

DISTRIBUIÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS EM IDOSOS NA ATENÇÃO HOSPITALAR E DOMICILIAR

Lucas Barreto Pires Santos ¹
Jacqueline Silva Santos ²
Beatriz Dourado Calazans Farias ³
Maria Eliane Moreira Freire ⁴

INTRODUÇÃO

A hospitalização da pessoa idosa é um evento complexo e peculiar associado a diversos graus de mudanças e de perdas. Para alguns idosos, o processo de hospitalização pode ser considerado simples, e os ajustes são relativamente fáceis. Já para outros, a adaptação ao processo de hospitalização requer apoio da família e, especialmente, dos profissionais de saúde e outros para oferecer suporte na execução de suas atividades básicas de vida diária (MARI, 2016).

Vivenciar o envelhecimento é um desafio especial na vida das pessoas, porque ocorrem mudanças fisiológicas, cognitivas e psicossociais. Em consequência disso, em alguns, a capacidade de cuidar de si mesmo e de tomar decisões sobre suas necessidades diminui, e eles ficam mais dependentes da família no contexto domiciliar (FERNANDES, 2014).

A diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica que é uma das principais causas de morbimortalidade na população. Essa doença ocorre quando há uma incapacidade de produção de insulina. Segundo a Federação Internacional de Diabetes (IDF), cerca de 415 milhões de adultos entre os 20 e 79 anos foram diagnosticados com DM em 2015, podendo este número aumentar para 642 milhões de pessoas em 2042. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) corresponde a 72% das causas de mortes, sendo maior o número de óbitos por diabetes tipo 2, o que é preocupante, pois desenvolve riscos de complicações micro e macrovasculares, diminuindo a expectativa e qualidade de vida dos pacientes (SOUZA; VASCONCELOS, 2017).

¹ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB, lucasbarreto02@hotmail.com

² Mestre em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco – UPE, jack_laane@hotmail.com

³ Graduanda em enfermagem pela Faculdade Irecê- FAI, biadourado16@gmail.com

⁴ Professora orientadora: Doutora em Enfermagem pelo programa de pós graduação da escola de enfermagem de Ribeirão Preto, enf_elimoreira@hotmail.com

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCT) como câncer, diabetes e obesidade são caracterizadas como multifatoriais, podendo se desenvolver no decorrer da vida, estando fortemente ligada à saúde pública. Dentre as doenças crônicas que mais acometem os idosos que fazem uso da Unidade Básica de Saúde, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes mellitus (DM) afetam a vida de milhões de pessoas, causando um grande impacto na economia, se transformando em alto custo social. No serviço de saúde é importante destacar a qualidade de vida dos idosos com doenças crônicas, sendo a porta de entrada para buscar resultados e tomar decisões e condutas terapêuticas para possibilitar um cuidado direcionado e integral a saúde do idoso, sendo o profissional responsável por identificar as necessidades reais por meio de uma avaliação multidimensional (SILVA, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que a qualidade de vida de um paciente, está, na maioria das vezes, ligada aos valores e cultura nos quais o mesmo está inserido. A percepção da saúde pode ser caracterizada como a forma com que o paciente vê sua saúde, seja positiva ou negativamente. Isso acontece com o idoso hospitalizado, o modo com que o estado de saúde do paciente é percebido por ele pode favorecer em sua busca por serviços assistenciais, melhorando o tratamento do paciente e influenciando positivamente na adesão ao tratamento e eficácia da assistência (PEREIRA, 2017).

Considerando o grande aumento de doenças crônicas em idoso, é importante destacar a importância do conhecimento no processo de envelhecimento, desenvolvendo atividades através do processo de cuidar para atender todas as necessidades multidimensionais do idoso. Considera-se que este estudo seja significativo para profissionais da saúde, sociedade, familiares e cuidados, para que possam ampliar pesquisas sobre o tema, associado a doenças a fim de se conseguir melhores resultados para a prática hospitalar e promoção da saúde, com foco na melhoria da qualidade de vida da população idosa com doenças crônicas.

Este estudo teve como objetivo de avaliar a distribuição das doenças crônicas em idosos na atenção hospitalar e domiciliar

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal, com abordagem quantitativa. Os locais para realização deste estudo foram os domicílios de pacientes cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (USF), integrantes do Distrito Sanitário III do município de João Pessoa - PB e da Unidade de Clínica Médica de um hospital-escola. A amostra desta pesquisa foi de

70 idosos para referida USF e 36 participantes que se encontravam internados no hospital, portanto, 106 participantes.

Para compor este estudo foi realizada a amostra por conveniência, com os seguintes critérios de inclusão: pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e que apresentasse capacidade cognitiva para responder as perguntas feitas pelo pesquisador. Quanto aos critérios de exclusão foram aqueles com diminuição da capacidade auditiva e que portassem alguma doença neuropsiquiátrica que comprometessem a coleta dos dados.

Os dados foram coletados no período de janeiro a junho de 2017, por meio de entrevista, norteadas pelo instrumento: o de caracterização sociodemográfica dos participantes (sexo, idade, estado civil, situação empregatícia, renda familiar e com quem mora) e o dos dados clínicos (diagnóstico médico, tempo de diagnóstico, tratamento atual).

Para realização desta pesquisa foi relatado a pessoa idosa o objetivo deste estudo e, posteriormente, solicitado a sua autorização de participante por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após a coleta dos dados, os mesmos foram compilados num banco de dados, utilizando o *software* da *Microsoft Office Excel* – 2013. Os dados foram importados para o aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS*, versão 13.0. As variáveis sociodemográficas e clínicas foram mensuradas nos níveis das escalas nominal, ordinal e intervalar. Para analisar os dados, foram utilizadas medidas descritivas (frequência absoluta e percentual).

Durante todo o estudo, foram seguidas as observâncias éticas da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, na data 04 de julho de 2017, com CAEE 46997015.7.0000.5183, sob parecer consubstanciado de nº 2.154.864.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 106 idosos, cujas idades médias eram bem próximas - os que se encontravam em atendimento hospitalar tinham 74,8 anos, desvio padrão de 9,3; e os que estavam em atendimento domiciliar, 74,1 anos, com desvio padrão de 8,0. Os demais dados referentes à caracterização sociodemográfica e clínica são apresentados na Tabela 1, com valores absolutos e relativos das frequências de respostas.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas dos idosos em atendimento hospitalar e domiciliar - João Pessoa – Paraíba, Brasil, 2017 (n=106)

Variáveis	Atendimento hospitalar		Atendimento domiciliar (USF)	
	FA	%	FA	%
Sexo				
Masculino	16	44,5	36	51,4
Feminino	20	55,5	34	48,6
Estado civil				
Solteiro	5	13,9	10	14,3
Casado	18	50,0	20	28,6
União consensual	2	5,6	9	12,9
Viúvo	9	25,0	29	41,4
Separado	1	2,8	1	1,4
Divorciado	1	2,8	1	1,4
Situação empregatória				
Empregado	2	5,6	-	-
Aposentado	31	86,1	64	91,4
Dona de casa	2	5,6	1	1,4
Autônomo	-	-	2	2,9
Licença saúde	-	-	1	1,4
Informal	1	2,8	2	2,9
Renda familiar				
1 SM*	17	47,2	17	24,3
2-3 SM*	16	44,4	39	55,7
3-5 SM*	2	5,6	13	18,6
5-10 SM*	-	-	1	1,4
Mais de 10 SM*	1	2,8	-	-
Mora com quem?				
Esposo (a)	5	13,9	9	12,9
Esposo (a) e filhos	10	27,8	21	30,0
Filhos	11	30,6	27	38,6
Outros parentes	7	19,4	10	14,3
Sozinho (a)	3	8,3	2	2,9
Outros	-	-	1	1,4
Diagnóstico médico				

Neoplasias	6	16,7	14	20,0
Diabetes	22	61,1	17	24,3
Acidente vascular encefálico	7	19,4	27	38,6
DPOC	1	2,8	12	17,1
Tempo de diagnóstico				
Menos de 1 ano	15	41,7	1	1,4
De 1 a 5 anos	7	19,4	39	55,7
Mais de 5 anos	14	38,9	30	42,9
Tratamento atual				
Farmacológico	28	77,8	48	68,6
Cirurgia	4	11,1	19	27,1
Radioterapia	1	2,8	2	2,9
Quimioterapia	-	-	1	1,4
Fisioterapia	3	8,3	-	-
Total	36	100,0	70	100,0

Fonte: Elaboração própria

*SM - Salário mínimo de R\$ 937,00 (2017)

Como demonstrado na Tabela 1, o número de idosos dos sexos masculino e feminino não diferiu estatisticamente, conforme demonstrado no teste qui-quadrado ($X^2_{Yates} = 0,23$; $p = 0,63$): foi de, aproximadamente, 45% *versus* 55%, no atendimento hospitalar, e 51% *versus* 49%, no atendimento domiciliar. As outras variáveis sociodemográficas, como: estado civil ($X^2 = 6,52$; $p = 0,26$), situação empregatícia ($X^2 = 6,94$; $p = 0,23$), renda familiar (Teste G (Williams) = 8,14; $p = 0,09$); com quem mora (Teste G (Williams) = 2,69; $p = 0,75$) e tratamento atual (Teste G (Williams) = 8,61; $p = 0,07$), apresentaram alguma diferença numérica (Tabela 1), mas não significativa.

Em relação às variáveis clínicas, podemos observar diferença estatística significativa no ‘diagnóstico clínico’ ($X^2 = 15,61$; $p \leq 0,01$), com o grupo de idosos atendidos em domicílio, que apresentou uma frequência maior de patologias associadas (Gráfico 1); em relação à variável ‘tempo de diagnóstico’ ($X^2 = 32,80$; $p < 0,0001$), o tempo de diagnóstico de alguma doença dos idosos em internamento hospitalar foi inferior ao dos que estavam no ambiente domiciliar (Gráfico 2).

Gráfico 1 – Distribuição das doenças crônicas associadas em idosos em atendimento hospitalar e domiciliar - João Pessoa – Paraíba, Brasil, 2017

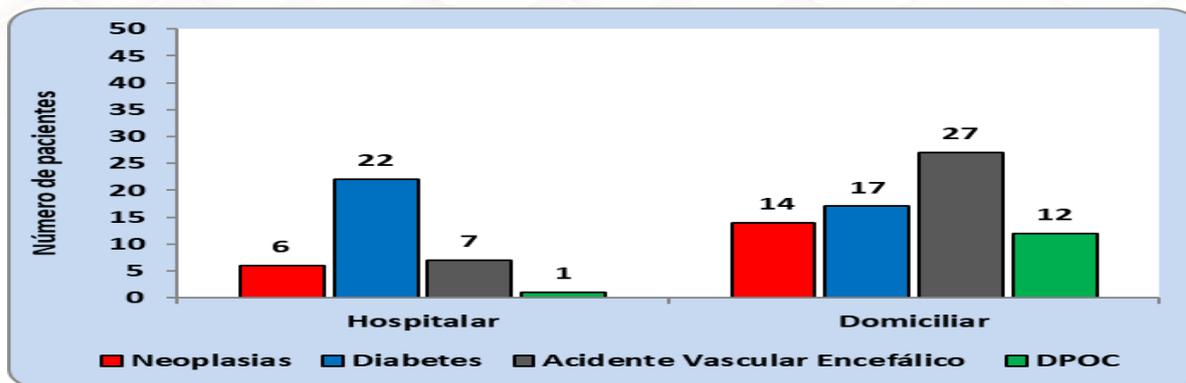


Gráfico 2 – Distribuição do tempo de diagnóstico de doença crônica dos idosos em atendimento hospitalar e domiciliar - João Pessoa – Paraíba, Brasil, 2017



No que diz respeito ao sexo dos idosos participantes deste estudo, predominou o feminino. Este achado corrobora a maioria das pesquisas nesse contexto, em que prevalece mulheres como as que mais buscam os serviços de saúde. Isso indica que as mulheres se preocupam bem mais em prevenir as doenças e recuperar a saúde. (PINTO; NERI, 2013).

Quanto aos aspectos clínicos da população estudada, prevaleceu o diagnóstico de diabetes mellitus (DM) na atenção hospitalar (61,1%). Segundo o Ministério da Saúde, trata-se de uma doença crônica que, quando não é tratada adequadamente, contribui, de forma substancial, para incapacidades e óbito, em especial, a do tipo 2, que corresponde a 90% dos casos (JUNIOR, 2014).

O fato de a amostra ter um número maior de diagnóstico clínico de diabetes mellitus se justifica porque essa é uma doença preocupante e com mais riscos de complicações, quando associada a outras condições clínicas e com repercussão no aumento de tempo de hospitalização. Em achados clínicos de outro estudo, em que as complicações incluíram cetoacidose diabética, retinopatia, nefropatia e pé diabético, apresentando duas ou mais

internações por causa dessa doença. Isso se explica pelo fato de ser uma doença com alto perfil de gravidade e complicações que requerem mudanças nos hábitos de vida e necessidade de reorganização e de qualificação para o cuidado (GRESSLER, 2004).

No âmbito do atendimento domiciliar, na população investigada, observou-se um quantitativo maior de idosos com outras doenças crônicas em relação aos que se encontravam hospitalizados, como, por exemplo, neoplasia e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), e uma quantidade menor, com diabetes. Esses dados estão de acordo com uma divulgação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em sua amostra de domicílio por Unidade Federativa, com a população com DCNT, que refere que, para diabetes e neoplasia, quanto maior a idade, maior o percentual, o que representa, respectivamente, 19,9% e 5,7% para a faixa etária de 65 a 74 anos. Já em relação à DPOC, a frequência percentual da população investigada foi de 4,4% (HOEPERS, 2013).

No tocante ao tempo de diagnóstico de doenças crônicas, é importante considerar que a maioria dos idosos que se encontrava na atenção domiciliar tinha diagnóstico há mais de um ano. Quanto ao tratamento de doenças crônicas, houve mais frequência para o tratamento farmacológico. Determinadas classes farmacológicas e o tempo prolongado de internação hospitalar para tratar doença crônica repercutem na funcionalidade motora do idoso, como, por exemplo, a dificuldade de se mobilizar. Percebe-se que, quanto maior o tempo para o diagnóstico, mais serão as chances de complicações e, conseqüentemente, mais necessidade de tratamento farmacológico. Conforme um estudo encontrado na literatura, o tempo variou para o diagnóstico, elevada adesão e complexidade para o regime medicamentoso (GIRO; PAUL, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados fornecem indicadores importantes para o direcionamento de ações em saúde voltadas para o bem-estar e melhoria da qualidade de vida dessa população no contexto da atenção primária, visto que possibilita a integralidade da assistência ao priorizar serviços de saúde mais abrangentes, que vão além dos agravos e doenças. Os resultados da pesquisa trazem discussões amplas que são importantes para profissionais e sociedade, assim, podem influenciar na qualidade de vida de idosos com DCNT e conseqüentemente promovem reflexões acerca da importância da assistência multidimensional voltada à população geriátrica, visto que é fundamental fazer uma avaliação de idosos com doenças crônicas na atenção domiciliar e hospitalar. Neste sentido, é necessário que o profissional de saúde

esclareça aos seus pacientes sobre as complicações relacionadas às suas enfermidades e quais comportamentos podem ser adotados para diminuir os sinais e sintomas ocasionados pelas doenças.

REFERÊNCIAS

FERNANDES, B. L. V. Atividade Física no processo de envelhecimento. **REVISTA PORTAL de Divulgação**, n.40, Ano IV. Mar/Abr/Mai, 2014. Disponível em:

<http://portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/viewFile/443/443>

GIRO, A. J. N. S.; PAUL, C. Envelhecimento sensorial, declínio cognitivo e qualidade de vida no idoso com demência. **Actas de Gerontologia**. v.1, n.1, 2013. Disponível em:

<http://actasdegerontologia.pt/index.php/Gerontologia/article/view/51>

GRESSLER, L. A. **Introdução à pesquisa: projetos e relatórios**. 2. ed. ver. atual. São Paulo: Loyola, 2004

HE, W.; GOODKIND, D.; KOWAL, P. An aging world: 2015. Washington, DC: United States Census Bureau, 2016. 165 p. (Internationalpopulationreports). Disponível em:

<https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p95-16-1.pdf>

HOEPERS, N. J.; et al. Medidas de independência funcional em uma instituição de longa permanência de idosos. **stud. interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 7-26, 2013. Disponível em:

<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/19998/26988>

JUNIOR, E. B. S.; et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a capacidade funcional de idosos. **J. res.: fundam. care. online**. v.6, p.2, n.516-524, abr./jun 2014. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/html/5057/505750622008/>

MARI, F. R.; et al. O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v.19, n.1, p.35-44, Rio de Janeiro 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/pt_1809-9823-rbgg-19-01-00035.pdf>

PEREIRA, R,M,P.; et al. Qualidade de vida de idosos com doença renal crônica em tratamento conservador. **Rev Bras Enferm**.v.70, n.4, p.887-95. jul-ago. 2017. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0103>

PINTO, J. M.; NERI, A. L. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibra. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.12, p.3449-3460, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/630/63028840002/>

SILVA, A. R.; et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **J Bras Psiquiatr.** v.66, n.1, p.45-5. 2017 DOI: 10.1590/0047-2085000000149

SOUZA, V,P.; VASCONCELOS, E,M,R. Educação em saúde como estratégia para o controle do diabetes Mellitus: Revisão integrativa da literatura. **Revista Baiana de Saúde Pública** v. 41, n. 1, p. 177-195 jan./mar. 2017. DOI: 10.22278/2318 2660.2017.v41.n1.a2318