

DEMANDAS DE SAÚDE IDENTIFICADAS EM IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Rafaela Araújo Oliveira (1); Jessica Maria Arouca de Miranda (1); Aline Maino Pergola Marconato (2); Luana de Azevedo Souza (3); Gilson de Vasconcelos Torres (4)

Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN, rafaela_araujo10@hotmail.com¹; UFRN, jessicaarouca@hotmail.com¹; UFRN, aline_pergola@yahoo.com.br²; UFRN, luanaazevedo28@hotmail.com³; UFRN, gilsonvtorres@hotmail.com⁴

RESUMO

Objetivo: identificar as demandas de saúde de idosos vinculados a um grupo de atividades da Atenção Primária a Saúde. **Metodologia:** estudo descritivo quantitativo, transversal, realizado com 37 idosos vinculados as Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo 19 de Igapó, em Natal, e 18 do DNER em Santa Cruz, ambos no Rio Grande do Norte, Brasil; durante o mês de março de 2014. Utilizou-se os instrumentos: Questionário de Dados Demográficos e Caracterização da Dor, *Medical Outcome Study 36-Item Short Form (SF-36)* e Questionário de Hábitos e Estilo de Vida, para coleta de dados. Obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 21996313.7.0000.5537). **Resultados e discussão:** as demandas identificadas foram classificadas em domínios: hábitos de vida, assistenciais, nutricionais e qualidade de vida. No domínio hábitos de vida, 40,5% dos idosos se apresentavam sedentários. Referente ao domínio assistencial, 83,8% apresentavam problemas de saúde (Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Artrose). No domínio nutricional, 64,5% dos idosos apresentavam IMC inadequado, sendo 43,2% acima do peso. Na qualidade de vida as demandas aspecto físico e dor no corpo surgiram com o mesmo percentual (43,6%), seguido do estado geral de saúde (38,5%). **Conclusão:** Uma vez identificadas as demandas deste grupo de idosos, os profissionais de saúde terão respaldo para planejar ações direcionadas, proporcionando um atendimento integral e resolutivo.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde, Saúde do idoso, Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To identify the demands health of older people bound by a group of Primary Health activities. **Methodology:** quantitative, transversal descriptive study, conducted with 37 elderly linked the ESF Unit, being 19 of Igapó in Natal, and 18 of DNER in Santa Cruz, both in Rio Grande do Norte, Brazil; during the month of March 2014. It was used instruments: Questionnaire of Demographic Data and Characteristics of Pain, Medical Outcomes Study 36-Item Short Form (SF-36) and Questionnaire of Habits and Lifestyle, for collect data. Was approved by the Ethics Committee in Research (CAAE: 21996313.7.0000.5537). **Results and discussion:** the identified demands were classified into domain: living habits, assistance, nutritional and quality of life. In the domain living habits, 40.5% of the elderly presented themselves sedentary. Concerning the assistance domain, 83.8% had health problems (Diabetes Mellitus, Hypertension, Osteoarthritis). In the nutritional domain 64.5% of the elderly had inappropriate BMI, and 43.2% overweight. In the In the area living habits, 40.5%

of the elderly presented themselves sedentary. Concerning the assistance domain, 83.8% had health problems (Diabetes Mellitus, Hypertension, Osteoarthritis). In the nutritional domain 64.5% of the elderly had inappropriate BMI, and 43.2% overweight. Quality of life demands physical aspect and body ache came up with the same percentage (43.6%), followed by general health (38.5%). Conclusion: Having identified the demands of this group of seniors, health professionals have support to plan targeted actions, providing a comprehensive and effective care.

Keywords: Primary Health Care, Health of the Elderly, Nursing.

INTRODUÇÃO

A população mundial está envelhecendo. A este processo, dá-se o nome de transição demográfica, que é representada pela diminuição da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida¹. Apesar de ser um fenômeno mundial, no Brasil, o processo de transição demográfica apresenta-se de forma mais rápida e desordenada no que nos países desenvolvidos².

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tendo em vista a análise do indicador 'razão de dependência total', verificou-se uma diminuição em relação à razão de dependência da população jovem, de 43,0 em 2004 para 34,4 em 2013, e, um aumento deste indicador na população idosa, de 15,3 em 2004 para 20,2 em 2013³.

Nessa perspectiva, o aumento significativo de idosos está diretamente relacionado à maior incidência de doenças crônicas, que necessitam de um acompanhamento específico, de atendimento médico, de exames constantes e do uso de medicações, resultando no aumento do uso dos serviços de saúde. Soma-se a isto, a carência de profissionais capacitados para atender esta população. Neste contexto, o envelhecimento populacional é considerado um importante problema de saúde pública brasileira².

O envelhecimento é uma pretensão de qualquer sociedade, entretanto, só representará uma conquista se for aliado à qualidade de vida. É necessário que as políticas públicas compreendam a proatividade, a autossuficiência e a responsabilidade da pessoa idosa; agindo prioritariamente na prevenção, promoção

e atenção integral a saúde do idoso², objetivando, assim, a promoção de um envelhecimento ativo⁴.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como um âmbito singular, no que se refere ao atendimento holístico; de forma que favorece uma assistência direcionada as reais necessidades em saúde apresentadas pelos idosos⁵. Assim, torna-se relevante compreender as demandas desses indivíduos, possibilitando, a efetivação de intervenções e condutas educativas apropriadas⁶.

Nesse sentido, o objetivo do estudo foi identificar as demandas de saúde de idosos vinculados a um grupo de atividades da Atenção Primária dos municípios de Natal e Santa Cruz, ambos no Rio Grande do Norte (RN).

METODOLOGIA

Estudo descritivo, quantitativo, transversal, realizado com idosos vinculados à Atenção Primária a Saúde (APS), nas Unidades de ESF de Igapó, em Natal, e DNER em Santa Cruz, durante o mês de março de 2014.

A população foi composta por 37 idosos cadastrados na ESF, sendo 19 procedentes ao bairro de Igapó em Natal/RN e 18 ao bairro do DNER, em Santa Cruz/RN, Brasil. Como critérios de inclusão, foram estabelecidos que a pessoa possuísse idade igual ou superior a 60 anos⁷, e que fossem participantes dos grupos de idosos relacionados à ESF dos referidos municípios.

Para coletar os dados, foram utilizados três instrumentos:

1. Questionário de Dados Demográficos e Caracterização da Dor: considera informações sociodemográficas, avalia a presença e a qualidade de dor, crônica ou não, além da presença de morbidades nos indivíduos participantes. Para fins de classificação quanto ao tipo de dor (aguda ou crônica), foi utilizado os Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA)⁸.
2. *Medical Outcome Study 36-Item Short Form* (SF-36): composto por trinta e seis questões gerais agrupadas em oito domínios: capacidade funcional (10 itens), vitalidade (4), física (4), dor (2), saúde geral (5), as questões sociais (2), emocional

(3) e saúde mental (5). Os resultados dos escores foram calculados com base nos valores das questões e transformados em escores por domínios, onde 0 (zero) corresponde ao valor mínimo e 100 (cem) ao máximo. Assim, quanto mais próximo os valores das escalas do SF-36 estiverem de zero, mais insatisfeito se encontrará o participante a cerca daquele domínio, conseqüentemente o escore total baixo reflete percepção negativa da qualidade de vida^{9,10,11}.

3. Questionário de Hábitos e Estilo de Vida, adaptado por Wardle e Steptoe: constituído por questões relacionadas à prática de atividade física, sono/repouso e hábitos alimentares¹².

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado a partir das medidas de peso e de altura utilizando-se a fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / (\text{estatura})^2 \text{ (m)}.$$

Para definir o estado nutricional do idoso utilizou-se a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹³, conforme Quadro 1.

Quadro 1. Classificação segundo a OMS a partir do IMC.

IMC	CLASSIFICAÇÃO
< 18,5kg/m ²	baixo-peso
18,5kg/m ² e 24,9 kg/m ²	eutrofia
25kg/m ² e 29,9kg/m ²	sobrepeso
30kg/m ² e 34,9kg/m ²	obesidade grau I
35kg/m ² e 39,9kg/m ²	obesidade grau II
> 40kg/m ²	obesidade grau III

Fonte: OMS, 2005.

Neste estudo, indivíduos com IMC menores que 18,5kg/m² foram classificados como inadequado; acima do peso com IMC entre 25kg/m² e 29,9kg/m²; os demais pontos de corte foram semelhante a OMS.

A coleta de dados ocorreu nas Unidades de Saúde da Família (USF) de Natal e Santa Cruz, em dia e horário previamente agendado com os participantes, em local reservado e respeitando a privacidade dos pesquisados.

Os dados foram digitados no programa *Microsoft Excel*, versão 2010 e, posteriormente, exportados para o SPSS, versão 20.0, onde foram categorizados, analisados por meio de estatística descritiva (frequências absoluta e relativa).

Previamente a coleta, o objetivo e os possíveis riscos da participação na pesquisa, foram explicados aos idosos, sendo em seguida solicitada a participação voluntária com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) situado em Natal/Brasil (Parecer n. 562.318 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE: 21996313.7.0000.5537). Além disso, atendeu à resolução estabelecida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012¹⁴. Os serviços de saúde envolvidos concederam a autorização aos pesquisadores para procederem com as coletas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os idosos de Santa Cruz, 43,2% era do sexo feminino, 35,1% tinham entre 61 a 71 anos, 24,3% eram respectivamente, solteiros/viúvos/separado e casado/união estável. Em relação à escolaridade, 37,1% tinham entre 0 a 5 anos de estudo, 43,2% moravam com acompanhante (companheiro, filho, neto e/ou outro) e 45,9% possuíam trabalho ou tinha atividade.

No município de Natal, 40,5% eram do sexo feminino, 29,7% possuíam faixa etária entre 72 a 83 anos, 27,0% era solteiro, viúvo e separado, 45,9% possuíam 0 a 5 anos de estudo, 37,8% moravam com acompanhante (companheiro, filho, neto e/ou outro) e todos os pesquisados trabalham ou tem atividade.

O maior percentual de mulheres foi observado, conforme outro estudo¹⁵, o que pode ser atribuído a maior longevidade destas quando comparadas aos homens, além da menor exposição a fatores de risco, menor prevalência de tabagismo e alcoolismo, e diferenças de atitude no que se refere a doenças e incapacidades^{16,17}.

Para melhor compreensão dos resultados, as demandas identificadas entre os idosos no estudo foram classificadas em domínios. Nesse sentido, foram evidenciados quatro domínios: hábitos de vida, assistenciais, nutricionais e qualidade de vida, apresentados no Quadro 2 abaixo:

Quadro 2 – Demandas dos idosos classificadas por domínios no ano de 2014. Santa Cruz e Natal, RN/Brasil, 2015.

DEMANDAS IDENTIFICADAS	DOMÍNIOS
------------------------	----------

(83) 3322.3222

contato@cieh.com.br

www.cieh.com.br

Sedentarismo (40,5%) Horas de sono reduzidas (24,3%)	Hábitos de Vida
Problemas de saúde (83,8%) Assistência odontológica (81,1%) Uso de medicamentos (76,5%) Doenças crônicas (73%) Dor (70,3%) Dor crônica (56,8%)	Assistenciais
IMC inadequado (64,5%), acima do peso (43,2%) obesidade I (10,8%)	Nutricionais
Aspecto Físico (43,6%) Dor no corpo (43,6%) Estado Geral de Saúde (38,5%) Aspecto emocional (30,8%) Aspecto Funcional (30,8%)	Qualidade de vida

Fonte: própria da pesquisa.

No domínio hábitos de vida, o presente estudo identificou que 40,5% dos idosos eram sedentários, o que corrobora com os achados de outro estudo¹⁸, o qual verificou que 65,0% dos idosos entrevistados eram sedentários. Vale salientar que indivíduos sedentários ou irregularmente ativos apresentam sérios riscos associados à saúde, prejudicando a qualidade de vida¹⁹.

Nessa perspectiva, a prática de atividade física destaca-se como uma importante estratégia, com relação à promoção a saúde dos idosos, uma vez que favorece a diminuição da perda de massa óssea, desenvolve a força, a massa muscular e a flexibilidade articular; além de melhorar aspectos circulatórios, como a glicemia e o perfil lipídico²⁰. Desta forma, a atividade física está diretamente relacionada à redução ou retardo das privações do envelhecimento²¹.

Referente ao domínio assistencial, 83,8% se enquadrava na demanda problemas de saúde (Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Artrose e Artrite), seguido da assistência odontológica (81,1%) e uso de medicamentos (76,5%). Estudos identificaram que 75% dos idosos revelaram pelo menos três problemas de saúde^{15, 22-24}.

Corroborando com este estudo, outra pesquisa observou o aumento da prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, em contrapartida, verificou-se o decréscimo da prevalência da artrite²³.

Existe associação estatisticamente significativa entre relato de não realizar consultas periódicas ao dentista e idade ($p=0,025$), de forma que idosos mais velhos procuram menos este profissional, ocasionando um número acentuado de problemas odontológicos²⁵, o que corrobora com os dados deste estudo, no qual 81,1% dos idosos se enquadraram na demanda assistência odontológica.

Estudo realizado em Guarapuava verificou que o acesso ao serviço odontológico pelos idosos possui relação com as variáveis renda mensal e escolaridade, de forma que, as pessoas com menores renda e escolaridade apresentaram menor número de acesso²². O Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal - CNSB7 ressalta que este serviço apresenta-se como um fator de exclusão social, portanto, são necessários investimentos com relação a políticas intersetoriais de promoção a saúde, assegurando a universalização do acesso ao atendimento odontológico²⁶.

Números consideráveis de idosos deste estudo revelaram estar com IMC inadequado (64,5%) e acima do peso (43,2%). Estes fatores podem ser pertinentes às alterações proporcionadas pelo envelhecimento, representados pelo aumento de tecido adiposo, diminuição da massa muscular e densidade óssea²⁷. Em contrapartida, outro estudo verificou uma diminuição significativa do IMC relativo ao aumento da idade¹⁸.

É relevante que os idosos estabeleçam um padrão nutricional normal e adequado, tendo em vista a relação significativa do alto peso com o aumento da incidência de doenças crônicas, como o diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemias²⁸.

No domínio qualidade de vida, 43,6% dos idosos apresentaram como demanda dor no corpo, o que se assemelha a outro estudo¹⁸, no qual 43,1% dos idosos declararam sentir dor. A dor é um dos sintomas que mais afetam a qualidade

de vida dos idosos, por ser um fator restritivo de suas atividades, bem como por intensificar a agitação, o estresse e o isolamento social²⁹.

No mesmo domínio, revelou-se como demandas o Aspecto Físico (43,6%) e o Estado Geral de Saúde (38,5%), de acordo com outros estudos^{30,31}. Os dados sugerem assim, que o comprometimento da qualidade de vida se dá em maior número por aspectos físicos do que por emocionais e sociais. Tem sido demonstrada em estudos a contribuição negativa da doença crônica com relação ao aspecto físico, o qual que se deve atentar durante a avaliação do idoso³².

O envelhecimento está diretamente relacionado com o aumento da incidência de doenças crônicas, ausência da independência funcional e da autossuficiência³³. Nessa perspectiva, os serviços de saúde precisam se adequar as demandas relacionadas ao envelhecimento, de forma que esteja direcionado as reais necessidades em saúde desta população.

Este estudo apresentou como limitação o número reduzido de participantes, desta forma, pode não refletir rigorosamente todo o universo de idosos residentes nas cidades nas quais foi desenvolvida a pesquisa.

CONCLUSÃO

As demandas de saúde identificadas foram subdivididas em quatro domínios: hábitos de vida, assistenciais, nutricionais e qualidade de vida.

No domínio hábitos de vida, se destacou como demanda, o sedentarismo e horas de sono reduzidas. No domínio assistencial, destacaram-se: problemas de saúde, assistência odontológica, uso de medicamentos, doenças crônicas, dor e dor crônica. No domínio nutricional, verificou-se que os participantes apresentavam IMC inadequado, acima do peso e obesidade I. Em relação à qualidade de vida, observou-se: aspecto físico, dor no corpo, estado geral de saúde, aspecto emocional e aspecto funcional.

Uma vez identificadas às demandas deste grupo de idosos, os profissionais de saúde terão respaldo para planejar ações direcionadas para uma melhor

qualidade de vida e envelhecimento ativo, proporcionando um atendimento integral e resolutivo e valorizando o bem estar na terceira idade.

REFERÊNCIAS

- 1 Lebrão ML. Epidemiologia do envelhecimento. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) 2009;47: 23-26.
- 2 Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública. 2009;43(3):548-54.
- 3 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico: sinopse dos resultados do Censo 2010.
- 4 OMS - Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- 5 Clares JWB, Freitas MC, Almeida PC, Galiza FT, Queiroz TA. Rev Rene. 2011;12(n. esp.):988-94.
- 6 Oliveira JCA, Tavares DMS. Rev. esc. enferm. USP. 2010; 44(3).
- 7 Brasil. Lei n. 10.741, de 1o de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003. Seção 1:1-6.
- 8 NANDA International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA - Definições e Classificação. Artmed; 2012-14.
- 9 Campos MO, Neto, JFR. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. Rev. Baiana Saúde Pública. 2008, 32(2): 232-40.
- 10 Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Ivone M, Quaresma MR. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida – medical study sf-36 item short form health survey (SF36). Rev. Bras. Reumatol. 1999, 39(3):143-50.
- 11 Zatta LT et al,. Análise da produção científica nacional de enfermagem sobre o instrumento genérico que avalia qualidade de vida: revisão de literatura. Rev. Enferm. UFPE on line. 2009, 3(2): 127-32.
- 12 McIntyre T, Araújo-Soares V. Questionário de hábitos e estilo de vida. Adaptado do HBS, Wardie e Steptoe, 1995.
- 13 OMS - Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

14 Conselho Nacional da Saúde. Resolução CNS – 466/2012. Trata de pesquisas e testes em seres humanos. In: Conselho Nacional de Saúde. 2013. p. 51.

15 Pilger C, Menon MU, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011; 19(5):1230-8.

16 Silva MJ, Lopes MVO, Aragão MFM, Moraes LA. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza- Ceará. Acta Paul Enferm. 2006; 19(2):14-20. [[Links](#)]

17 Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH. Características sócio-demográficas e de saúde de idosos dependentes residentes em domicílio. Rev Espaço Saúde. 2009;10(2):12-7.

18 Lopes FAM, Montanholi LL, Silva JML, Lopes FAO. Perfil epidemiológico em idosos assistidos pela estratégia saúde da família. REAS. 2014;3(1):84-94.

19 Nahas MV. 2ª ed. Londrina: Midiograf; 2001. Atividade física, Saúde e Qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.

20 Silva MF, Goulart NBA, Lanferdini FJ, Marcon M, Dias CPD. Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2012, 15(4):634-42.

21 Nóbrega ACL, Freitas EV, Oliveira MAB, Leitão MB, Lazzoli JK, Nahas RM *et al.* Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. Rev. Bras. Med. Esporte. 1999;5(6):207-11.

22 Pilger C, Menon MU, Mathias TAF. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. Rev. Esc. Enferm. USP. 2013; 47(1):213-20.

23 Lima-Costa MF, Matos DL, CamargosVP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998,2003, 2008). Ciênc. Saúde Coletiva. 2011;16(9):3689-96.

24 Silvestre JA, Kalache A, Ramos L.R.;Veras RP. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. Arq. Geriatr.Gerontol. 1996;(1):81-9.

25 Bulgarelli AF, Mestriner SF, Pinto IC. Percepções de um grupo de idosos frente ao fato de não consultarem regularmente o cirurgião-dentista. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2012, 15(1): 97-107.

26 Almeida AB, Alves MS, Leite ICG. Reflexões sobre os desafios da odontologia no Sistema Único de Saúde. Rev. APS. 2010;13(1):126-32.

27 Franchi KMB, Junior RMM. Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. Rev. Bras. Promoç. Saúde. 2005; 18(3):152-156.



- 28 Bueno JM, Martino HSD, Fernandes MFS, Costa LS, Silva RR. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2008; 13(4):1237-46.
- 29 Andrade F, Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006; 14(2):271-6.
- 30 Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2919-25.
- 31 Coelho ESP, Pedroso MFBP. Valiação da qualidade de vida em idosos residentes No município de santos / sp. *Revista Ceciliana Jun*. 2012;4(1):4-8.
- 32 Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. Boston: New England Medical Center; 1993.
- 33 Fonseca MGUP, Firmoj OA, Loyola Filho AI, Uchôa E. Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44(1):159-65.