



Diagnóstico situacional de idosos com diabetes *mellitus* em um município do interior do Ceará, Brasil

Situational diagnosis of older adults with diabetes mellitus in a city in the state of Ceará, Brazil

Marcionília de Araújo Lima Neta¹ 
Maristela Inês Osawa Vasconcelos² 

Resumo

Objetivo: Descrever o diagnóstico situacional de idosos com diabetes *mellitus* (DM) cadastrados em Unidade Básica de Saúde da Família utilizando o perfil sociodemográfico, as condições de saúde e o estilo de vida. **Método:** Estudo descritivo, transversal realizado no município de Jijoca de Jericoacoara, Ceará, Brasil, com 70 idosos. Reuniram-se os dados a partir de questionários sobre condições sociodemográficas, de saúde e perfil do Estilo de Vida Individual, submetendo-os às técnicas de estatística descritiva e os resultados apresentados em forma de tabelas. **Resultados:** Identificou-se a predominância três vezes maior do sexo feminino (n=52; 74%), a média da idade foi de 71,19 anos ($\pm 7,12$); o número de casados foi superior às demais categorias (n=44; 62,8%); a grande maioria recebe aposentadoria de um salário mínimo como trabalhador rural (n=64; 91%); pouco mais da metade se declarou alfabetizada (n= 36; 51,4%). Quanto às condições de saúde, a maioria (n=56; 80%) tem DM há mais de 10 anos, embora considerem seu estado de saúde satisfatório (n=40; 57,14%). Dentre as principais complicações destacam-se: hipertensão (n=53; 75,71%), dores musculares e articulares (n=43; 61,43%) e perda de audição (n=48; 68,57%). **Conclusão:** A realização deste estudo forneceu indicadores para o planejamento e execução de ações educativas, a partir da colaboração interprofissional na perspectiva da promoção da saúde.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Diabetes Mellitus. Doença Crônica. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

Abstract

Objective: To describe the situational diagnosis of older adults with diabetes mellitus (DM) registered at a Basic Family Health Unit, using sociodemographic profile, health conditions and lifestyle. **Method:** A descriptive, cross-sectional study was carried out with

¹ Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Centro de Ciências da Saúde (CCS), Mestrado Profissional em Saúde da Família. Sobral, CE, Brasil.

² Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Centro de Ciências da Saúde (CCS), Departamento de Enfermagem, Mestrado Profissional em Saúde da Família. Sobral, CE, Brasil.

Não houve financiamento na execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Marcionília de Araújo Lima Neta
marcioniliaa@gmail.com

Recebido: 06/12/2019
Aprovado: 28/05/2020

70 older adults in the city of Jijoca de Jericoacoara, Ceará, Brazil. Data were gathered from questionnaires on sociodemographic conditions, health and individual lifestyle profile, and were submitted to descriptive statistics techniques, and the results presented in tables. *Results:* The predominance of women was three times greater than men (52=74%); the mean age was 71.19 years (± 7.12); the number of married people was higher than the other categories (44=62.8%); the vast majority of the sample received a pension equivalent to the minimum wage as a rural worker (64=91%); and just over half declared themselves to be literate (36=51.4%). In terms of health conditions, the majority (56=80%) had had DM for more than 10 years, although they considered their health status to be satisfactory (40=57.14%). Among the main complications were hypertension (n=53; 75.71%), muscle and joint pain (n=43; 61.43%) and hearing loss (48=68.57%). *Conclusion:* The present study provided indicators for the planning and execution of educational actions, based on interprofessional collaboration aimed at the promotion of health.

Keywords: Health of the Elderly. Diabetes Mellitus. Chronic Disease. Primary Health Care. Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* (DM) está entre as doenças crônicas que representam um grave problema de saúde pública pela alta prevalência no mundo e maior entre os idosos, pela morbidade e por ser um dos principais fatores de risco cardiovascular e cerebrovascular. A sua prevalência está relacionada também ao sedentarismo e ao estresse da vida urbana¹.

A população de pessoas com diabetes no Brasil é estimada em 13 milhões e o país ocupa a 4ª posição no ranking mundial. Entre 2006 e 2017, segundo dados da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), o percentual de casos de diabetes passou de 5,5% para 8,9% no Brasil. A referida pesquisa apontou também um aumento de casos em 54% entre os homens e 28% entre as mulheres, destacando-se o incremento nas pessoas com +65 anos e apenas oitos anos de escolaridade, 24% e 14,8%, respectivamente².

Considerando a magnitude da enfermidade e seus efeitos negativos à saúde do indivíduo, o acompanhamento sistemático passa a representar importante estratégia de intervenção e controle de possíveis complicações. E quando atinge as pessoas idosas, que possuem demandas complexas de saúde, exige dos serviços a capacidade de responder adequadamente às necessidades não só de prevenção e controle de doenças, mas também da promoção de um envelhecimento ativo e saudável³.

Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se insere com o intuito de fomentar a reorientação das práticas e ações de saúde, estruturadas a partir do trabalho de equipes multiprofissionais. Ao estabelecer a família como centro da atenção, favorece vínculos e contribui para ações continuadas de promoção de saúde e educação, visando à autonomia e ao bem-estar dos sujeitos⁴.

Além disso, o modelo de atenção à saúde proposto pela ESF apresenta uma nova perspectiva de cuidado e um estímulo contínuo a uma prática avançada com um olhar voltado à comunidade em sua totalidade. Mas, para a realização de práticas de saúde coerentes com as necessidades do território, faz-se necessário o fortalecimento da autonomia dos atores envolvidos no processo de cuidar, o rompimento com modelos tradicionais de atenção à saúde, a valorização das singularidades humanas e o conhecimento da realidade e dos riscos aos quais a população está exposta⁵.

Este estudo justifica-se pela necessidade de conhecer a realidade dos idosos com diagnóstico de diabetes e como as condições sociodemográficas, de saúde e o estilo de vida destes podem influenciar na adesão ao tratamento e na melhoria da qualidade de vida. Trata-se de uma pesquisa relevante também para os profissionais de saúde que estão envolvidos nos cuidados de idosos, pois poderá norteá-los a prestar uma assistência efetiva e integral visando atender às necessidades biológicas e psicossociais dos referidos usuários.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi descrever o diagnóstico situacional de idosos com DM cadastrados em Unidade Básica de Saúde da Família utilizando o perfil sociodemográfico, as condições de saúde e o estilo de vida.

MÉTODO

Pesquisa descritiva, transversal, sob abordagem quantitativa, desenvolvida no município de Jijoca de Jericoacoara, Ceará, Brasil, cuja coleta de dados ocorreu no período de abril a julho de 2019.

Este estudo é um recorte de uma pesquisa sobre a *Colaboração Interprofissional na Promoção de Estilos de Vida Saudáveis à População Idosa com Diabetes Mellitus*.

Jijoca, até o ano de 1989, era distrito da cidade de Cruz. Por força da lei nº 11.796 de 1990, tornou-se município autônomo, sendo anexado ao seu território a praia de Jericoacoara, passando a denominar-se Jijoca de Jericoacoara. Fica a 287 km da capital Fortaleza e pertence a mesorregião noroeste cearense⁶ e a 12ª região de saúde Acaraú⁷, integrando o Parque Nacional de Jericoacoara.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município conta com uma população estimada, em 2019, de 19.816 pessoas; área territorial de 204,793 km²; IDH de 0,652 (médio) e apresenta um PIB per capita de R\$: 11.443,58. Tem o turismo como sua principal fonte econômica através da exploração da praia de Jericoacoara⁸.

O município conta com seis Unidades Básicas de Saúde onde atuam sete equipes da ESF apoiadas por uma equipe Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

Para a seleção dos participantes foi realizado levantamento do quantitativo de idosos, a partir de 60 anos, com diagnóstico médico de DM, pelas agentes comunitárias de saúde nas suas respectivas microáreas, onde seria escolhida aquela com o maior número de pacientes com esse perfil. A equipe selecionada reunia mais idosos, contabilizando 107 usuários. Optou-se por excluir do estudo os acamados, os restritos ao domicílio, uma vez que, a partir dessa

etapa diagnóstica, uma intervenção educativa coletiva seria realizada, sendo identificado 85 idosos.

Para o cálculo amostral, utilizou-se a população de 85 idosos, intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%, o que se chegou a uma amostra de 70 idosos. Todos que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo assegurado o direito de privacidade, sigilo, acesso aos dados ou quaisquer outras informações, bem como a liberdade de retirar-se do estudo, se assim desejassem.

Os instrumentos de coleta de dados foram: Questionário Sociodemográfico, que contemplou questões relacionadas ao sexo, idade, profissão, escolaridade, rendimentos e se o participante residia com pessoas com mais de 65 anos; Questionário sobre as Condições de Saúde que considerou o Índice de Massa Corporal (IMC), o autorrelato sobre o estado de saúde, a presença de comorbidades (doença cardiovascular, doença respiratória, hipertensão, depressão, entre outras já listadas no questionário), o autorrelato de alguns sintomas também já contidos numa lista do questionário (perda de urina, diminuição da visão, sentimento de tristeza, diminuição da audição, dificuldade em andar, entre outros) e a ocorrência de quedas e desmaios nos últimos seis meses que antecederam a entrevista.

Vale destacar que o IMC considerou os seguintes pontos de corte e classificação do IMC para idosos (≥ 60 anos): Baixo peso ≤ 22 ; Adequado ou Eutrófico > 22 e < 27 ; Sobrepeso ≥ 27 , conforme o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)⁹.

Outro instrumento foi a Escala do Perfil de Estilo de Vida (PEVI) elaborada por Nahas et al.¹⁰ e validada por Both et al.¹¹ que avaliou os componentes nutrição, atividade física, comportamento preventivo, comportamento relacional e controle do estresse. Os dois primeiros instrumentos foram adaptados do estudo de Pimenta et al.¹² e todos eles aplicados no domicílio.

A escala do Perfil de Estilo de Vida compreende um total de 15 questões, sendo três para cada um dos componentes do estilo de vida. Cada questão possui uma escala tipo *likert*, de resposta que varia de 0 a 3. Os valores 0 e 1 estão vinculados ao perfil negativo

de estilo de vida, que correspondem respectivamente a: *absolutamente não faz parte do meu estilo de vida e às vezes corresponde ao meu comportamento*. As respostas associadas ao perfil positivo são os valores 2 e 3, os quais descrevem, respectivamente: *quase sempre verdadeiro no meu comportamento e sempre verdadeiro no meu dia-a-dia*¹⁰. Cada componente pode pontuar no máximo 9 pontos e tanto a média como a mediana podem variar de 0 a 3.

O teste de Shapiro-Wilk foi realizado para avaliar a distribuição dos dados a um intervalo de confiança de 95% (p -valor < 0,05), seguido por análise descritiva dos dados.

Para análise descritiva dos componentes da Escala do Perfil do Estilo de Vida foi utilizada a mediana (Ma) pois as variáveis não respeitaram os pressupostos da normalidade segundo o teste de Shapiro-Wilk. Calculou-se a mediana de cada indivíduo para cada componente da escala e posteriormente calculou-se a mediana da amostra total, o intervalo interquartil (IIQ), valor mínimo (Min) e valor máximo (Max), discriminados por componente e por sexo. Foi considerado comportamento positivo as medianas com valores ≥ 2 .

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú, seguindo a Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012 para pesquisas que envolvem seres humanos, sendo aprovada sob parecer N° 3.241.908.

RESULTADOS

Do universo de 70 idosos abordados, a maioria eram mulheres (74%); observou-se que a média de idade dos participantes foi de 71,19 anos ($\pm 7,12$), sendo a idade máxima 89 anos e a idade mínima, 60 anos. As mulheres possuíam média de idade superior a dos homens, conforme pode ser observado na Tabela 1.

No que se refere ao estado civil, a maioria das mulheres (51,9%) e dos homens (94,5%) eram casados. Sobre a profissão, em ambos os sexos a maioria é de

agricultores, 33 (63,4%) das mulheres e 17 (94,5%) dos homens. Quanto à fonte de rendimentos, a aposentadoria foi a mais citada entre os participantes, 47 (90,4%) das mulheres e 17 (94,5%) dos homens recebem esse benefício previdenciário. No tocante a escolaridade, 30 (57,7%) das mulheres informaram saber ler e escrever e 12 (66,7%) dos homens relatou não saber ler e escrever. A maioria das mulheres, 28 (53,8%) afirmaram possuir apenas de 3 a 4 anos de estudo. Entre os homens, 8 (44,4%) relataram nenhuma escolaridade e 8 (44,4%) relataram possuir de 3 a 4 anos de estudo. Sobre a convivência familiar, a maioria das mulheres e dos homens, 27 (52%) e 14 (78%) respectivamente, afirmaram viver/residir com pessoas com idade acima de 65 anos (Tabela 1).

Na Tabela 2 estão descritas as condições de saúde dos idosos discriminadas por sexo. Verificou-se que 40 (57,14%) consideraram seu estado de saúde satisfatório (bom/muito bom); 38 (54,29%) estavam com sobrepeso. A média do IMC foi de 27,48 ($\pm 3,45$) tendo como valor máximo 35,58 e valor mínimo 17,40. Dessa forma, no presente estudo, o IMC revelou prevalência de idosos com DM com sobrepeso (54,29%).

Observou-se também que as comorbidades mais prevalentes foram a Hipertensão e a Artrite; os sintomas e manifestações mais citados foram tristeza persistente, dores musculares e articulares e diminuição da audição. As quedas e desmaios não foram frequentes. Dos 17 (24,29%) que tiveram algum episódio de queda, 7 (41,18%) precisaram da ajuda de terceiros para levantarem-se.

Na Tabela 3 estão apresentadas as medianas discriminadas por sexo e sua classificação para cada componente da escala PEVI. Destaca-se que a *atividade física* apresentou classificação de perfil negativo tanto para homens como para as mulheres. No componente *nutrição*, apesar de em ambos os sexos estar classificado como positivo, os homens apresentaram um escore inferior que o das mulheres. Os demais componentes avaliados apresentaram o escore máximo e foram classificados com perfil positivo.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes. Jijoca de Jericoacoara, CE, 2019.

Variáveis	Mulher 52 (74%)	Homem 18 (26%)
Idade Média (\pm)	70,61 (\pm 7,11)	72,83 (\pm 7,19)
Faixa Etária (anos)		
60 - 64	11 (21,1%)	2(11,1%)
65 - 69	15 (28,8%)	4(22,2%)
70 - 74	11 (21,1%)	6(33,3%)
75-79	9 (17,3%)	2(11,1%)
80 ou +	6 (11,5%)	4(22,2%)
Estado Civil		
Casado (a)	27 (51,9%)	17(94,5%)
Viúvo (a)	20 (38,4%)	0
Divorciado (a)	2 (3,8%)	0
Separado (a)	3 (5,7%)	1 (5,5%)
Profissão		
Agricultor	33 (63,4%)	17 (94,5%)
Do lar	5 (9,6%)	0
Costureira	5 (9,6%)	0
Outras	9 (17,3%)	1 (5,5%)
Fonte de Rendimentos		
Aposentadoria	47 (90,4%)	17 (94,5%)
Pensão	1 (1,9%)	0
Benefício Assistencial	3 (5,8%)	0
Trabalho	1 (1,9%)	1 (5,5%)
Alfabetismo (Sabe ler/escrever)		
Sim	30 (57,7%)	6 (33,3%)
Não	22 (42,3%)	12 (66,7%)
Escolaridade		
Nenhuma	17 (32,7%)	8 (44,4%)
De 3 a 4 anos de estudos	28 (53,8%)	8 (44,4%)
9 anos de estudos	6 (11,6%)	2 (11,1%)
Ensino Superior	1 (1,9%)	0
Coabitantes >65 anos (vive/reside com pessoas com mais de 65 anos)		
Sim	27 (52%)	14 (78%)
Não	25 (48%)	4 (22%)

Tabela 2. Relação da distribuição das variáveis condições de saúde: estado de saúde; IMC; doenças associadas ao DM; sintomas e manifestações; quedas e 0 desmaios e reação depois da queda. Jijoca de Jericoacoara, CE, 2019.

Variáveis	Homem n(%)	Mulher n(%)
Estado de Saúde satisfatório (bom/muito bom)	13 (72,22%)	27 (51,92%)
Sobrepeso	10 (55,56%)	28 (53,85%)
Acidente vascular cerebral (AVC)	6 (33,33%)	3 (5,77%)
Doença cardiovascular	4 (22,22)	4 (7,69%)
Parkinson	1 (5,56%)	0
Artrite	0	24 (46,15%)
Doença Oncológica	0	1 (1,92%)
Doença Respiratória	1 (5,56%)	5 (9,62%)
Alzheimer	1 (5,56%)	1 (1,92%)
Depressão	1 (5,56%)	9 (17,31%)
Hipertensão Arterial Sistêmica	8 (44,44%)	45 (86,54%)
Perda de urina	6 (33,33%)	20 (38,46%)
Sentimento de tristeza	3 (16,67%)	28 (53,85%)
Alteração de Memória	4 (22,22%)	20 (38,46%)
Dor Musculoesquelética e Osteoarticular	5 (27,78%)	38 (73,08%)
Dificuldade em andar	4 (22,22%)	20 (38,46%)
Desequilíbrios constantes	7 (38,89%)	20 (38,46%)
Diminuição da visão	4 (22,22%)	11 (21,15%)
Diminuição da Audição	10 (55,56%)	38 (73,08%)
Quedas/Desmaios (últimos 6 meses)	4 (22,22%)	13 (25%)
Precisou de ajuda para levantar-se depois da queda	1 (25%)	6 (46,15%)

Tabela 3. Medidas de tendência central dos escores da escala do Perfil do Estilo de Vida e sua classificação para cada componente discriminado por sexo. Jijoca de Jericoacoara, CE, 2019.

Componente da Escala do Perfil do Estilo de Vida	Masculino			Feminino		
	Mediana	Amplitude (Min-Max)	Classificação	Mediana	Amplitude (Min-Max)	Classificação
Nutrição	2	0 - 3	Perfil Positivo	3	0 - 3	Perfil Positivo
Atividade Física	0,5	0 - 3	Perfil Negativo	1	0 - 3	Perfil Negativo
Comportamento preventivo	3	2 - 3	Perfil Positivo	3	0 - 3	Perfil Positivo
Comportamento relacional	3	1 - 3	Perfil Positivo	3	0 - 3	Perfil Positivo
Controle do Estresse	3	1 - 3	Perfil Positivo	3	0 - 3	Perfil Positivo
Escala do Perfil do Estilo de Vida	3	1 - 3	Perfil Positivo	3	1 - 3	Perfil Positivo

DISCUSSÃO

O predomínio de mulheres na população estudada pode ser explicado pelo fenômeno da feminilização do envelhecimento, bem como pode ser também reflexo da tendência da mulher em ter maior percepção das doenças e autocuidado, buscando mais frequentemente a assistência médica de modo a aumentar a probabilidade de diagnóstico de doenças¹³.

Os achados relacionados ao gênero corroboram com os da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013, em que as mulheres (7,0%) apresentaram maior proporção de relato de diagnóstico de diabetes que os homens (5,4%)¹⁴.

Em relação à faixa etária, a média de idade foi próxima a 72 anos, e condiz com a transição epidemiológica que o Brasil vive atualmente, caracterizada pelo envelhecimento populacional e a prevalência de doenças crônicas, como o próprio diabetes, sendo também importante ressaltar que grande parte dos casos de diabetes se manifesta após os 40 anos¹⁵.

Quanto aos grupos de idade, a maioria da amostra tinha idade entre 60 e 74 anos, as mulheres eram mais novas, com idade entre 65 a 69 anos (27,14%). Houve prevalência do sexo feminino também na faixa de 65 a 69 anos (n=15; 28,8%) enquanto a maioria dos homens tinha entre 70 e 74 anos (n=6; 33,3%). Assim como o diagnóstico da doença se torna mais comum entre indivíduos com idade mais avançada¹⁶.

No que concerne à escolaridade, os achados deste estudo demonstram aproximação com os dados da PNS uma vez que a maioria dos participantes informou possuir apenas o ensino básico, referindo-se aos primeiros anos escolares. A PNS de 2013, constatou que a faixa de escolaridade que apresentou maior predominância de diagnóstico de diabetes foi de sem instrução e fundamental incompleto, com 9,6%¹⁴.

A aposentadoria foi a fonte de rendimentos mais citada pelos participantes (91%). Tal benefício é proveniente de uma trajetória de vida e de trabalho no meio rural, sobretudo na agricultura, uma vez que 71% dos idosos informaram que trabalhavam como agricultores.

Em termos econômicos, é fato que a aposentadoria possui uma importância significativa, já que ela garante ao idoso o seu sustento e provimento das necessidades, além de melhorar a renda em seus domicílios, já que antes dependiam basicamente da renda advinda do trabalho agrícola, que nem sempre é estável e garantida^{15,16}. No estudo realizado por Wanderley et al.¹⁷, o salário mínimo, proveniente da aposentadoria, também foi a renda familiar mais referida entre as pessoas idosas com diabetes.

Quanto ao achado referente ao estado de saúde, 57,14% dos participantes consideraram-no como satisfatório (bom/muito bom). Esse dado se assemelha ao encontrado no estudo de Ferraz et al.¹⁸, realizado com idosos com diagnóstico de diabetes e hipertensão de uma cidade do interior da Bahia, em que 50,6% dos participantes também consideraram seu estado de saúde bom.

Acredita-se que o fato do idoso com diabetes declarar estado de saúde bom, tenha relação com o controle das patologias e o acesso a medicamento e acompanhamento na unidade de saúde, o que é um ponto positivo, haja vista, essa realidade demonstrar uma perspectiva de controle e ao fato desses idosos aprenderem a conviver com as doenças e desenvolverem estratégias de enfrentamento¹⁹.

Outra variável avaliada dentro das condições de saúde foi o IMC. O IMC é uma medida de composição corporal, que determina se a massa corporal (peso) está dentro do recomendável para a saúde. É muito útil para o diagnóstico nutricional dos idosos além de ser um método simples e com boa predição para doenças futuras, mortalidade e incapacidade funcional, podendo ser usado como triagem inicial, tanto para diagnóstico como para o monitoramento de doenças⁹.

O presente estudo verificou que a maioria dos idosos (54,29%) apresentava sobrepeso, com destaque para os idosos do sexo masculino (55,56%). É importante destacar que os participantes do sexo masculino deste estudo apresentaram também escores ≤ 2 na avaliação dos componentes nutrição e atividade física, aspectos fundamentais para a redução/controle de peso, reforçando a existência da adoção de comportamentos de risco no dia a dia.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) relata que a diminuição de 5 a 10% do peso corporal poderia reduzir os níveis de glicemia, adiar a progressão da doença, reduzir as necessidades insulínicas e, inclusive nos casos iniciais, permitiria retirar o tratamento farmacológico².

A alta prevalência de sobrepeso em pessoas idosas está associada ao processo de envelhecimento, que é acompanhado por diversas alterações, dentre as quais ocorrem mudanças na composição corporal dos indivíduos como fator natural de senescência e/ou devido à ocorrência de distúrbios metabólicos²⁰.

No que se refere às doenças associadas ao Diabetes houve uma prevalência da Hipertensão, com destaque para um elevado percentual entre as mulheres (86,54%).

Esse achado, alerta também sobre uma preocupação que o Ministério da Saúde tem tido nos últimos anos, pois a associação da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do DM, é ainda mais perigosa para possíveis complicações, isto porque o uso de medicamento é maior e a alimentação requer mais cuidados, o que por vezes não ocorre da maneira adequada. Além disso, a principal causa de morbimortalidade da população brasileira, segundo o Ministério da Saúde são as doenças cardiovasculares, onde dois dos principais fatores de risco é justamente a HAS e o DM²¹.

Outra doença referida pelos participantes foi a Artrite com destaque para a prevalência entre as mulheres, uma vez que nenhum dos idosos do sexo masculino informou possuir tal diagnóstico. Esse achado é condizente com a literatura, que aponta que a doença acomete, principalmente, mulheres acima dos 40 anos. O gênero feminino é mais afetado pela artrite que o gênero masculino em uma proporção de aproximadamente 3:1, sendo que alguns estudos ressaltam pior prognóstico relacionado ao sexo feminino²².

Quanto aos sintomas e manifestações, prevaleceram entre os participantes a diminuição da audição (68,57%), a dor musculoesquelética e osteoarticular (61,43%) e o sentimento de tristeza persistente (44,29%). É importante ressaltar que substanciando o achado relacionado à artrite, as

mulheres também foram maioria (73,08%) no que se refere aos sintomas de dores musculoesquelética e osteoarticular. Esses dados refletem a necessidade de os profissionais de Saúde da Família desenvolverem estratégias de cuidado e terapêuticas alternativas, sobretudo, no campo da promoção da saúde, com vistas a prevenir o agravamento do quadro de saúde dessas pacientes que além dessas comorbidades também apresentaram um estilo vida sedentário, como foi possível perceber no componente atividade física da escala PEVI.

A diminuição da audição foi o sintoma mais prevalente entre os participantes deste estudo. A perda auditiva relacionada à idade é uma das mais frequentes e incapacitantes alterações fisiológicas do processo de envelhecimento humano. Tal perda pode desencadear problemas relacionados à participação social e familiar do idoso que, muitas vezes, mostra menor interesse em realizar atividades cotidianas, além de perceber-se impotente diante da vida e em relação ao outro²³.

Tal sensação de impotência pode levar a um distanciamento e baixa procura pelos serviços de saúde. O desafio para os profissionais das ESF é assegurar o acesso dessa população com deficiência auditiva que deve ser fortalecido e qualificado para que seja garantida a continuidade da assistência e integralidade do cuidado.

O sentimento de tristeza persistente também foi um relato frequente entre as mulheres (53,85%). Confirmando esse dado a literatura traz que o sentimento de tristeza associado à solidão frequentemente está relacionado ao luto, decorrente do falecimento de um dos cônjuges, e acomete principalmente mulheres, que ficam viúvas em maior proporção. Esses sentimentos negativos podem agravar e determinar sintomas depressivos, associando-se à debilidade física, fragilidade emocional e dificuldades nas relações familiares e sociais²⁴.

Sobre as quedas, apesar de neste estudo não ter apresentado alta prevalência entre os participantes, é importante destacar que a identificação precoce e correta dos principais fatores de risco para quedas converge com a possibilidade de prevenção desse agravo e, conseqüentemente, à melhora na qualidade de vida dos idosos¹⁷.

Quanto ao estilo de vida, a Escala utilizada permitiu conhecer individualmente o estilo de vida de cada um, de forma que mais tarde, possa criar estratégias interventivas e sessões diretas para reduzir os estilos de vida menos saudáveis.

No que concerne aos componentes *nutrição* e *atividade física* foram os que apresentaram os menores escores sendo classificados como negativos, com destaque para o gênero masculino que obteve escore menor que o feminino. Relacionado à atividade física, Da Silva et. al.²⁵ demonstram estatisticamente que a prática de atividade física regular diminui conforme ocorre o aumento da idade, ficando entre 20,7% a 27,5% em estudos realizados no Brasil

Sobre a nutrição, os participantes de ambos os sexos apresentaram classificação de perfil positivo, embora os homens tenham apresentado um escore menor que o das mulheres. Na população idosa tem que se considerar também, variáveis em níveis pessoal, familiar e comunitário. As causas e influências que levam a escolhas alimentares não saudáveis são complexas e multidimensionais, requerendo para tal enfrentamento maiores investimentos em pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa da vida saudável^{26, 27}.

Os cinco componentes analisados pelo Escala do Perfil de Estilo de Vida de Nahas (nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do estresse) são essenciais para as pessoas em todas as faixas etárias, pois são complementares, revelam interdependência e especificidade, possibilitando ressaltar o estilo de vida da pessoa, sua maneira de pensar e de agir, que têm grande influência na saúde geral e na qualidade de vida.

Embora estudos dessa natureza não possam ser generalizados, é incontestável a relevância para planejamento e tomada de decisão por profissionais

de saúde e gestores locais, pois possibilitam implementar ações de prevenção de doenças e agravos fundamentadas em contexto real.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo permitiu evidenciar a caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos atendidos por profissionais da Atenção Primária à Saúde, fornecendo um diagnóstico situacional e indicadores de saúde, podendo ser replicado em novos cenários. Quanto aos dados sociodemográficos houve a predominância de mulheres, o estado civil que prevaleceu foi casado e a principal fonte de renda citada foi a aposentadoria. No tocante às condições clínicas, mais da metade dos participantes de ambos os sexos apresentaram sobrepeso, as comorbidades mais citadas foram a Hipertensão e a Artrite e os sintomas mais referidos foram a tristeza e a diminuição da audição.

Ao construir o diagnóstico situacional dos idosos com Diabetes é perceptível que essa é uma das principais doenças que afetam sobremaneira diversos aspectos da vida dos referidos pacientes e deixa nítida a complexidade que é para eles reorientar seus estilos de vida quando se tem esse diagnóstico médico.

Por esse motivo, torna-se necessário que a ESF volte seus trabalhos para auxiliar o indivíduo com diabetes a fazer mudanças em seus hábitos de vida, através da sensibilização da população sobre a promoção da saúde (hábitos alimentares adequados, vida ativa favorecendo a redução de comportamentos de risco no dia a dia). Ademais, o diagnóstico situacional possibilita a prestação de uma assistência específica e qualificada e é de grande importância para a fundamentação do cuidar a partir da colaboração interprofissional.

Edição: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Informe mundial sobre la diabetes: Resumen de Orientación. Ginebra: WHO; 2016.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. Posicionamento Oficial SBD nº 01/2019. Conduta Terapêutica no Diabetes Tipo 2: Algoritmo SBD [Internet]. São Paulo: SBD; 2019 [acesso em 28 ago. 2019]. Disponível em: https://www.diabetes.org.br/publico/images/pdf/sbd_dm2_2019_2.pdf
- Schenker M, Costa DH. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2019 [acesso em 28 ago. 2019];24(4):1369-80. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401369&tlng=pt
- Duarte ENC, Marques APO, Leal MCC. Qualidade de vida em idosos diabéticos assistidos na estratégia de saúde da família. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2018 [acesso em 02 set. 2019];42(1):109-25. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2501/2442>
- Lanzoni GMM, Meirelles BHS, Cummings G. Práticas de liderança do enfermeiro na atenção básica à saúde: uma teoria fundamentada nos dados. *Texto & Contexto Enferm*. 2016 [acesso em 25 ago. 2019];25(4):1-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000400305&script=sci_arttext&tlng=pt
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil [Internet]. S.I: PNUD; 2013. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/>
- Ceará. Secretaria de Saúde, Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde, Núcleo de Informação e Análise em Saúde. Caderno de Informação em Saúde: Região de Saúde Acaraú. Fortaleza: SESA; 2014.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Jijoca de Jericoacoara [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [1995] [acesso em 14 jun. 2018]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230725&search=ceara|jijoca-de-gericoacoara>
- Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 20 maio 2019]. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos
- Nahas MV, Barros MG, Francalacci V. O pentágono do bem estar: base conceitual para a avaliação do estilo de vida em indivíduos ou grupos. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2000;2(5):48-59.
- Both J, Borgatto AF, do Nascimento JV, Sonoo CN, Lemos CAF, Nahas MV. Validação da escala “perfil do estilo de vida individual”. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2008;13(1):5-14.
- Pimenta SE, Martins MM, Monteiro C, Reis SM, Martinho J. Elderly people with limited mobility: their families and the implications of their dependency. *Rev ROL Enferm*. 2018 [acesso em 20 jun. 2018];41(11-12):217-21. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/31742>
- Vitói NC, Fogal AS, Nascimento CM, Franceschini SCC, Ribeiro AQ. Prevalência e fatores associados ao diabetes em idosos no município de Viçosa, Minas Gerais. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2015 [acesso em 12 set. 2019];18(4):953-65. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2015.v18n4/953-965/>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [acesso em 02 out. 2019]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>
- Roos AC, Baptista DR, de Miranda RC. Adesão ao tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. DEMETRA [Internet]. 2015 [acesso em 05 ago. 2019];10(2):329-46. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/13990>
- Flor LS, Campos MR. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 [acesso em 28 Set. 2019];20(01):16-29. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000100016&lng=pt&tlng=pt
- Wanderley RMM, da Cunha DGP, Felisberto MAS, de Oliveira BRS, Bittencourt GKGD, Amaral AKFJ, et al. Avaliação da condição de saúde da pessoa idosa na atenção básica. *Rev Enferm UFPE*. 2019;3(2):472-82.
- Ferraz MOS, Dos Reis LA, Lima PV. Condições de saúde de idosos portadores de Diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. *Rev Multidiscipl Psicol* [Internet]. 2017 [acesso em 01 set. 2019];10(33):56-71. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/599/856>

19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília, DF: MS; 2013.
20. Burgos MGPA, dos Santos EM, Morais AACL, Santos OS, Melo NCO, Costa MBM. Consumo de macro e micronutrientes de idosos com diabetes mellitus tipo 2 atendidos no núcleo de apoio ao idoso. *Med (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2019 [acesso em 30 ago. 2019];52(2):121-7. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/159721>
21. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
22. Pereira MS, Luz DCM, Ramos JMN, Khouri PBS, Viana Neto RE, Souza CMF, et al. Avaliação do perfil sociodemográfico, clínico, laboratorial e terapêutico dos pacientes com artrite reumatoide em um ambulatório-escola de Teresina, Piauí. *Arch Health Invest.* 2017;6(3):125-8.
23. Camargo C, Lacerda ABM, Sampaio J, Lüders D, Massi G, Marques JM. Percepção de idosos sobre a restrição da participação relacionada à perda auditiva. *Distúrb Comun* [Internet]. 2018 [acesso em 02 out. 2019];30(4):736-47. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/dic/article/viewFile/35364/27293>
24. Meneses DLP, da Silva Júnior FJG, Melo HDSF, Carvalho J, de Sousa Luz VLE, Figueiredo MDLF. A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. *Enferm Foco* [Internet] 2013 [acesso em 02 out. 2019];4(1):15-8. Disponível em <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/495>
25. Da Silva E, de Souza AC, Kumpel C, Souza JS, Porto EF. Estilo de vida de indivíduos usuário do sistema único de saúde. *Life Style* [Internet]. 2018 [acesso em 03 out. 2019];5(2):61-5. Disponível em: <https://revistas.unasp.edu.br/LifestyleJournal/article/view/1073>
26. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório do 3º Fórum de monitoramento do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Brasília, DF:MS; 2018.
27. Organização das Nações Unidas. FAO alerta para obesidade na América Latina e Caribe [Internet]. [S.l]: ONU; 2018 [acesso em 07 mar 2018]. Disponível em: <http://bit.ly/35I8WAQ>