



ISSN 2674-8169



Latindex



DOI



DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS, LAR DA 3ª IDADE-BEIRAL

Stanislau Palhares Félix, Amélia Faustino Bernardo da Costa, João Vasco Francisco Barroso Barroso, Idalina Pereirinha Amaro, Kamia Domingas Século Félix, Helena Usso Francisco Luciano Chimuanji, Pedro António dos Santos Magalhães



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n4p4-36>

Artigo recebido em 1 Março e publicado em 1 de Abril de 2026

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's) se destacam como um grande desafio de saúde pública e têm grande impacto na vida dos portadores, principalmente indivíduos de classe social baixa, sendo que afecta a qualidade de vida e acarretam grandes responsabilidades para a manutenção e recuperação destes doentes. **Objectivo:** analisar as doenças crônicas não transmissíveis em idosos no lar da 3ª idade-beiral. **Metodologia:** realizou-se um estudo observacional, transversal com uma abordagem quantitativa. **Resultados:** quanto a faixa etária 71,5%, dos idosos encontram-se entre 60 aos 64 anos; No que refere ao sexo 81,8% dos idosos são do sexo feminino; Quanto a residência 62,9% dos idosos residem em zonas rurais antes de viverem no lar; no que tange ao nível académico 60,3% são idosos com o 1º ciclo; quanto à profissão/ocupação 23,2% antes de viverem no lar eram camponeses; relativamente aos factores de riscos dos idosos para as DCNT 61,4% já fumaram, mas pararam, 62,9% não costumam a beber álcool, 56,3% consideram a sua alimentação geralmente pouco saudável, 77,2% praticaram actividades físicas regularmente e 65,5% têm histórico de doenças crônicas. No que concerne as doenças crônicas não transmissíveis que encontramos nos idosos do lar do beiral são a Diabetes com 51,8%, Hipertensão arterial com 68,9%. **Conclusão:** Este estudo evidenciou vulnerabilidades decorrentes do processo de envelhecimento e adoecimento de idosos dependentes que vivem com DCNT, o que aponta que esse grupo de doenças se configuram como um importante problema de saúde pública e requer muita atenção por parte das autoridades sanitárias.

Palavras-Chave: Idosos, Doenças crônicas não transmissíveis e Lar da 3ª Idade-Beiral.

CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES IN ELDERLY RESIDENTS, BEIRAL NURSING HOME

ABSTRACT

Non-communicable chronic diseases (NCDs) stand out as a major public health challenge and have a significant impact on the lives of those affected, especially individuals from low socioeconomic classes, affecting their quality of life and entailing great responsibilities for the maintenance and recovery of these patients. Objective: to analyze non-communicable chronic diseases in elderly people in the Beiral nursing home. Methodology: an observational, cross-sectional study with a quantitative approach was conducted. Results: regarding age range, 71.5% of the elderly are between 60 and 64 years old; regarding sex, 81.8% of the elderly are female; regarding residence, 62.9% of the elderly reside in rural areas before living in the nursing home; regarding academic level, 60.3% are elderly with the 1st cycle; regarding profession/occupation, 23.2% were farmers before living in the nursing home; Regarding the risk factors for NCDs among the elderly, 61.4% had previously smoked but had quit, 62.9% do not usually drink alcohol, 56.3% consider their diet generally unhealthy, 77.2% regularly engaged in physical activity, and 65.5% have a history of chronic diseases. Concerning the non-communicable chronic diseases found among the elderly at the Beiral nursing home, the most prevalent were Diabetes (51.8%) and Hypertension (68.9%). Conclusion: This study highlighted vulnerabilities arising from the aging process and illness in dependent elderly individuals living with NCDs, indicating that this group of diseases constitutes a significant public health problem requiring considerable attention from health authorities.

Keywords: Elderly, Non-communicable chronic diseases, Beiral nursing home.

Autor: *Stanislau Palhares Félix*

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1479-2486>

Email: palhares.m.felix@gmail.com

Filiação: *Universidade Jean Piaget de Angola/Faculdade de Ciência da Saúde/Coordenação de Enfermagem*

Autor: *Amélia Faustino Bernardo da Costa*

Email: ameliafbernardo@yahoo.com.br

Filiação: *Universidade Jean Piaget de Angola/Faculdade de Ciência da Saúde/Decana*

Autor: *João Vasco Francisco Barroso*

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-7071-3858>

Email: joabarros francis@gmail.com

Filiação: *Universidade Jean Piaget de Angola/Faculdade de Ciência da Saúde/Coordenação de Enfermagem*

Autor: *Idalina Pereirinha Amaro*

Email: idalinapereirinha@hotmail.com

Filiação: *Universidade Jean Piaget de Angola/Faculdade de Ciência da Saúde/Coordenação de Enfermagem*

Autor: *Kamia Domingas Século Félix*

Email: kamiacalei@icloud.com

Autora: *Helena Usso Francisco Luciano Chimuanji*

Filiação: *Ministério da saúde de Angola/Departamento de saúde pública*

Autor: *Pedro António dos Santos Magalhães*

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7576-5861>

Email: pedroantoniiodossantosmagalhaes@gmail.com

Filiação: *Universidade Jean Piaget de Angola/Faculdade de Ciência da Saúde/Coordenação de Enfermagem*

Autor correspondente: *João Vasco Francisco Barroso* joabarros francis@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

Um fenómeno contínuo e natural na vida humana é o processo de envelhecimento, há uma série de alterações físicas, cognitivas, funcionais e sociais que podem levar ao surgimento de morbidades e, por conseguinte, a maior vulnerabilidade e a desfechos adversos. O envelhecimento, infelizmente, aumenta a prevalência de diversas afecções, principalmente as de carácter crónico. Neste cenário, devemos dar atenção especial aos factores de risco, sintomatologia e prevenção das doenças mais comuns na terceira idade.

«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, p.2)

A expectativa de vida fornece uma indicação de quanto tempo se espera que uma população viva em média. O processo de envelhecimento faz parte integrante do desenvolvimento humano e é algo individual. Toda a pessoa que envelhece, envelhece de forma diferente do outro e a forma como se encara esse processo difere de cultura para cultura.

A sociedade visualiza o envelhecimento humano, apenas como algo decorrente e constituído por perdas e restrições, quando se trata de um momento muito mais amplo e complexo da vida do homem. O idoso não precisa apenas de cuidado e protecção, mas de totais condições socio-ambientais e espirituais, para que adquira qualidade de vida, considerando-se que suas emoções, sensações e comportamentos são importantes mediadores para desencadear tal benefício (Lima et al., 2016, p 324).

O aumento da expectativa de vida, contudo, não é sinónimo de qualidade de vida da população. As doenças crónicas têm-se mostrado um problema de saúde pública a nível mundial, afectando principalmente a terceira idade.

As doenças crónicas são um importante problema de saúde e o principal impacto negativo do envelhecimento populacional, ocasionando 68% das mortes no mundo. Destas, 40% são consideradas prematuras, ocorrendo antes dos 70 anos. Às doenças crónicas (DC) se atribuem 80% das consultas em atenção primária e 60% das internações hospitalares. Elas são, actualmente, a maior causa de incapacidade (Silva et al., 2017, p.33).

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 crônicas, como a hipertensão arterial, os infartos, anginas, insuficiência cardíaca e AVC's., as doenças cardiocirculatórias apresentam-se com a maior prevalência. Ademais somam-se as doenças degenerativas como o Alzheimer, osteoporose e osteoartrose; doenças pulmonares como pneumonias, enfizema, bronquites e as gripes são destacadas principalmente nos meses de inverno; ainda os diversos tipos de câncer, diabetes e infecções.

Doenças crônicas são geralmente aquelas de desenvolvimento lento, de longa duração e, por isso levam um tempo mais longo para serem curadas, ou, em alguns casos, não tem cura. De acordo com OMS, as doenças crônicas são as principais causas de morte correspondendo a 72% e incapacidade no mundo, mas podem ser prevenidas. (OMS, 2009, s/p).

A expansão das doenças crônicas reflecte os processos de industrialização, urbanismo, desenvolvimento económico e globalização alimentar, que acarretam as alterações das dietas alimentares, aumento dos hábitos sedentários, crescimento do uso do tabaco, estresse entre outros (Idem).

Segundo Costa, Barreto e Giatti, (2010) em estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por amostra de domicílios, concluíram que as doenças mais comuns entre idosos são, pela ordem, as do aparelho locomotor, metabólicas e do sistema cardiovascular. Estes agravos são predominantes crónicos e múltiplos, podendo persistir dezenas de anos, e necessitando de cuidados constantes e permanentes (exames periódicos, medicação continua), aumentando o número de internações hospitalares, bem como o tempo de ocupação do leito nesta faixa etária. A prevalência de pelo menos uma doença crónica abrange 69% dessa população, sendo que a hipertensão e a artrite respondem por 81,4% dos agravos.

De acordo com o Jornal de Angola (2020) estima-se que 27% dos óbitos em Angola são causados por doenças crônicas. Esses dados representam um dado alarmante de saúde pública pelo fato de que, é mais do que um quarto de todos os óbitos e quando não levam à morte, deixam sequelas ou geram incapacidades que

interferem significativamente na qualidade de vida de seus portadores.

Portanto, objectivou-se em analisar as doenças crônicas não transmissíveis em Idosos no Lar da 3ª Idade-Beiral, caracterizando a amostra segundo a faixa etária, o sexo, a proveniência, o nível académico e a profissão/ocupação, como também, identificando os factores de risco das doenças crônicas não transmissíveis existentes e determinando a frequência as doenças crônicas não transmissíveis.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa. O objecto de estudo são doenças crônicas não transmissíveis que afectam os idosos do Lar da 3ª Idade-Beiral. A nossa amostra foi não probabilística por conveniência, constituída por 116 idosos, desde homens e mulheres. Tendo em conta as vantagens e desvantagens de cada instrumento, para este estudo consideramos mais apropriado, por responder melhor aos nossos objectivos, a utilização de um formulário de perguntas fechadas dividido em quatro partes. Foram observadas e cumpridas todas obrigações éticas em investigação de seres humanos.

REVISÃO DE LITERATURA

1.1. ENVELHECIMENTO

Envelhecer não é uma doença e deveria ocorrer com qualidade de vida. O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, marcado por mudanças biológicas, sociais e psicológicas, sendo considerado idoso aquele com 60 anos de idade ou mais. Estas alterações fisiológicas, afectivas, cognitivas e sociais que ocorrem no envelhecer, deixam o organismo susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas, podendo propiciar adoecimento (Assis, 2015).

A população mundial de idosos, entre os anos 2000 e 2050, subirá de 600 milhões para 2 bilhões e, com isto, diversas mudanças e preocupações sociais, económicas e políticas também aumentarão. No Relatório de Desenvolvimento Humano 2014, Europa e Ásia Central concentram o maior número de pessoas idosas entre a população total (11,4 %). Em projecções realizadas para 2050, o número de idosos passará para 15,5%, sendo que os maiores aumentos acontecerão na Ásia Oriental e Pacífico (de 7,4% em 2010, para 22,2%, em 2050) e calcula-se que a África Subsaariana terá um número de idosos abaixo de 5% (PNUD, 2014, pp. 36-39).

A velhice é destinada a todos os que têm vida e não a alguns, ou seja, enquanto a humanidade não for imortal todos estão sujeitos a envelhecer.

A velhice é uma fase da vida que tem sido socialmente desvalorizada e negativamente representada. O tema idade deve ser contextualizado e relacionado com princípios de organização social bem como cultural, tais como a noção de pessoa, de tempo, género, morte, curso de vida, etc. Assumindo que a velhice transporta consigo algumas fragilidades, físicas e sociais, numa tentativa de perceber o que gera o maltrato e a discriminação ao idoso, bem como o preconceito perante este grupo, vão surgindo várias propostas de leitura e explicação para este problema. Parece que as representações sociais e as estruturas de suporte à velhice estão intimamente ligadas a esta temática (Decalmer & Glendenning, 2017, p. 25).

Estes falsos preconceitos e equívocos acerca do envelhecimento entre pessoas mais novas representa um grande desafio para a sociedade pelo que é necessário incentivar as pessoas a que se apercebam das suas próprias perspectivas preconceituosas para com os idosos, apelando a um maior esforço no sentido de encorajar a uma mente mais aberta e positiva no que concerne a aspectos do envelhecimento.

Conforme defendido pelo Hunter et al. (2016, p. 45) o envelhecimento:

É um processo natural, refere-se a determinadas mudanças as quais inclui todos os que têm vida, sem excepção, uns são mais afectados do que outros, devido aos cuidados pessoais. A incapacidade da funcionalidade humana muscular, fisiológica e cognitiva é consequência do processo de envelhecimento, esse declínio difunde também alterações patológicas.

Considerando o envelhecimento humano como processo natural do ciclo de vida, sabemos que, não é uma fase decorrente para o desespero humano. O termo velhice tem sido caracterizado na sociedade capitalista como um ser incapaz nas habilidades de produzir algo.

Segundo Novaes (2017, p. 144) nada preocupa a fase da velhice, *«vista como um fenómeno, não muda a estrutura de personalidade. O que pode é acentuar ou amenizar traços ou tendências. Envelhecer não é, necessariamente, seguir caminhos traçados e, sim, construí-los permanentemente»*.

O estereótipo tradicional da velhice é o de pessoas doentes, incapazes, dependentes, rabugentas, impotentes, um problema e comuns para a sociedade. Porém, o envelhecimento é uma fase natural do ser humano onde todos ou alguns presenciarão breve ou futuramente.

De acordo com Miranda et al. (2016), as pessoas são consideradas idosas a partir de 60 ou mais anos, enquanto os que estão entre 15 a 59 anos são consideradas

população potencialmente produtivas seguindo a Política Nacional do Idoso.

A partir da década de 1960, novas imagens são associadas ao processo de envelhecimento, principalmente a saúde, a actividade, 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 actual, 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 bilião 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. (Sousa et al. 2018, p. 567).

Assim, estima-se que, em 2025, o crescimento desse segmento populacional colocará Angola numa posição de aproximada entre os países com maiores índices de envelhecimento humano.

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 não é sinónimo de viver melhor. E por outra, há um paradoxo na medicina, quanto mais vive mais frequente também aparecem as doenças. (Nogueira et al., 2016).

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 (Bernardi et al., 2017, p.234).

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 susceptibilidade somado a uma maior vulnerabilidade a patologias a (Macena et al., 2018).

1.1.1. Envelhecimento em África

A transição demográfica é o processo pelo qual um país passa de um regime com alta mortalidade e alta fecundidade para outro caracterizado por baixa mortalidade e baixa fertilidade.

Na África Subsaariana também tem sido observado o processo de transição demográfica. A falta de dados, no entanto, dificulta precisar quando as taxas de mortalidade começaram a declinar. Os dados disponíveis apontam que a queda se deu no início dos anos 1950. A tendência de queda nas taxas de mortalidade continuou nas décadas seguintes e, com taxas de fertilidade relativamente estáveis, o resultado desta equação foi maior aceleração do crescimento geral da população (Nações Unidas, 2009, p.33).

Durante pelo menos três décadas, o declínio das taxas brutas de mortalidade e, também, das taxas do componente infantil (óbitos menores de um ano) manteve-se relativamente uniforme em todas as regiões da África Subsaariana.

O fato de os países que compõem a região subsaariana da África terem as menores expectativas de vida ao nascer do mundo não quer dizer, em absoluto, que não existam pessoas idosas nesta área do planeta. É verdade que a África Subsaariana, em contraste com as outras regiões, é a que tem menor proporção de população idosa e, também, menor crescimento relativo. A projecção da média de proporção de pessoas idosas por região da África Subsaariana no ano de 2011 está assim distribuída: a) África Ocidental – 4,2%; b) África Central – 4,5%; c) África Austral – 8,3%; e d) África Oriental – 4,7%¹³. As projecções futuras mantêm a tendência de a Região Subsaariana possuir a menor proporção de pessoas idosas entre suas populações. Enquanto que na Europa, em 2030, projecta-se uma proporção de 28% de pessoas com 60 anos e mais, na África Subsaariana esta proporção será de 5,6%⁷. Entretanto, quando se analisa a população idosa em números absolutos o cenário se apresenta bastante diferente. As atuais projecções demográficas mostram que a região é onde se verifica o maior crescimento populacional de pessoas idosas no mundo. Em termos absolutos, se verificará um crescimento significativo deste contingente populacional nesta região passando de 42,6 milhões em 2010 para 160 milhões no ano de 2050. (Nações Unidas, 2009, pp.35-38).

As pessoas da região que conseguem alcançar os 60 anos de idade podem esperar viver mais anos quase tanto quanto as pessoas da mesma idade em outras regiões do mundo. Os números impressionam ainda mais quando se correlaciona o aumento expressivo da população idosa na África Subsaariana ao actual nível de desenvolvimento económico e social e, ainda, às transformações pelas quais a maioria

dos países desta região está a apresentar.

1.1.2. Envelhecimento em Angola

Angola país Africano, com um território de mais de 1.247.000Km² com a população de 28.400.000 de habitantes (Censo, 2014).

Apesar da população angolana ser muito jovem, os idosos mesmo não sendo muito numerosos não são atendidos nas suas necessidades básicas. As dificuldades talvez são originadas pela guerra e pela falta de instituições de assistência especializada para o idoso a nível nacional (Godinho et al., 2009).

Os idosos passam por verdadeiro drama, muitos deles sem afecto, apoio e acompanhamento dos familiares, por quem um dia juraram dar a vida. Este cenário regista-se nos lares de acolhimento e em algumas famílias onde, diariamente, dezenas de idosos são "flagrados" com olhares melancólicos, denotando falta de esperança e tendência suicida. A mesma realidade vive-se nas ruas e no principal núcleo de preservação de valores morais: a família, onde a figura do idoso começa a estar cada vez mais ofuscada. Os idosos tornaram-se "fardo pesado" para muitas famílias no país, que tudo fazem para se verem livres dos seus antigos "heróis", a qualquer custo. Apesar de ser um grupo com necessidades especiais, fundamentalmente pelo estado físico e mental debilitado, os idosos continuam relegados para plano inferior. (Godinho et al., 2009, p. 22).

Por conseguinte, se tornam frequentes as queixas de falhas cognitivas em pessoas idosas, revelando-se o declínio na memória um factor significativo parcialmente responsável pelas suas limitações nas actividades cotidianas.

A situação preocupa a sociedade e o "grito de socorro" dos idosos já é quase generalizado. Para minimizar o problema, o Governo criou 17 lares de terceira idade, em várias províncias do país, que controlam, até ao momento, uns 900 idosos. Segundo os dados de Novembro de 2019. O Moxico é a província com o maior número de lares de acolhimento (quatro), seguindo-se o Huambo (três), Cuanza Sul (dois) e Luanda, Huíla, Bié, Benguela, Cuando Cubango, Lunda Sul, Namibe e Uíge (com uma instituição cada). Muito desses só têm o nome, mas de facto não o são como diremos a diante. No mesmo sentido, o governo fez aprovar a Lei da Pessoa Idosa, que vela pelos velhos desprovidos de atenção familiar, em situação de abandono e isolamento. Para acudir esse grupo social, o Ministério da Acção Social, Família e Promoção da Mulher tem um projecto de apoio aos idosos nas comunidades e nos lares, iniciativa que consiste na atribuição de cesta básica. Que não se sabe a que idoso. Outra iniciativa do Governo, em prol dos idosos, é o Jango de Valores, criado para sensibilizar as famílias angolanas sobre a necessidade de proteger as pessoas da terceira idade, que celebram, a 30 de Novembro, o Dia Nacional da Pessoa Idosa. Trata-se de uma efeméride instituída em 2005, por Decreto do Conselho de Ministros, publicado no Diário da República Nº 4, para reflectir sobre a realidade dos idosos (Bäckman et al., 2004, pp. 45-50).

Em Angola o envelhecimento tem preocupado bastante as autoridades, em

especial o Ministério da Saúde, a literatura considera que uma das principais queixas percebidas com o envelhecimento é relacionada à falta de lembranças, por trazer severas repercussões na vida do indivíduo, na família e grupos sociais.

1.2. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Por definição, as doenças crônico-degenerativas são problemas longitudinais que raramente podem ser curados. Na maioria dos países, sejam eles desenvolvidos ou em desenvolvimento, da África do Sul ou do Norte, as doenças crônicas estão entre as principais causas de mortalidade e morbidade de idosos.

Doenças crônicas são geralmente aquelas de desenvolvimento lento, de longa duração e, por isso levam um tempo mais longo para serem curadas, ou, em alguns casos, não tem cura. De acordo com OMS, as doenças crônicas são as principais causas de morte correspondendo a 72% e incapacidade no mundo, mas podem ser prevenidas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica as doenças crônicas em duas categorias transmissíveis infectos contagiosos e não transmissíveis (OMS, 2009, s/p).

As doenças não transmissíveis estão as doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias (asma, bronquite, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, DPOC), doenças metabólicas obesidade, diabetes, hipertensão, híper e hipotireoidismo, dislipidemia entre outras.

Embora nem todas as doenças crônicas sejam fatais, elas carregam um forte impacto para a qualidade de vida de todos os indivíduos, em especial para os idosos, e são grandes ameaças para a saúde e para a situação financeira, seja no nível individual ou colectivo (Figueiredo & Tonini, 2006).

De modo geral, as doenças crônicas são classificadas com base em critérios genético-biológicos e variam conforme a sintomatologia, o surgimento, o curso e seus efeitos. O fato de a doença crônica possuir uma alternância entre momentos estáveis e instáveis exige uma estratégia de tratamento, cuidado e autocuidado (Idem).

Nas doenças crônicas, o mais importante é que os esforços individuais estejam direcionados para evitar o agravamento dessa doença, porque inúmeros distúrbios estão relacionados com estilos de vida ou comportamentos não-saudáveis, portanto as 21 alterações no estilo de vida podem evitar o aparecimento de uma doença crônica ou retardar o desenvolvimento da mesma. Uma vez que essa doença já foi instalada, o foco muda no sentido de tratar os sintomas, reduzir o aparecimento de complicações e o desenvolvimento de uma doença aguda relacionada a essa doença crônica (Smeltzer et al, 2009, p. 139).

Muitas pessoas com doença crônica têm que lidar com um problema adicional, a necessidade de se lidar com mais de uma doença crônica concomitantemente. Como por exemplo em um paciente já previamente diabético pode surgir a hipertensão, ou um idoso com Alzheimer ser diagnosticado uma doença pulmonar obstrutiva crônica.

1.2.1. Factores de Riscos

Segundo a OMS, um número expressivo de doenças decorre de um conjunto de fatores de risco e correspondem pela maioria das mortes por DC. Esse conjunto eleva a probabilidade de ocorrência da doença e também interfere na recuperação da saúde das pessoas. (WHO, 2013).

Stress é um dos factores de risco que propicia doenças cardiovasculares, também conhecido como tensão emocional. Sob tensão, o organismo libera hormonas, como a adrenalina, que alertam o sistema nervoso sobre o perigo, mas também perturbam a estabilidade do organismo. A adrenalina provoca o aumento dos batimentos cardíacos e da pressão arterial, podendo resultar em um ataque cardíaco. O estresse dá sinais que podem ser identificados falta de apetite, insônia, cansaço, impaciência, indecisão, dificuldade de concentração, apatia, entre outros sintomas (Fajardo et al., 2019)

As DC são influenciadas pelas condições do estilo de vida, incluindo factores de risco não modificáveis, como por exemplo sexo e idade, e os factores de risco modificáveis que são adquiridos no decorrer dos anos, determinados pelos hábitos do estilo de vida, denominados factores de risco comportamentais relacionados ao estilo de vida (WHO, 2013).

Categorias de comportamentos de risco vêm sendo associadas ao aumento da exposição à morbimortalidade: dietas ricas em energia, gorduras e sódio e pobres em nutrientes; níveis insuficientes de actividade física e elevada frequência de comportamentos sedentários; tabagismo; consumo nocivo de bebidas alcoólicas e outras drogas ilícitas e relações sexuais desprotegidas (Spring, Moller & Coons, 2012, p.67).

Abordaremos os principais factores de risco comportamentais relacionados ao estilo de vida, que segundo Berto, Carvalhaes e Moura (2011) são responsáveis pela maioria das mortes por DC: tabagismo, alimentação não saudável, consumo nocivo de álcool e a inactividade física.

1.2.1.1. O tabagismo

É o principal factor de risco para as DC e está relacionado a cerca de 50 doenças e a seis milhões de óbitos anuais (Brasil, 2019).

Estudo realizado em 14 países de baixa e média renda mostrou que a prevalência de tabagismo foi maior na idade adulta jovem e na meia-idade e reduziu em indivíduos mais velhos. Esses resultados foram atribuídos ao aumento da desistência dos indivíduos ao tabaco devido as consequências nocivas do tabagismo a saúde (Giovino et al., 2012).

«O tabagismo é o factor de risco comportamental com mais simultaneidade com outros factores, em ambos os sexos» (Galán et al., 2015, p. 88).

Tal comportamento, quando associado a outros, eleva a probabilidade de a pessoa desenvolver DC e agrava, significativamente, o risco de mortalidade.

A OMS tem recomendado aos países que realizem o monitoramento do uso do tabaco, como medida fundamental para apoiar políticas de controle e arrefrescar a epidemia do tabaco tendo como meta a redução do tabagismo no mundo em 30% entre 2015 e 2025 (WHO, 2013).

Em Angola, ao adoptar medidas regulatórias preconizadas pela OMS, como a lei de base de combate ao tabagismo regulando a venda, publicidade, promoção, patrocínio, medidas preventiva, sanções, definições de locais de venda, horas e dias da semana, bem como a proibição da venda a menores de 18 anos, ajudou na redução da prevalência do tabagismo. Com o declínio da prevalência mostra que houve redução do tabagismo no país e que, provavelmente, as metas de redução do plano de enfrentamento de DC, serão alcançadas ou até mesmo superadas.

1.2.1.2. Alimentação Não Saudável

Quanto a alimentação saudável, constata-se diversos obstáculos para a manutenção de um estilo de vida saudável como a falta de tempo para preparo e alto custo das refeições saudáveis, excesso de trabalho, trabalho sedentário que elevam o nível de estresse e o uso exacerbado de tecnologias, além de outros fatores inerentes à evolução humana (Lim et al., 2012).

Destaca-se o consumo alimentar como um factor de risco para as DC. A PNS,

realizada no ano de 2013, apontou que 37% dos indivíduos adultos consomem alimentos ricos em gordura saturada, o que representou o pior resultado em relação aos outros resultados analisados sobre o consumo alimentar. O consumo alimentar, nos últimos anos, sofreu grande alteração devido a mudanças no estilo de vida da população (IBGE, 2014a).

Malta et al. (2020) mostraram que adultos com DCNT tiveram o estilo de vida mais alterado em decorrência da pandemia do novo coronavírus, como redução do consumo de alimentos saudáveis e aumento de ultraprocessados. Torna-se imprescindível a adoção de políticas públicas que fomentem ações de promoção à saúde, bem como a adoção de medidas regulatórias de proteção e prevenção de DCNT.

«O isolamento social posto pela pandemia do novo coronavírus pode interferir na ingestão e o gasto de energia, afectando o balanço energético e contribuindo para o ganho de peso» (Cooper, 2020).

O consumo de alimentos ultraprocessados e de alta densidade energética resulta em prejuízos para a saúde e aumenta as doenças crônicas tais como a obesidade, HAS e doenças cardiovasculares.

Desse modo, temos como desafio a busca de estratégias inovadoras tais como, garantir o acesso da população a alimentos saudáveis, como frutas e vegetais, dificultar o consumo de alimentos processados, motivar o hábito da actividade física regular, reduzir o teor de sódio nos alimentos, entre outros.

1.2.1.3. Consumo Nocivo de Álcool.

O consumo nocivo de álcool é, as vezes, associado ao tabagismo, principalmente em adultos jovens. Ainda, em relação ao hábito de vida saudável, temos que o consumo de álcool representa um importante fator de risco comportamental para as DC. O uso nocivo de álcool responde por 2,3 milhões de mortes a cada ano, correspondendo a 4% de todas as mortes no mundo (WHO, 2011).

«O álcool é a causa principal de mais de 200 condições elencadas na Classificação Internacional das Doenças (CID-10), entre elas as neoplasias e doenças

cardiovasculares, além de importante fator de risco para acidentes de transporte, violências, suicídios, dentre outras » (Monteiro, 2016, p. 56).

Além disso, os danos causados pelo álcool estendem-se também aos familiares, vizinhos e demais pessoas do convívio social.

Dados do estudo Carga Global de Doenças de 2015 mostram que, dos anos de 1990 a 2015, o consumo nocivo de álcool passou da décima primeira colocação para a nona no ranking dos factores de risco que mais contribuem, mundialmente, para anos de vida perdidos por morte ou por incapacidade (GBD, 2015).

De acordo com Barbosa e Lacerda (2017, p. 99) *«avaliaram a prevalência e os factores associados ao consumo de tabaco e de álcool em uma amostra de 400 idosos. A prevalência encontrada de tabagismo foi de 9%, consumo de álcool 27% e uso concomitante de álcool e tabaco de 3%».*

O idoso que consome bebidas alcoólicas e/ou que é tabagista apresentou baixa prevalência, porém, de maneira quase exclusiva, apresenta comprometimento do estado de saúde e potencialmente da qualidade de vida.

1.2.1.4. Inatividade Física.

O sedentarismo é um comportamento de risco para as DC.

A atividade física (AF) é definida como qualquer movimento corporal que resulta em gasto energético medido em quilocalorias produzido pelos músculos esqueléticos e que podem ser conhecidas como atividades realizadas no trabalho, como esporte, domésticas ou qualquer outra atividade (Katch, 2018, p. 23).

Existem consensos que estabelecem a AF como medidas preventivas ou terapêuticas para as DC, desde que contemplem exercícios aeróbios e resistidos, preferencialmente somados às atividades físicas do cotidiano.

Estima-se que 3,2 milhões de pessoas morram por ano devido à inatividade física. As pessoas insuficientemente ativas têm entre 20% e 30% o risco aumentado de todas as causas de mortalidade. A AF regular reduz o risco de doenças circulatórias, incluindo HAS, DM, câncer de mama e cólon e depressão (Brasil, 2011, p. 5)

A inatividade física aumenta consideravelmente o risco de muitas condições adversas à saúde e reduz a expectativa de vida, tornando-se um dos dez principais factores de risco para mortalidade global. Estudos mostram que a prática de AF regular fornece vários benefícios para a saúde e é um dos principais factores comportamentais

de protecção para DC.

A falta de AF é apresentada como factor de risco comportamentais para DC, assim como a alimentaçaõ não saudável, uso nocivo do álcool e uso do tabaco, que resultam em quadros de hiperglicemia, pressãõ arterial e níveis de colesterol elevados e excesso de peso corporal (WHO, 2011).

Estudo realizado por Ferreti et al. (2019) mostrou que mulheres idosas sedentárias ou insuficientemente ativas relatam maior intensidade da dor do que as ativas e muito ativas. Idosas com dor crônica apresentam volumes de prática de atividade física significativamente menor do que as que não possuem.

A recomendaçaõ mundial estabelecida pelo Centro de Controle e Prevençaõ de Doenças (CDC) e o Colégio Americano de Medicina Esportiva (ACSM) é a prática de AF com frequênciã mínima de cinco vezes por semana com 30 minutos de duraçaõ em intensidades moderadas e/ou três vezes por semana e 20 minutos para as vigorosas, podendo se complementar, e podem ser acumuladas em sessões de 10 minutos, no mínimo. Também é necessário incorporar os exercíciõs de força muscular pelo menos duas vezes por semana (Haskell et al., 2017).

1.2.2. Principais Doenças Crônicas

A saúde dos idosos é extremamente influenciada pela presença de doenças crônicas. Tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento, esses tipos de patologias são tidas como uma das principais causas de mortes.

De acordo com Marra et al (2007, p. 268), dentre as doenças crônico-degenerativas mais relevantes para os idosos, *«aparecem as demências, constituindo importante causa de morbimortalidade, compondo o sexto grupo de doenças mais relevantes para pessoas na terceira idade»*.

Na maioria das vezes, as doenças mais comuns entre os idosos podem ser bem controladas e muitas vezes podem ser prevenidos através de uma melhoria no estilo de vida. Dentre as doenças crônicas mais comuns no idoso podemos citar:

1.2.2.1. Depressãõ

Bastante recorrentes em idosos, os sintomas nem sempre são fáceis de identificar em pacientes mais velhos, pois não se manifesta com os sintomas clássicos

da doença, por isso que o médico e a família precisam estar atentos às queixas. Por exemplo, a queixa não precisa ser tristeza, mas sim a falta de prazer em fazer as coisas e dores atribuídas a queixas específicas.

«O termo depressão é considerado uma síndrome com transtorno do humor e classificado em subtipos como: depressão maior, transtornos orgânicos do humor (tipo depressivo) e reação de ajustamento, todos diagnosticados por observações clínicas» (Filho, 2018, p.9).

É importante redobrar a atenção para esse e outros transtornos mentais, como a ansiedade. A saúde e o bem-estar de uma pessoa de qualquer idade não devem se limitar às condições físicas.

«Humores depressivos, anedota, relatos de cansaço e fadiga, desinteresse, lentidão e pessimismo, alterações no sono, no apetite, na cognição, no comportamento e nos aspectos físicos, ocorrem com frequência na instalação desta enfermidade» (Fajardo et al., 2019).

A saúde mental é parte essencial de uma boa qualidade de vida, inclusive na terceira idade. Dessa forma, é sempre importante ficar atento aos transtornos mentais que podem aparecer nos idosos.

Segundo o geriatra Guimarães (2014), a ocorrência das depressões em idosos tem razões multifactoriais, desde oscila desde 10 até 23-40%. As formas graves de depressão diminuem com o envelhecimento. Elementos genéticos, facilitadores até mesmo desencadeastes estabelecendo prevalência de depressão nos idosos.

1.2.2.2. Demência

Popularmente conhecida como caduquice ou esclerose, geralmente é um quadro que começa com alteração da memória, principalmente das coisas mais recentes, os fatos mais antigos, geralmente são mais lembrado, fatos da infância, juventude, o que muitas vezes dá uma falsa impressão que a memória do idoso se encontra boa.

Com o progredir da doença o idoso deixa de reconhecer mesmo os familiares, começa a ter um comportamento alterado, se perder na rua, até progredir para uma total dependência, falando popularmente ele fica completamente 'fora do ar', a causa da demência é a morte progressiva das células do cérebro, que pode acontecer por vários motivos, o mais comum e a doença de Alzheimer que ocorre mais em pessoas idosas e tem a causa desconhecida. (Hayflick, 2016, p. 65)

Existem remédios que ajudam a retardar o desenvolvimento da doença, mas uma vez instalada ela não tem cura, algumas dicas ajudam muito :

Deve-se oferecer ao idoso muito carinho e apoio emocional; Não trate o idoso com demência como se fosse um doente; a rotina é a coisa mais importante procurem estabelecer horários fixos, por exemplo: horário das refeições, do banho e de passeios; verifique sempre a segurança do paciente, com a instalação de corrimão no quarto, nos trajectos habituais dentro da casa e no banheiro; objectos familiares como quadros de pessoa que o idoso gosta deve se mantido a vistam; Nunca descuide da alimentação; jamais o isole, mantenha-o sempre em contacto com amigos e parentes, em caso de perda do controle de fezes ou urina a ida ao banheiro deve ser regular, mesmo sem que o idoso peça, por exemplo a cada 2 horas. (Hayflick, 2016).

1.2.2.3. Aterosclerose

A aterosclerose é o nome que se dá ao processo de envelhecimento das grandes e médias artérias do corpo, que se tornam endurecidas e estreitas. Consiste no depósito de gordura nas paredes das artérias, que facilita a ocorrência de embolias, trombozes e infartos (Fajardo et al., 2019).

1.2.2.4. Osteoporose

A osteoporose é a doença mais comum do metabolismo ósseo caracterizada por uma diminuição da massa óssea do esqueleto e uma deterioração da microarquitectura do tecido ósseo e susceptibilidade à fracturas.

«Caracteriza-se também por não ter sintomas, ser lenta, progressiva e particularmente comum nos idosos e nos indivíduos com imobilização prolongada» (Terra, 2022, p. 76).

Pode ocorrer em qualquer osso, o mais comum é no colo do fémur, em vértebras e punhos.

«A osteoporose é definida pela medida da densidade mineral óssea, por meio da densitometria óssea, sendo diagnosticada quando o valor da densidade mineral óssea é de, pelo menos, 2,5 desvios padrão abaixo do valor médio encontrado em indivíduos jovens e saudáveis» (Zerbini, 2020, p. 77).

A osteoporose é a perda anormal de osso, que o torna mais fraco, com maior facilidade para quebrar, e mais difícil de “colar” (recuperar-se de fracturas) e o quadro

clínico é caracterizado por dorsalgia, perda da altura, deformidade da coluna (especialmente hipercifose) e fracturas que podem estar localizadas nas vértebras, fêmur, punhos e em outros ossos.

1.2.2.5. Artrite Reumatóide e Desordem Temporomandibular

A artrite reumatóide e a desordem temporomandibular são consideradas patologias de evolução crónica que interferem na qualidade de vida do idoso fazendo com que o mesmo procure uma adaptação no seu cotidiano às regras impostas por essas patologias interferindo activamente nas relações sociais, restringindo actividades básicas, como falar, mastigar e andar (Terra, 2022).

1.2.2.6. Hipertensão Arterial

A hipertensão do idoso caracteriza-se por apresentar aumento da resistência periférica com decréscimo do débito cardíaco e volume intravascular, hipertrofia cardíaca concêntrica, redução da frequência cardíaca e volume sistólico, além de ser acompanhada de gasto cardíaco elevado. O fluxo sanguíneo renal está reduzido.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a pressão sanguínea arterial é definida pela pressão exercida pelo fluxo sanguíneo nas paredes das artérias. O “ataque” cardíaco acontece quando parte de seu coração não recebe oxigénio em quantidade suficiente e deve ser referenciado como “infarto do miocárdio ou cardíaco”. Os sinais de perigo de “ataque” cardíaco segundo a American Heart Association são: desconforto no peito, desconforto em outras áreas do corpo, dificuldade de respiração, suor frio, náusea ou desorientação. A hipertensão arterial é uma enfermidade de origem multifactorial (flack et al., 2020, pp. 34-39).

Estudos têm demonstrado claramente que o controle adequado da pressão arterial reduz o risco do desenvolvimento de insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral e insuficiência renal.

1.2.2.7. Doenças Cerebrovasculares

O AVC (Acidente Vascular Cerebral), também conhecido como derrame, é fruto do estilo de vida actual das pessoas: tabagismo, grande ingestão de sal e álcool, o sedentarismo, estresse constante, diabetes e hipertensão arterial. O AVC é uma das causas de morte e invalidez (Fajardo et al., 2019).

Os sinais de alerta segundo a National Stroke Association são: repentina e intensa dor de cabeça; fraqueza em um braço, perna ou face; dormência ou formigamento em um lado do corpo; distúrbios visuais repentinos ou perda de visão em um dos olhos; fala enrolada ou outras alterações na linguagem; perda súbita de equilíbrio e convulsão (Fajardo et al., 2019, p. 45).

O tratamento visa, controlar a pressão, o diabetes, os níveis de colesterol e deixar de fumar, principalmente para prevenir um novo derrame. Já na fase crônica o tratamento é reabilitação, fisioterapia, acompanhamento fonoaudiológico e do terapeuta ocupacional. Atinge 9,9% da população idosa.

1.2.2.8. Doenças Cardíacas

Uma pressão arterial elevada por anos a fio pode causar uma série de doenças; já citamos o infarto e o derrame, mas o próprio músculo do coração pode adoecer, causando a doença cardíaca hipertensiva. Num grau mais avançado, isso vira insuficiência cardíaca, ou seja, coração inchado. (Existem outras causas de insuficiência cardíaca além da doença cardíaca hipertensiva).

O exame clínico bem conduzido permite ao cirurgião-dentista antecipar e prevenir eventos adversos. A doença arterial coronariana é resultado do estreitamento da luz das artérias coronarianas e constitui a principal causa de morte na população em geral. Acima dos 60 anos, aproximadamente 40% de todos os óbitos têm como causa a doença coronariana. A hipertensão, o tabagismo, a dislipidemia (colesterol) e o diabetes são os principais factores de risco, actuando de forma sinérgica (Fajardo et al., 2019, p. 66).

Estamos na época onde não há distinção entre países desenvolvidos ou não, pois todos estamos a sofrer uma verdadeira epidemia de doenças cardiovasculares, resultado de um aumento dos factores de risco decorrentes de melhores condições económicas e do aumento da expectativa de vida.

A endocardite infecciosa bacteriana é uma das doenças cardíacas de maior relevância no tratamento odontológico, em que há risco de vida para o paciente, sendo necessária a prescrição de antimicrobianos para prevenir bacteriemias antes de procedimentos odontológicos que promovam sangramento da mucosa bucal (Silva, 2021).

1.2.2.9. Diabetes Mellitus

Com o envelhecimento e mudanças no organismo, como aumento de gordura e perda de massa muscular, o corpo passa a não responder e processar tão bem a insulina e isso favorece o aparecimento da diabetes tipo 2. Isso pode provocar um efeito cascata, com consequência para os rins, coração e visão.

O diabetes é uma doença crônica caracterizada por uma taxa elevada de glicose no sangue e por uma produção deficiente de insulina, a substância responsável

pela conversão de açúcar em energia no organismo, embora possa ocorrer em qualquer idade, há um aumento drástico da incidência na população de pessoas idosas (17,0%). O aumento do número de diabéticos deve-se principalmente à obesidade, sedentarismo, ingestão de carboidratos e uso de corticóides. Além da polidipsia, poliúria, polifagia, do cansaço, fraqueza e perda de peso, outros sinais podem aparecer, como infecções frequentes, dificuldade de cicatrização de lesões (feridas), formigamento, dormência ou dor em mãos e pés e alterações na visão. Se não tratada pode levar à cegueira, insuficiência renal, infecções, amputações e invalidez. Existem dois tipos de Diabetes Mellitus, o mais comum no idoso é do tipo II e o tratamento é feito com dieta, exercícios e remédios por via oral. O tipo I, comum em jovens, necessita de tratamento com insulina (Terra, 2022, p. 34).

Muito atrelada aos hábitos alimentares, a diabetes também pode ser hereditária. É uma espécie de hiperglicemia, ou seja, quando há uma concentração maior de glicose no sangue. Isso acontece porque a doença impede a produção suficiente ou a absorção saudável de insulina, o hormônio que regula os níveis glicêmicos no sangue. É uma doença incurável, que apresenta diferentes tipos, dos mais leves aos mais graves. Os sinais mais comuns são fome e sede constante, perda de peso, fraqueza e fadiga, vontade de urinar várias vezes ao dia, bem como náusea, vômito e mudanças de humor.

1.2.2.10. Incontinência Urinária

A imobilidade, insuficiência cerebral, instabilidade postural e iatrogenia, a incontinência urinária compõem os 5 gigantes ou 5 “Is” da Geriatria (Sarmiento, 2020).

A perda de urina atrapalha o convívio social por causar constrangimentos, levando muitas vezes ao isolamento e à depressão. Além de causar problemas clínicos, interrompe o sono e predispõe a quedas durante a noite. Esta doença aumenta sua frequência com a idade, apesar do envelhecimento em si não ser causa de incontinência urinária (Fajardo et al., 2019, p. 119).

Durante a juventude, as mulheres são mais afetadas por quadros de infecção urinária, devido a características anatômicas. Contudo, a partir dos 50 anos, com o crescimento da próstata, os homens também podem sofrer mais com esse problema. Além disso, diabetes sem o controle adequado pode favorecer o desenvolvimento dessa doença.

É estimada em 11 a 14,0% de homens e 17 a 55,0% de mulheres idosas e a avaliação deveria incluir a função cognitiva, ingestão de líquidos, mobilidade, efeitos colaterais de medicamentos e cirurgias urológicas prévias. Na mulher, deveria se dar ênfase à área gênito-urinária e no homem aos problemas relacionados à próstata (Baldassare, 2021, p. 78)

1.2.2.11. Distúrbios Auditivos e Visuais

A audição e a visão devem ser constantemente revisadas para que haja um impacto em seu bem-estar. Um estudo feito nos Estados Unidos da América mostrou que 72% de pacientes com idade mais de 64 anos tinham apresentavam prejuízos relacionados a visão detectados por meio de exames oftalmológicos. As causas mais comuns incluem presbiopia, cataratas, glaucoma, retinopatia diabética e degeneração macular relacionada à idade (Carter, 2014).

1.2.2.12. Doença de Parkinson

A Doença de Parkinson (D.P), foi descrita originalmente por James Parkinson, em 1817 (Souza, 2000).

«É considerada uma doença degenerativa do Sistema Nervoso onde existe uma lesão na substância negra do mesencéfalo o que leva a uma diminuição da dopamina, a qual exerce função inibidora importante no controle central dos movimentos» (Machado, 2020, p. 12).

A DP é uma doença neurológica progressiva caracterizada por bradicinesia, tremor de repouso, rigidez e instabilidade postural.

A prevalência da DP é estimada em 100 a 200 casos por 100.000 indivíduos, acometendo preferencialmente o sexo masculino a partir da sexta década de vida. O diagnóstico definitivo só é possível com o estudo anátomo-patológico que mostra degeneração preferencial dos neurónios dopaminérgicos da parte compacta da substância negra mesencefálica associada a inclusões citoplasmáticas e eosinofilias de agregados proteicos, denominados corpos de Lewy (Lozano, 2018).

1.2.2.13. Doença de Alzheimer

Esta doença é conhecida como demência senil do tipo Alzheimer e chamada de esclerose ou caduquice.

Estima-se que atinge de 10 a 15,0% dos indivíduos a partir de 65 anos e 20,0% dos indivíduos com mais de 80 (Caselli, 2019).

Ela foi descrita pela primeira vez pelo médico Alois Alzheimer, em 1907 (Bondareff et al., 1994).

Este tipo de demência apresenta uma complexa etiologia, onde factores genéticos e ambientais influenciam na patogénese a idade, o sexo, a poliproteína E4, a avançada idade paterna, a doença cerebrovascular, o trauma craniano, o infarto do

agudo miocárdio e os defeitos imunológicos também são citados na literatura como sendo factores de risco para a Doença de Alzheimer. Alterações cromossómicas, factores ambientais, agentes infecciosos, toxinas, grau de escolaridade, e ainda a ocupação podem também estar relacionados. Esta doença degenerativa do sistema nervoso central é caracterizada por perda gradual e progressiva da memória e outras actividades cognitivas, presença de distúrbios psicóticos como depressão, alucinações e até mesmo comportamentos agressivos (Bungener et al., 2016).

Geralmente há deterioração dos movimentos motores, desorientação, mudança de personalidade, depressão e comportamento bizarro (Ocasio et al., 2020).

1.3. POLÍTICAS PARA AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Em resposta ao aumento global da prevalência das diversas doenças crónicas a OMS (WHO, 2002b), através do relatório Cuidados Inovadores para as Condições Crónicas, propôs oito decisões essenciais para otimizar as respostas dos sistemas de saúde, designadamente:

- (1) Promover uma mudança de paradigma do cuidado, por episódio agudo, para um sistema de atendimento mais adequado às necessidades das pessoas com doenças crónicas;
- (2) Impulsionar decisões políticas que assegurem o compromisso de partilha de informações em todos os níveis de cuidados;
- (3) Desenhar cuidados de saúde integrados que garantam a partilha de informações atempadas entre os diferentes serviços e profissionais de saúde;
- (4) Alinhar as políticas sectoriais não só com a saúde, mas também de forma abrangente com todas as outras áreas, como a educação e o emprego;
- (5) Optimizar as competências dos profissionais de saúde e maximizar os papéis de todos os envolvidos na prestação de cuidados, reconhecendo a importância das suas funções na gestão da doença crónica;
- (6) Centrar o atendimento no utente e na sua família, com uma mudança da figura do doente crónico, como um actor passivo para um modelo em que o utente assume toda a responsabilidade de decisão e de intervenção que a sua condição de saúde (lato sensu) permitir. Isto é importante quando o estilo de vida adoptado desempenha um papel relevante não só na prevenção de doenças crónicas, como na manutenção de estado de saúde;
- (7) Promover cuidados domiciliários com programas que envolvam as organizações de cuidados de saúde e a comunidade em geral;
- (8) Enfatizar a prevenção e a promoção, combinando os elementos de forma a construir uma tríade de cuidados, entre a organização de cuidados de saúde, o paciente e sua família e a comunidade (WHO, 2002, s/p).

Esta estratégia teve como objectivo a prestação de melhores cuidados à população, através de uma utilização de recursos mais eficazes e monitorizando os doentes com doenças crónicas (Escoval, 2010). Esperou, ainda, vir a contribuir para uma melhor capacitação e envolvimento dos doentes na gestão do seu tratamento.

Mas pelo aumento do número de doentes crônicos, não foi tão eficaz.

De acordo com The Care Continuum Alliance (2012, s/p):

A gestão da doença diz respeito ao sistema de coordenação das intervenções em cuidados de saúde e de comunicação com a população com uma determinada condição, sendo a participação do paciente em atividades de autocuidado bastante significativa. Assim, um programa de gestão da doença deve assentar em seis componentes principais: (1) processos de identificação da população (e.g., risco de hospitalização, condições crônicas em geral, alto risco de exacerbação/complicações, gestão ineficaz do regime terapêutico); (2) implementação de práticas baseadas em evidência; (3) implementação de modelos colaborativos e serviços de suporte; (4) educação para a gestão do regime terapêutico; (5) indicadores de processo e resultado, avaliação e gestão; (6) elaboração de relatórios e ciclo de feedback.

Segundo Busse (2010) os programas de gestão de doença têm vários benefícios, entre os quais: a maior satisfação dos utentes, a mudança dos comportamentos e uma maior e melhor adesão em termos de resultados clínicos. Todavia, na relação custo benefício a evidência não é tão conclusiva.

Os efeitos combinados do aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população vão aumentar drasticamente os desafios da gestão das doenças crônicas múltiplas entre a população de idosos. Apesar da crescente preocupação que se tem vindo a verificar nesta área, a prestação de serviços comunitários de saúde e de cuidados de saúde em geral continua a ser centrada em doenças crônicas individuais. Porém, a evidência demonstra que milhões de mortes, devido a doenças crônicas, podem ser evitadas se forem adoptadas medidas comunitárias preventivas como a redução do consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, realização de uma dieta saudável, aumento da atividade física e diminuição da pobreza (Bloom *et al.* 2015).

RESULTADOS

De acordo com os resultados obtidos e evidenciados através da tabela 1, sobre a faixa etária dos idosos, observamos que a maioria varia dos 60 aos 64 anos com 71,5% seguido entre os 65 aos 69 anos com 20,6%, entre 70 aos 74 anos com 4,3%, entre 75 aos 79 anos com 2,5% e com menor representatividade foi a partir dos 80 anos ou mais anos com 1%.

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo a faixa etária dos idosos

Faixa etária	n.	%
60-64 anos	83	71,5
65-69 anos	24	20,6
70-74 anos	5	4,3
75-79 anos	3	2,5
80 anos ou mais	1	1
Total	116	100

Fonte: Lar da 3ª Idade-Beiral, 2025

Na tabela 2, podemos observar que o sexo feminino é o que mais prevalece com 81,8% enquanto que o sexo masculino representa 18,1% da nossa amostra.

Tabela 2: Distribuição da amostra segundo o sexo dos idosos

Sexo	n.	%
Feminino	95	81,8
Masculino	21	18,1
Total	116	100

Fonte: Lar da 3ª Idade-Beiral, 2025

De acordo com a tabela 3, podemos constatar que a maioria dos idosos 62,9% residiam em zonas rurais antes de viverem no lar em contraste com 37,0% que residiam em zona urbana.

Tabela 3: Distribuição da amostra segundo a proveniência dos idosos antes de viverem no lar

Proveniência	n.	%
Urbano	43	37,0
Rural	73	62,9
Total	116	100

Fonte: Lar da 3ª Idade-Beiral, 2025

A tabela 4, mostra-nos que 26,7% são idosos sem estudos, 60,3% são idosos com o 1º ciclo, 8,6% são idosos com o 2º ciclo, 1,7% são idosos com o ensino médio e 2,5% são idosos que tem o ensino superior.

Tabela 4: Distribuição da amostra segundo o nível acadêmico dos idosos

Nível Acadêmico	n.	%
Sem estudo	31	26,7
1º ciclo	70	60,3
2º ciclo	10	8,6
Ensino Médio	2	1,7
Ensino Superior	3	2,5
Total	116	100

Fonte: Lar da 3ª Idade-Beiral, 2025

De acordo com a tabela 5, a maioria dos idosos antes de viverem no lar tinham a profissão/ocupação de camponês com 23,2% e a profissão/ocupação com menor predominância é a de médico.

Tabela 5: Distribuição da amostra segundo a profissão/ocupação dos idosos antes de viverem no lar

Profissão/Ocupação	n.	%
Militar	12	10,3
Sapateiro	15	12,9
Professor	10	8,6
Pólicia	8	6,8
Maquinista	4	3,4
Médico	1	1,0
Padeiro	4	3,4
Carpinteiro	13	11,2
Camponês	27	23,2
Doméstica	19	16,3
outros	3	2,5
Total	116	100

Fonte: Lar da 3ª Idade-Beiral, 2025

De acordo com a tabela 6, quanto aos factores de riscos dos idosos para as DCNT 61,4% já fumaram, mas pararam, 62,9% não costumam a beber álcool, 56,3% consideram a sua alimentação geralmente pouco saudável, 77,2% praticam ou praticaram actividades físicas regularmente e 65,5% tem histórico de doenças crónicas.

Tabela 6: Distribuição da amostra segundo os factores de risco dos idosos

Factores de Risco	n.	%
Fuma ou já fumou?		
Sim, atualmente	22	18,9
Já fumei, mas parei	71	61,4
Nunca fumei	23	20,4
Total	116	100
Costuma beber álcool?		
Sim	43	37,6
Não	73	62,9
Total	116	100

Como considera a sua alimentação geralmente?		
Saudável e equilibrada	10	8,6
Razoavelmente saudável	35	30,2
Pouco saudável	65	56,3
Muito pouco saudável	6	5,2
Total	116	100
Pratica ou praticou atividade física regularmente?		
Sim, atualmente	90	77,5
Já pratiquei, mas não atualmente	14	12,6
Nunca pratiquei regularmente	12	10,3
Total	116	100
Histórico familiar de doenças crônicas?		
Sim	76	65,5
Não	40	34,7
Total	116	100

Fonte: Lar da 3ª Idade-Beiral, 2025

De acordo com a tabela 7, podemos observar as doenças crônicas não transmissíveis que encontramos nos idosos do lar do beiral são a Diabetes com 51,8%, Hipertensão arterial com 68,9%.

Tabela 7: Distribuição da amostra segundo as doenças crônicas não transmissíveis nos dos idoso

Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Respostas	n.	%
Diabetes	Sim	60	51,8
	Não	56	48,2
Hipertensão arterial	Sim	80	68,9
	Não	36	31,1
Doenças cardíacas (arritmias, infartos e AVC)	Sim	46	39,6
	Não	70	60,4
Doenças respiratórias crônicas (ex: asma, DPOC)	Sim	16	13,8
	Não	100	82,2
Demência, como Alzheimer e Mal de Parkinson	Sim	1	0,9
	Não	115	99,1
Câncer do pulmão	Sim	3	2,5
	Não	112	97,5
Doenças articulares	Sim	12	10,3
	Não	104	89,7

Fonte: Lar da 3ª Idade-Beiral, 2025

DISCUSSÃO

De acordo com Marchi (2015) no seu estudo sobre Análise de Doenças Crônicas de maior prevalência em grupo de Idosos de um Município de pequeno porte do interior do RS, em relação à idade dos informantes a maioria deles apresentava idade entre 60 a 65 anos, sendo cinco informantes (50%) e um informante com idade entre

84 a 90 anos (10%).

De acordo com Marchi (2015) no seu estudo sobre Análise de Doenças Crônicas de maior prevalência em grupo de Idosos de um Município de pequeno porte do interior do RS, em relação o gênero encontrado foram (70%) do gênero feminino e (30%) masculino.

Os nossos dados vão de acordo com o autor citado, visto que de acordo com o Censo populacional feito em 2014, mostrou que há mais mulheres que homens, então para a nossa realidade é um facto o sexo feminino ser mais prevalente. e não só o nosso factor socio cultural também influência, pois Angola foi um país de guerra onde os homens é que lutavam e muitos acabaram por perder a vida, reduzindo assim a população masculina no país.

Esses resultados justificam-se pelo facto de o Lar do Beiral ser uma instituição pública e acessível a todos, pois normalmente as pessoas na zona urbana têm certo poder financeiro e procuram serviços privados ou até mesmo domiciliar.

De acordo com Marchi (2015) no seu estudo sobre Análise de Doenças Crônicas de maior prevalência em grupo de Idosos de um Município de pequeno porte do interior do RS, quanto à escolaridade dos mesmos, a maioria 99%, referiu ter o ensino fundamental, e um informante com ensino médio completo, 1%.

«Os menos escolarizados tendem a possuir piores condições de moradia e trabalho, assim como são mais expostos a fatores de risco para doenças crônicas, como inatividade física, alimentação inadequada, consumo abusivo de álcool, uso de tabaco, entre outros» (Malta et al., 2020, p.98).

O nosso estudo concorda com o autor citado, pois os factores guerra e a colonização, influenciaram bastante para não progressão do nível académico. Além disso, estes achados podem estar associados ao facto de que o menor nível de conhecimento das doenças e de seus factores de risco prejudica a prevenção das DCNT. Pessoas com maior nível de escolaridade tendem a realizar mais atividade física, ingerir alimentos mais saudáveis e fazem menos uso do tabaco, que são os principais factores de proteção para as DCNT.

De acordo com Marchi (2015) no seu estudo sobre Análise de Doenças Crônicas de maior prevalência em grupo de Idosos de um Município de pequeno porte do interior

do RS, sobre a formação profissional, trabalho antes de sua aposentadoria, os informantes referiram: agricultura (99%) e uma professora (1%).

O nosso estudo concorda com autor citado. Além disso, pode-se supor que as DCNT estejam também associadas ao afastamento do trabalho e aposentadoria por invalidez.

«Existem alguns fatores que favorecem o desenvolvimento dessas doenças no organismo, como fatores genéticos, sexo e idade, além de hábitos e comportamentos de risco com inatividade física, alimentação inadequada, obesidade, tabagismo e o abuso de bebidas alcoólicas» (Buriol et al., 2020, 45).

O nosso estudo concorda com Buriol et al. (2020). Essa compreensão é fundamental para a implementação de estratégias de prevenção e promoção da saúde. Enquanto não podemos alterar nossos genes, sexo ou idade, podemos adotar hábitos e comportamentos mais saudáveis para mitigar o risco de desenvolver muitas dessas doenças. Isso inclui a prática regular de atividade física, uma alimentação equilibrada, a manutenção de um peso saudável, evitar o tabagismo e o consumo excessivo de álcool. Além disso desenvolvimento de muitas doenças não é um evento aleatório, mas sim o resultado da interação complexa entre a predisposição individual (fatores genéticos, sexo e idade) e as escolhas de estilo de vida (hábitos e comportamentos de risco).

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus são consideradas as principais patologia do grupo das DCNT que acometem os idoso e impactam negativamente na sua funcionalidade, causando inúmeros transtornos tanto para o indivíduo, quanto para a sociedade, comprometendo a independência, autonomia e, principalmente, a qualidade de vida (Cavalcante et al., 2022, p.67).

O nosso estudo corrobora com o autor citado. Ela destaca não apenas a alta prevalência dessas condições, mas principalmente as suas consequências diretas na capacidade funcional, autonomia, independência e, conseqüentemente, na qualidade de vida dessa população. Esse achado serve como um alerta para a necessidade de atenção prioritária a essas condições, visando promover um envelhecimento mais saudável e com maior qualidade de vida para os idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou vulnerabilidades decorrentes do processo de envelhecimento, adoecimento e dependência em idosos dependentes que vivem com

DCNT, o que aponta que esse grupo de doenças se configura como um importante problema de saúde pública.

Análise dos resultados permitiu traçar um perfil detalhado dos idosos residentes no Lar do Beiral, identificar fatores de risco relevantes para DCNT e constatar a alta prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes. Estes achados são consistentes com a literatura existente e fornecem informações valiosas para a implementação de intervenções e políticas de saúde direcionadas a esta população específica em Angola.

Onde chegou-se a seguinte conclusão:

Quanto a faixa etária 71,5%, dos idosos encontram-se entre 60 aos 64 anos; no que refere ao sexo 81,8% dos idosos são do sexo feminino; quanto a residência 62,9% dos idosos residiam em zonas rurais antes de viverem no lar; no que tange ao nível académico 60,3% são idosos com o 1º ciclo; quanto à profissão/ocupação 23,2% antes de viverem no lar eram a de camponês; relativamente aos factores de riscos dos idosos para as DCNT 61,4% já fumaram, mas pararam, 62,9% não costumam a beber álcool, 56,3% consideram a sua alimentação geralmente pouco saudável, 77,2% praticam ou praticaram actividades físicas regularmente e 65,5% tem histórico de doenças crónicas.

No que concerne as doenças crónicas não transmissíveis que encontramos nos idosos do lar do beiral são a Diabetes com 51,8%, Hipertensão arterial com 68,9%. É de referir que as doenças crónicas não transmissíveis que as DCNT mais frequentes em idosos do lar do beiral são a Diabetes e Hipertensão arterial.

REFERÊNCIAS

- Assis, C. F. (2015). *Os profissionais de Enfermagem frente à humanização do cuidado no ambiente hospitalar*. Projecto de pesquisa, Instituto de Comunicação e Informação Ciência e tecnologia em Saúde, Porto Alegre;
- Collet, A. A. et al., (2016). *Humanização e trabalho na enfermagem*. Porto Alegre/Portugal;
- Bäckman, A. M. G. et al. (2004). *Análise do Discurso: fundamentos & prática*. Maceió: EDUFAL.
- Censo, (2014). *Resultados Definitivos do Recenseamento Geral da População e da Habitação de Angola*. INE: Luanda, Angola-2016;
- Decalmer, M. M., & Glendenning, H. S. (2017). *Violência contra o idoso: suportes legais para a intervenção*. *Interação em Psicologia*, 7(2),



- Godinho, A.A. et al. (2009). *Aspecto éticos vulneráveis em situações de violência: sua importância em na formação da enfermagem*. Invest. educ. enferm.[serial online]
- Hunter, S. K. et al. (2016). *Treinamento Funcional para idoso*. (1ª Ed.). São Paulo: LURA EDITORA.
- Lozano, k. et al. (2018). *Violência oculta contra idosos institucionalizados*. O Mundo da Saúde, São Paulo.
- Nações Unidas (2009). *World Population Prospects: the 2008 revision – Highlights*. [document on the Internet] [acessado 20203 out 03]. http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2008/wpp2008_highlights.pdf.
- Novaes, A. (2017). *Educação na Terceira Idade: inclusão social e inovação pedagógica na Universidade Federal de Sergipe*. Aracaju: Editora Diário Oficial do Estado de Sergipe – EDISE.
- Organização Mundial da Saúde. (2019) *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.
- Silva, D. C et al., (2017) *Educação continuada da equipe multiprofissional na atenção à saúde do idoso*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 62, n. 2, p. 114
- Silva, J.B. (2012). *Estatística Para as Ciências Humanas*. 3ª edição, Luanda – República de Angola: Gráfica Lito – Tipo, Lda;
- Vaz-Freixo, M. J.. (2012). *Metodologia Científica: fundamentos, métodos e técnicas* (4ª Edição). Lisboa: Instituto Piaget.
- Marconl, M. A. & Lakatos, E. M. (2007) *Fundamentos de metodologia científica*. (6. ed.) São Paulo: Atlas.