde observei o grande acometimento de doenças crônicas ao grupo bastante susceptível. Com isso, surgiu o grande

interesse de investigar o índice dos idosos acometidos e quais os determinantes no qual favorecia. Com isso, surgiu o objetivo pelo projeto de analisar o perfil de morbidades prevalentes em um grupo de idosos de uma Unidade de Saúde da Família, situada na zona urbana do município de Cajazeiras-PB. Diante do exposto, o estudo tem como objetivo analisar o perfil de morbidades prevalentes em um grupo de idosos de uma Unidade de Saúde da Família.

## **MÉTODO**

Trata-se do recorte do estudo Fenótipo de Fried: Incidência da Fragilidade em idosos em uma Unidade de Saúde da Família. Estudo de campo, com abordagem quantitativa descritiva, onde foram utilizadas as seguintes variáveis: idade, estado civil, sexo, renda, número de pessoas, e as morbidades: Tabagismo, Etilismo, Hipertensão, Diabetes, Artrite e Doenças do coração.

Este estudo foi realizado com 100 idosos que são atendidos na Unidade de Saúde da Família João Bosco Braga Barreto, localizada na Zona Urbana no município de Cajazeiras, no Alto Sertão paraibano, no extremo Oeste do estado, possuindo altitude de 298 metros no nível do mar, distante 477 km da capital João Pessoa, com uma área territorial de 586.275 Km<sup>2</sup>. Com uma população estimada de 58.319 habitantes, sendo considerada a sexta maior cidade da Paraíba (IBGE, 2010). Para os critérios de inclusão podemos citar: ser paciente da zona urbana da referida Unidade de Saúde, ter 60 anos ou mais, consciente e orientado. Já para os critérios de exclusão temos: não ser paciente cadastrado da referida unidade.

Para tanto, foi utilizado um questionário semiestruturado, com questões referentes à caracterização da amostra e os objetivos pertinentes ao estudo. Após a aprovação do projeto pelo comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Maria parecer favorável, número 748.667 e encaminhamento de ofício a Secretaria de Saúde e a Unidade de Saúde da Família Dom Bosco no município de Cajazeiras-PB. E, em obediência e respeito dos aspectos éticos contidos na Resolução 466/12, que se atendem as normas de pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional

de Saúde (CNS) e no comprimento ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visitamos nos meses de setembro e outubro de 2014 a unidade de Saúde da Família ora mencionada.

Após a coleta de dados foi realizada uma estatística descritiva, cujo objetivo básico é o de sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo dessa forma que se tenha uma visão global da variação desses valores, organiza e descreve os dados de três maneiras: gráficos, tabelas e de medidas descritivas.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os dados foram tabulados e analisados descrição simples. Fez parte do estudo 100 idosos. Primeiro investigamos a distribuição de frequência das variáveis sócio-demográficos dos idosos, como possíveis fatores para referente análise do perfil de morbidades prevalentes nos Idosos (Tabela 1).

**Tabela 01:** Distribuição de Frequência das Variáveis Sociodemográficos dos Idosos.

<b>Variável</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>	60-70	43
	70-80	51
	80-90	06
<b>Estado Civil</b>	Viúvo	47
	Divorciado	08
	Casado	41
	Solteiro	04
<b>Sexo</b>	Feminino	66
	Masculino	34
<b>Renda</b>	1 Salário	63
	2 Salários	35
	+3 Salários	02
<b>Número de pessoas</b>	1 Pessoa	13
	2-3 Pessoas	50

3-4 Pessoas	36	36
+4 Pessoas	01	01
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>(100%)</b>

**Fonte:** Coleta de dados, 2014.

Dos 100 idosos, 66 (66%) eram do sexo feminino. A média da idade encontrada com predomínio relativo entre as faixas etárias de 70-80 anos 51(51%) e 60-70 anos 43(43%). Observou-se que relativo à renda 63% recebem um salário mínimo. Na residência dos idosos, predominava morando com ele de duas a três pessoas (50%), mais da metade entrevistados foram predominante às mulheres idosas (66%). Foi dada ênfase na análise no caráter demográfico quanto ao número de pessoas por residência. Onde foi obtido dado com prevalência em número de pessoas de n=50 (50%) morando de duas a três pessoas isso o relato por residência pertencente ao grupo familiar. Com isso, demonstra-se que não é existente um grande vínculo familiar dos idosos avaliados. Apesar de que, para os idosos manter um vínculo de amizade, afeto e amor é essencial.

De acordo com Veras (2004), apesar de a expectativa de vida ao nascimento contemplar ambos os sexos, isso não ocorre de maneira uniforme. A população brasileira, entre os anos de 1920 a 1982, experimentou um aumento de quase 30 anos de vida, entretanto esse aumento foi mais significativo para as mulheres do que para os homens. Esses dados são baseados em fatores, como: maior exposição do sexo masculino a acidentes de trabalho e morte por causas externas, diversidade de consumo de tabaco e álcool que estão associados às mortes externas, neoplasmas e doenças cardiovasculares; condutas em relação às doenças.

A velhice é feminina. Esta constatação é feita pelos estudiosos do processo do envelhecimento, evidenciando um fenômeno que vindo sendo explorado ainda sem respostas conclusivas. Em Fortaleza-Ceará, a população acima de 60 anos é de 40,2% de homens e 59,8% de mulheres, seguindo a tendência nacional. As mulheres têm maior índice de sobrevivência do que os homens, quando atingidas pelas principais causas de morte, mas o contraponto é que elas são mais afetadas por doenças não fatais. Esta constatação é referida por Hayflick (1997) quando afirma que "o aumento da longevidade significa mais tempo para sofrer destas doenças"

(HAYFLICK, 1997).

Quanto ao estado conjugal, com maior prevalência os casados 41 (41%), porém é relativo o número de idosos viúvos 47 (47%). Resultado semelhante ao encontrado em investigação com idosos (Queiroz, Trinca, 1983), porém, outros estudos destacam percentual superior (GARCIA; RODRIGUES; BOREGA, 2002).

Pesquisadores afirmam que ter um companheiro para realizar as atividades diárias é de suma importância para a saúde do idoso, contribuindo para a autoestima e a autonomia (DEL DUCA *et al.*, 2012).

Para Salgado (2002), a idade mediana, em nível mundial, projeta-se para 2050 que essa idade estará em 37,8. No mundo, em geral, existe uma proporção maior de mulheres idosas do que de homens. Existe um excedente de mulheres idosas em relação aos homens, elas vivem, em média, sete anos mais do que os mesmos. O autor explica que existe uma maior proporção de viúvas, a razão dessa situação é que, por tradição, a mulher tende a se casar com homens mais velhos do que ela, o que, associado a uma mortalidade masculina maior do que a feminina, aumenta a probabilidade de sobrevivência da mulher em relação ao seu cônjuge (SALGADO, 2002).

Antes, Ribeiro, Sckneider, Benedetti, D'Orsi, (2009), realizaram um estudo com perfil socioeconômico dos idosos de Florianópolis: Análise comparativa dos estudos Perfil do Idoso 2002 e EpiFloripa Idoso 2009, nas seus análises, relate que o estudo EpiFloripa Idoso evidenciou predomínio feminino na população idosa de Florianópolis, não sendo possível a comparação ao estudo de 2002, devido a forma de seleção da amostra dos estudos (ANTES; RIBEIRO; SCKNEIDER; BENEDETTI; D'ORSI, 2009).

Ao analisar outras investigações, percebe-se que o predomínio feminino na população idosa é uma tendência. Tal fato é explicado pelos diferenciais de expectativa de vida entre os sexos, fenômeno mundial evidente no Brasil. No período de 1999 a 2003, a expectativa de vida a partir dos 60 anos aumentou em todas as faixas de idade, tanto para homens quanto para mulheres; entretanto, a expectativa de vida das mulheres ainda excede a dos homens em oito anos, em média, e isso explica, em parte, a maior proporção de mulheres idosas em relação aos homens (IPEA, 2010; IBGE, 2009).

Vários estudos apontam a ocorrência de um processo de envelhecimento global e a maior proporção é a de mulheres (FALLER; MELO; VERSA; MARCON, 2010), o que não se configurou de forma distinta neste estudo. A predominância de mulheres, no entanto, corrobora a denominada feminilização da velhice, fato crescente no Brasil (VICTOR *et al.*, 2009).

No Brasil, a renda é de até um salário mínimo para 43,2% dos idosos ou de um a dois salários mínimos, para 29,0% (IBGE, 2010). A renda impacta fortemente a saúde da população e o idoso também pode ser atingido, haja vista os gastos com medicamentos nessa fase da vida. Além disso, em decorrência de modificação recente nos arranjos domiciliares, muitos idosos contribuem significativamente para o orçamento familiar. A aposentadoria torna-se uma garantia fixa para o atendimento das necessidades básicas dos lares dos idosos que muitas vezes assumem a responsabilidade financeira e tornam-se provedores do sustento de filhos desempregados e netos. Já a renda insuficiente provoca situação de grande vulnerabilidade social, expondo os idosos ao risco de agravamento das doenças já existentes e ao surgimento de novas condições de adoecimento, pois rendimentos insuficientes não suprem as necessidades de idosos e suas famílias (CLARES *et al.*, 2011; ALVARENGA *et al.*, 2011).

A real conjuntura apresentada pelas famílias que possuem idosos morando na mesma residência, nas quais possuem uma renda maior em comparação às outras famílias, pode se justificar em função do tipo de arranjo familiar e das etapas do ciclo familiar, que determinam ou não relações de dependência entre os membros da família (ALCÂNTARA; DEBERT, 2007).

**Tabela 02:** Referente ao Perfil de Morbidades Prevalentes nos Idosos e Fatores de Risco

VARIÁVEL			%
<b>Tabagismo</b>	Não Tabagista	45	45
	Tabagista	14	14
	Ex-Tabagista	41	41
<b>Etilismo</b>	Não Etilista	65	65



	Etilista	15	15
	Ex-Etilista	20	20
<b>Hipertensão</b>	Sim	59	59
	Não	41	41
<b>Diabetes</b>	Sim	28	28
	Não	72	72
<b>Artrite</b>	Sim	29	29
	Não	51	51
<b>Doença do coração</b>	Sim	07	07
	Não	92	92
	3	01	01
	<b>Total</b>	100	100%

Fonte: Coleta de Dados, 2014.

Na tabela 02 verifica-se que dos cem idosos 41 (41%) são ex-fumantes, fumantes 14 (14%) e não tabagista 45 (45%). Com isso, é notório que é em ambas as descrições relativamente de não tabagista e ex-tabagista. Quanto ao etilismo: foram 15 (15%), não etilista 65 (65%) e ex-etilista 20 (20%). Tratando-se da hipertensão, os dados demonstram que 59 (59%) são hipertensos e 41 (41%) são normotensos, dados com variáveis pertinentes. Idosos com diabetes foram encontrados 28(28%), e não diabéticos 72 (72%), onde é notório que o índice de idosos n estudo acometidos pela diabetes é mínimo. Portadores de artrite observado no estudo foram 29 (29%) e não portadores 51 (51%), a artrite sendo ela uma doença inflamatória sistêmica, geralmente idosos afetados, os agravos são maiores, pois, trata-se de uma patologia autoimune, além do ambiente favorecer para o agravo, porém os idosos acometidos foram de 29 (29%). As doenças do coração dos cem idosos acometidos encontram-se com 07 (7%) e não acometidos (92%), verificado que o agravo do coração é mínima.

Considerando esse contexto verifica-se que o avanço da idade tem sido relatado por parte dos próprios idosos, como sinônimos de questão da fragilidade física e mental, onde os remete para o problema da incapacidade funcional, onde muitas das vezes estão associadas à idade, originada por várias doenças crônica e reflexo das perdas de funções fisiológica, isso atribuído ao processo de senescência

(SANTOS *et al.*, 2013).

Segundo Freitas, Ribeiro, Oliveira, Rissas, Domingues, do artigo Fatores associados ao tabagismo em idosos residentes na cidade de Londrina, Brasil, no ano de 2010, na sua análise, descreve que: Entre os fumantes atuais, 24,3% dos homens e 34,5% das mulheres consumiam menos de 10 cigarros por dia; porém, entre os homens, o maior percentual foi de 43,2%, os quais consumiam de 11 a 20 cigarros por dia ( $p=0,902$ ) (FREITAS *et al.*, 2010).

O tabagismo é um dos mais importantes fatores de risco para a doença cardiovascular e também neoplasias, bronquite crônica e enfisema. Sua alta prevalência faz inúmeras vítimas, principalmente por doença cardiovascular aterosclerótica. É válido observar que a população masculina detém a maior parcela de fumantes em nosso país (CIORLIA; SOUZA, *et al.*, 2005).

Peixoto, Firmo e Costa (2006), no seu artigo publicado com o tema: Condições de Saúde e Tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras, expuseram em relação ao que observaram sobre o Tabagismo, entre os homens idosos, a prevalência de ex-fumantes foi semelhante nas duas áreas estudadas (39,2% vs. 40,2%). Entre as mulheres, a prevalência de ex-tabagismo na Região Metropolitana de Belo Horizonte (14,1%) foi um pouco maior do que a observada em Bambuí (11,2%). A prevalência de fumantes atuais entre homens idosos foi igual a 19,6% na Região Metropolitana de Belo Horizonte e 31,4% em Bambuí. Os resultados correspondentes para as mulheres foram 8,1% e 10,3%, respectivamente.

A prevalência do hábito de fumar na Região Metropolitana de Belo Horizonte e na cidade de Bambuí, segundo sexo e faixa etária. O hábito de fumar apresentou associação significativa ( $p<0,05$ ) com idade apenas entre as mulheres em ambos os inquéritos, observando-se uma redução da prevalência do tabagismo atual com o aumento da idade (PEIXOTO; FIRMO; COSTA, 2006).

Outro dado importante para avaliar a saúde dos idosos é o tabagismo, sendo que a maioria dos pesquisados não possuía esse hábito. O tabagismo é apontado como uma das principais causas de doenças e morte em boa parte do mundo, desfavorecendo a longevidade, sendo fator de risco para inúmeras doenças, principalmente câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias (GOULART *et al.*,

2010).

Em relação à hipertensão arterial sistêmica, os dados levantados neste estudo estão um pouco acima daqueles encontrados em estudos nacionais (prevalência de 51,5% entre as mulheres e 62,5% dos homens), sendo que esta é uma doença de alta prevalência em nosso país, atingindo cerca de 20% da população adulta jovem e 50% da população idosa. A hipertensão arterial sistêmica possui forte relação com 80% dos casos de acidente vascular encefálico (AVE) e 60% dos casos de doença isquêmica do coração (BRASIL, 2001).

O diabetes mellitus é um grupo de distúrbios heterogêneos caracterizado por níveis elevados de glicose no sangue ou hiperglicemia. Pode ser do tipo I, ou insulino-dependente, que acomete cerca de 5% a 10% das pessoas com diabetes e caracteriza-se por início súbito, geralmente antes dos 30 anos de idade. O diabetes mellitus tipo II, ou insulino-independente, acomete de 90% a 95% das pessoas com diabetes e ocorre mais freqüentemente em pessoas com mais de 30 anos de idade (SMELTZER; BARE, 1998).

No grupo em estudo, 12,1% das mulheres apresentam hipertensão arterial e diabetes. A hipertensão arterial e o diabetes mellitus constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares e são agravos de saúde pública dos quais até 80% dos casos podem ser tratados na atenção básica (BRASIL, 2001).

Outras condições clínicas não articulares são também importantes e estão discutidas nesse Consenso sobre comorbidades em AR, como a ocorrência de diabetes mellitus, resistência à insulina, hipertensão arterial sistêmica, trombose venosa, osteoporose e neoplasias (PEREIRA *et al.*, 2012).

Da Mota (2008), no seu artigo *Atualização em reumatologia: artrite reumatóide inicial*, São Paulo, 2008. Quanto à artrite em idosos e seu tratamento farmacológico, declara que nos últimos anos, a generalização do conceito de artrite reumatóide (AR) inicial ou precoce e da existência de janela de oportunidade terapêutica - período no qual a instituição de terapia adequada para a doença acarretaria marcada melhora clínica - firmaram a noção de que diagnóstico e tratamento precoces poderiam modificar o curso da doença. Concomitantemente, foram desenvolvidos ou aprimorados métodos laboratoriais e de imagem que

contribuíram para diagnóstico mais precoce e determinação de prognóstico da AR inicial, bem como foram instituídas mudanças na forma de abordagem terapêutica da doença, com a utilização de novas classes de drogas. A idade média dos pacientes foi de 53 anos (grupo P) e 57 anos (grupo não P). Dos indivíduos avaliados, 64% eram mulheres e 64% tinham FR positivo. A duração da doença à avaliação inicial foi de seis meses. Após dois anos, a proporção de pacientes em remissão foi de 55% (grupo P) *versus* 30% (grupo não P),  $p = 0,003$ . A análise longitudinal demonstrou que, durante todo o curso da doença, os pacientes em uso de prednisolona tiveram probabilidade maior de atingir remissão (MOTA, 2008).

São diversas doenças de coração, onde mais freqüentes abordadas foram a arritmias cardíacas, derrame pericárdio e doenças das artérias coronárias, os idosos do estudo apenas 6(6%) são portadores de doenças do coração e 92(92%) não possuem, visto que o portador de doença do coração, provavelmente está associada a outra patologia.

As doenças cardiovasculares constituem importante causa de mortalidade no país, representando a principal causa de mortalidade por todas as causas (ESTATÍSTICAS DE MORTALIDADE, 1996). Elas assumiram um papel preponderante desde os anos 60 (BAYER, 1984) nas capitais brasileiras e, em cidades como São Paulo, são a principal causa de morte desde o final dos anos 40 (LOTUFO; LOLIO, 1994).

Scanavacca, no seu artigo *Novas perspectivas do tratamento das arritmias cardíacas e sua aplicação no Brasil*, 2012. Enfatiza que as arritmias cardíacas são freqüentes na população em geral, mas em particular nos pacientes com doenças cardíacas. Seus portadores podem passar a vida sem manifestações clínicas específicas ou ter sua qualidade significativamente comprometida e, em casos extremos, ser suscetíveis à morte súbita (SCANAVACCA, 2012).

As doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por mais de 1/3 das mortes no Brasil (MENDES *et al.*, 2006), e as projeções dessas enfermidades, para o ano 2020, apontam que permanecerão liderando as estatísticas de letalidade (GUIMARÃES, 2002). São representadas principalmente pelas doenças das artérias coronárias e cerebrovasculares, as quais respondem por 80% dos óbitos das DCV (ISHITANI *et al.*, 2006). Ocorrem por fatores diversos, que vão desde a genética do

indivíduo, idade, sexo e hábitos de vida, até a falta de controle dos fatores de risco cardiovascular (FRCV) relacionados à aterosclerose (GUIMARÃES, 2002). Quanto maior a associação desses fatores em um indivíduo, maior a probabilidade de desenvolver a doença, tendo na sua prevenção e controle uma poderosa arma para a redução da morbidade e mortalidade por DCV (ROSENGREN *et al.*, 2004).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

À medida que se possibilitou analisar o perfil de morbidades prevalentes em um grupo de idosos de uma Unidade de Saúde da Família, obteve-se êxito, pois o objetivo do estudo que foi analisar as morbidades prevalentes em um grupo de idosos, além de caracterizar os idosos quanto aos dados sociodemográficos e enumerar as morbidades presentes no referido grupo.

Acreditamos que diante da construção desse estudo, torne meios facilitadores para outras possíveis realizações sobre a temática, ainda, facilitando para os meios científicos e profissionais. Sendo que envelhecimento e morbidades são temáticos de extrema importância, pois, é um contexto atual brasileiro bastante discutido, pois a população brasileira esta envelhecendo progressivamente.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALCÂNTARA, A. O.; DEBERT, G.G. Família e velhice: revisitando mitos e certezas. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA*. Recife-Pe. Família e Velhice: Entre Mitos e Certezas, 2007. v. 1, p. 1-3.

ANTES, D.L.; RIBEIRO, D.F.; SCHNEIDER, I.J.C.; BENEDETTI, T.R.B.; D'ORSI, E. Perfil socioeconômico dos idosos de Florianópolis: Análise comparativa dos estudos Perfil do Idoso 2002 e EpiFloripa Idoso 2009, *Rev. Bras. Epidemiol.* v.17 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2014.

BAYER, G. F.; GOES DE PAULA, S. Mortalidade nas capitais brasileiras 1930-1980. **RADIS-dados**, v.2, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF, 2001.

CLARES, J. W. B.; FREITAS, M. C; ALMEIDA, P. C.; GALIZA, F. T; QUEIROZ, T. A. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. **Rev RENE**. v.12, p.988-94, 2011.

CIORLIA SOUZA, L. A.; GODOY, M. F. Fatores de risco cardiovascular e mortalidade. Seguimento em longo prazo (até 20 anos) em programa preventivo realizado pela medicina ocupacional. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 85, n.1, 2005, p.92.

DEL DUCA, G *et al.* Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. **Rev Saúde Pública**. v.46, n.1, p.147-53, 2012

Estatísticas de Mortalidade, 1992 - **CENEPI, Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 1996.

FALLER, J.W; MELO, W.A; VERSA, G.L.G.S.; MARCON, S.S. Qualidade de vida dos idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.14, n.4, p.803-10, 2010.

FEIN, F.; SCHEUER, J. Heart disease in diabetes mellitus: theory and practice. In: Rifkin H, Port D (Eds). **Diabetes Mellitus**. New York: Elsever, 1990: 812-23.

FREITAS, E. V. Demografia e Epidemiologia do envelhecimento. In: Py L, *et al*, organizadores. **Tempo de envelhecer**: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: Nau, p. 19-38, 2004.

GARCIA, M. A.; RODRIGUES, M. G.; BOREGA, R. S. O envelhecimento e a saúde. **Revista de Ciência e Medicina**, v.11, n.3, p.221-231, 2002.

GOULART, D *et al.* Tabagismo em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v.13, n.2, p.313-20, 2010.

GUIMARÃES, A.C. Prevenção de doenças cardiovasculares no século 21. **Hipertensão**, v.5, n.3, p.103-6, 2002.

HAYFLICK, L. **Como e porque envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus. 1997.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Indicadores Sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Estudos e Pesquisas informação demográfica e socioeconômica número 25. Rio de Janeiro; 2009.

\_\_\_\_\_. **Censos demográficos**. Rio de Janeiro; 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais**. Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro; 2010. (Informação Demográfica e Socioeconômica, 27).

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). PNAD 2009. **Primeiras Análises**: Tendências Demográficas. Governo Federal Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Brasil; 2010.

ISHITANI, L.H; FRANCO, G.C; PERPÉTUO, I.H.O.; FRANÇA, E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.40, n.4, p.684-91, 2006.

LOTUFO, P.A. LOLIO, C.A. Coronary heart disease mortality trends in São Paulo Brazil CVD. **Epidemiol Newsletter**, v.49, p. 150-1, 1994.

MARCON, S. S. *et al.* Características da doença crônica em famílias residentes na região norte de Maringá-PR: uma primeira aproximação. **Acta Scientiarum**, v.26, n.1, p.83-93, 2004.

MENDES, M. J. F. L.; *et al.* Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais. **Rev Bras Saúde Mater Infant.**, v.6, Supl 1, p.49-54, 2006.

MOTA, L. M. H. Atualização em reumatologia: artrite reumatóide inicial, **Rev. Bras. Reumatol.** v.48 n.6 São Paulo Nov./Dec.2008.

PEIXOTO, S.V.; FIRMO, J.O.A.; COSTA, M.F.L. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/17.pdf>>.

PEREIRA, I.A. *et al.* Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia sobre o manejo de comorbidades em pacientes com o diagnóstico de Artrite Reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol.** v.52, n.4, p.474-95, 2012.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

PILGER, C.; LENTSCCK, M.H.; VARGAS, G.D.E.; BARATIERI, T. Causas de internação hospitalar de idosos residentes em um município do Paraná, uma análise dos últimos 5 anos. **Rev Enferm UFSM.** 2011. Disponível em: <<http://cascaivel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3186/2407>>. Acesso em 2012 out 09.

QUEIROZ, J. B.; TRINCA, S. F. A influência do lazer sobre pessoas da terceira idade. **Revista Brasileira de Enfermagem do Rio Grande do Sul.** v.36, p.:95-106, 1983.

ROSENGREN, A. *et al.* Association of psychosocial risk factors with risks of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTER-HEART study): case-control study. **Lancet.** v.364, n.9438, p.953-62, 2004.

SALGADO, C. D. S. **Mulher idosa: a feminização da velhice.** Estud. interdiscip. envelhec., Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre gerontogeriatrica envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília (DF), v. 63, n. 6, p. 1035-9, nov-dez, 2013.

SCANAVACCA, M. Novas perspectivas do tratamento das arritmias cardíacas e sua aplicação no Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.** v.99 n.6 São Paulo Dec. 2012.

SMELTZER, C.S.; BARE, G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.** 2006:1-48.

VERAS, R. Desafios e conquistas advindas da longevidade da população: o setor saúde e as suas necessárias transformações. *In: Velhice numa perspectiva de futuro saudável.* UERJ. Disponível em: <[http://www.observatorionacionaldo\\_idoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_manual/16.pdf](http://www.observatorionacionaldo_idoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/16.pdf)>. Acesso em: acesso em 2013 jun 04.

VICTOR, J. F.; XIMENES, L. B.; ALMEIDA, P. C.; VASCONCELOS, F. F. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paul Enferm.** v.22, n.1,p. 49-54, 2009.