

Resumo

Esta pesquisa exploratória investigou o perfil de idosos atendidos por uma equipe do Programa Saúde da Família em Goiânia, em 2003. Participaram 75 idosos que foram examinados e entrevistados. Foi identificada a prevalência do sexo feminino (68%), faixa etária de 60 a 64 anos, casados ou viúvos, analfabetos/ semi-analfabetos, que residem com mais alguém (92%), referem hipertensão arterial (64%), dor (68%), não apresentam distúrbio cognitivo (80%). Considerando que alguns destes resultados divergem da literatura, é necessário que as equipes do PSF realizem estudo da população de suas respectivas áreas de abrangência, para atuar de forma mais assertiva.

Descritores: assistência a idosos; enfermagem geriátrica; saúde da família

Abstract

This exploratory research investigated the profile of elderly people assisted by a team of the Family Health Program (FHP) in Goiânia, in 2003. 75 elderly people participated, who were examined and interviewed. Female prevalence was identified (68%) as well as of people aged 60-64, married or widows/widowers, illiterate or semi-literate individuals, those who live with someone else (92%), indicated arterial hypertension (64%), pain (68%), and had no cognitive alteration (80%). Considering that some of these results are different from the literature, it is necessary that the teams of FHP carry out a study of the population of their respective areas of comprehension, in order to act in a more assertive way.

Descriptors: assistance to the elderly; geriatric nursing; family health

Title: Health Family Program: profile of elderly people assisted by a team

Resumen

Este estudio exploratorio investigó el perfil de los ancianos asistidos por un equipo del Programa Salud de la Familia (PSF) en Goiânia, en 2003. Participaron 75 ancianos a quienes se examinó y entrevistó. Se identificó el predominio del sexo femenino (68%), edades de 60 a 64 años, casado o viudos, analfabeto / semianalfabetos, que viven con otra persona (92%), refieren hipertensión arterial (64%), dolor (68%), no presentan distúrbio cognoscitivo (80%). Considerando que algunos de estos resultados divergen de la literatura, es necesario que los equipos del PSF logren el estudio de la población de sus respectivas áreas de inclusión, para actuar de una manera más asertiva.

Descriptores: asistencia a los ancianos; enfermería geriátrica; salud de la familia

Título: Programa Salud de la familia: perfil de anciano asistidos por un equipo

1 Introdução

Cerca de 14 milhões de brasileiros (8,6%) têm idade igual ou superior a 60 anos⁽¹⁾, sendo considerados idosos. Este grupo populacional teve um crescimento de aproximadamente 86,7% no período de 1980 a 2000⁽²⁾. Com isto, a população idosa é cada vez maior e já supera o crescimento da população total⁽³⁾.

A população de idosos em Goiás equivale a 6,25% da população total, e em Goiânia este grupo representa 6,16%. Em Goiânia estão 21,09% do total dos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos do estado de Goiás⁽⁴⁾.

Entre os estudiosos do envelhecimento existe a preocupação em se conhecer e refletir sobre as modificações funcionais, estruturais e fisiológicas desenvolvidas a partir do processo de envelhecimento, conhecido como senescência, e as modificações orgânicas que levam ao surgimento de algumas patologias que freqüentemente acometem o cliente idoso, definida como senilidade⁽⁵⁻⁹⁾.

Todos os órgãos e sistemas do corpo humano modificam-se no envelhecimento, que é um processo iniciado aos 21 anos de idade. A partir dos 60 anos estas transformações estão bem marcantes, podendo haver fisiologicamente funções comprometidas ou alteradas^(6,8,10).

Além disso, o próprio processo natural de envelhecimento diminui a capacidade funcional de cada sistema de nosso organismo. É percebido que a medida em que se envelhece aumenta a prevalência de doenças crônicas, que levam a maior parte da ocorrência de incapacidade nos idosos^(2,11). Além disso nesta faixa etária podem advir alguns distúrbios cognitivos^(12,13). Em geral instala-se nas doenças crônicas um grau progressivo de lesão dos tecidos afetados, lesão essa que é devida às exacerbações sucessivas da doença⁽¹¹⁾.

É comum que o ser humano tenha pelo menos uma patologia crônico-degenerativa após os 60 anos de idade. Por vezes estas patologias podem provocar algum tipo de

incapacidade e/ ou dependência⁽¹³⁾, faz se necessário então que o indivíduo idoso seja avaliado a fim de prevenir agravos e minimizar danos.

Considerando o aumento do número de idosos no Brasil e a ocorrência de vários problemas relacionados à saúde desta população, são necessárias providências que viabilizem maior acesso a serviços de saúde e a cuidados de enfermagem nas áreas hospitalar, ambulatorial, comunitária e domiciliar⁽¹²⁾.

A assistência ao idoso deve prezar pela manutenção da qualidade de vida, considerando os processos de perdas próprias do envelhecimento e as possibilidades de prevenção, manutenção e reabilitação de seu estado de saúde.

Muitos distúrbios crônicos comuns nos idosos podem ser controlados, limitados e até mesmo prevenidos, podendo as pessoas idosas ter uma maior probabilidade de manter uma boa saúde e independência funcional⁽⁶⁾.

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia do Ministério da Saúde que tem como eixo de ação a reorganização da atenção básica no Brasil devendo contribuir para a implementação de um novo modelo assistencial no país voltado para a prática assistencial em novas bases e critérios, priorizando as ações de prevenção de doenças e promoção a saúde junto à comunidade, estabelecendo uma relação permanente entre os profissionais de saúde e a população assistida, marcada por um atendimento humanizado e resolutivo dos problemas de saúde mais freqüentes⁽¹⁴⁾. Pretende-se que o PSF seja a porta de entrada do cliente no Sistema Único de Saúde (SUS).

O modelo de atenção oferecido através do PSF pretende melhorar as condições de vida e, portanto, da saúde da população, mediante atividades e ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. É desenvolvido de acordo com as características e problemas de cada localidade, para atender à saúde do indivíduo e da família dentro do contexto da comunidade, durante todo o processo de saúde-doença.

* Enfermeira. Aluna do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde, Convenio UNB/UFMG/UFMS. **Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG).

E-mail do autor: mbachion@fen.ufg.br

O PSF propõe um conjunto de inovações dentre elas o trabalho em equipe, requerendo dos profissionais novos papéis e atribuições. Cada equipe do PSF é composta por uma enfermeira, um médico generalista, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Com a finalidade de gerar informações que possam subsidiar o planejamento da Equipe 02 do PSF do Jardim Mariliza, de Goiânia, desenvolvemos o presente estudo, que poderá também contribuir para o direcionamento do ensino de enfermagem gerontológica e geriátrica, bem como gerar pesquisas futuras.

Nosso objetivo geral neste estudo é traçar um perfil da população idosa atendida por uma equipe do programa saúde da família na cidade de Goiânia.

Como objetivos específicos pretendemos caracterizar esta comunidade quanto à: faixa etária; escolaridade; estado civil; Índice de Massa Corporal; verificar quem vive com estes idosos atualmente; levantar a ocorrência de prática de atividades físicas regulares entre este grupo; levantar a existência de dano cognitivo nestes idosos; levantar a prevalência de Depressão entre os mesmos; levantar a prevalência de patologias referidas; levantar a prevalência de dor e sua interferência na vida do indivíduo.

2 Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter exploratório, sendo a amostra composta de pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, moradores do Jardim Mariliza em Goiânia (Região/Distrito Sudeste), atendidos pela equipe 02 do Programa Saúde da Família, que se dispuseram a participar.

Inicialmente o Plano de trabalho foi encaminhado à Coordenação Colegiada do Programa Saúde da Família da Secretaria de Saúde de Goiânia, para solicitação de consentimento da realização da pesquisa, bem como ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás para análise, após consentimento deu-se início a abordagem dos idosos, quanto ao aceite em participar do estudo, mediante consentimento livre e esclarecido por escrito, sendo garantido sigilo e anonimato aos participantes.

Utilizamos como instrumento de coleta de dados neste estudo o roteiro utilizado em pesquisa anterior⁽¹⁵⁾, para avaliação de mobilidade física, sendo o mesmo ampliado para atender aos objetivos do presente estudo.

A coleta de dados ocorreu em ambiente privativo, no domicílio do idoso ou no consultório de enfermagem do PSF do setor, transcorrendo de março a maio de 2003. A análise foi realizada mediante procedimentos de estatística descritiva, como frequência simples, média e moda.

3 Resultados

Atualmente estão cadastrados pela equipe 02 do Programa Saúde da Família do Jardim Mariliza 103 idosos, sendo 37 homens e 66 mulheres. Destes, 75 aceitaram participar deste estudo, sendo que 51 (68%) eram indivíduos do sexo feminino e 24 (32%) eram indivíduos do sexo masculino.

Quanto à idade, os idosos apresentaram de 60 a 89 anos, sendo a média de 71 anos e a moda de 61 anos e a mediana de 70 anos. A amostra apresentou a seguinte distribuição: 28% idosos com idade entre 60 e 64 anos, 28% entre 65 e 69 anos, 21,3% de 70 a 74 anos; 32,7% dos idosos tinham 75 anos ou mais. No estado de Goiás temos: 37,73% de idosos com idade entre 60 e 64 anos, 25% com 65 a 69 anos, 18,05% com 70 a 74 anos e 22,22% com 75 anos ou mais (IBGE, 2004). Assim, podemos dizer que na região estudada prevalecem idosos com idade mais avançada, em comparação com as demais áreas do estado. Tal fato pode ser explicado pela maior disponibilidade de equipamentos de saúde na capital do estado, bem como recursos humanos melhor preparados, maior número de aparelhos para realização de exames, além melhores condições de saneamento básico, maior número de postos de trabalho, melhor rede de transporte

e melhores condições de moradia.

Quanto ao estado civil, a distribuição foi a seguinte: 34 (45,3%) são casados, 33 (44%) são viúvos, 07 (9,3%) são desquitados/divorciados e apenas um (1,3%) se declara solteiro. Estes valores vão de encontro àqueles encontrados por Berquó⁽³⁾ onde 55,1% dos idosos eram casados, 33,8% viúvos, 5,4% desquitados/descasados e 5,9% solteiros. Em nosso estudo, percebemos um maior número de idosos casados ou viúvos. Tal fenômeno pode ser entendido com base no fato de estar ocorrendo aumento progressivo na expectativa de vida da população. Outro aspecto a ser destacado é que esta população em geral está envolvida por valores morais onde se prega que o casamento é só um e para a vida inteira.

No que diz respeito à prática regular de atividade física, 50 (66,6%) idosos revelam não fazer nenhuma atividade física e 25 (33,3%) praticam exercícios regularmente sendo que 17 (22,6%) fazem caminhadas e 08 (10,6%) praticam outras atividades como hidroginástica e andar de bicicleta. Em Goiânia existem políticas públicas para a prática de atividades como a caminhada. A cidade é dotada de áreas especialmente planejadas para este fim. Na região estudada existe um parque e uma pista de cooper, dotada de campo de futebol. Além disso, estão cada vez mais em evidência na mídia informações acerca dos benefícios de atividade física na terceira idade. Lembramos também que muitos realizam atividades físicas pelo simples prazer, não necessariamente para promover seu bem estar físico.

Contudo, ainda é grande o número de idosos que ainda não encontraram motivação suficiente para engajar-se em tais atividades.

A atividade física tem benefícios sobre o organismo, sendo essencial para a circulação sanguínea, linfática e trocas celulares além de elevar a necessidade de oxigênio e nutrientes promovendo a abertura de numerosos vasos capilares⁽⁸⁾.

Quanto à escolaridade 24 (32%) idosos não eram alfabetizados, 09 (12%) eram precária mente alfabetizados (lêem números e assinam o próprio nome), 26 (34,6%) tinham até quatro anos de instrução e 16 (21,3%) apresentaram mais de quatro anos de estudo. O analfabetismo de uma parcela significativa de idosos no Brasil é um fenômeno generalizado e identificado por outros estudiosos⁽³⁾.

É importante destacar que a situação da escolaridade das pessoas idosas se remete a um período (década de 20 a 40) onde as oportunidades de acesso a educação se dava de forma assimétrica por classe social e gênero, tendo como conseqüência a dificuldade em buscar condições de existência e de sobrevivência⁽³⁾.

Encontrar 44% de idosos sem condições de ler remete a um direcionamento bastante diferenciado de ações em saúde. Lidar com a medicação, transporte, informações escritas é um desafio para este grupo.

Em relação ao convívio no lar 32 (42,7%) idosos moram com filhos e ou netos, 25 (33,3%) vivem com companheiro, filhos e/ou netos, 12 (16%) idosos moram somente com o companheiro, 04 (5,3%) idosos vivem sozinhos e 02 (2,7%) idosos vivem com outros (amigo, primo). Desta forma, percebe-se um recurso adicional com relação à rede de suporte social, que se forma em função da precariedade de recursos financeiros, na maioria das vezes, dos idosos, ou, em alguns casos, por falta de independência financeira dos filhos. Podemos dizer que se estabelece uma relação de interdependência.

De maneira a observar a condição nutricional desta comunidade utilizamos como parâmetro o Índice de Massa Corporal (IMC) que é calculado através da divisão do peso (Kg) pela altura ao quadrado (m²). O índice aceitável em idosos é diferente dos valores indicados para os adultos. Na faixa de 60 a 64 anos o intervalo de índice considerado normopeso é de 23 a 28Kg/m², na faixa etária acima de 64 anos o IMC adequado deve estar entre 24 e 29Kg/m²⁽¹⁶⁾.

Pudemos observar que 43,3 % dos idosos apresentam

em níveis satisfatórios. Dos 20 idosos que tem entre 60 a 64 anos encontramos 11 (55%) apresentam o IMC na faixa aceitável. Entre os maiores de 64 anos (55), 52,7% apresentaram IMC dentro dos níveis adequados.

Uma parte dos idosos (34 %) apresentou peso menor que o adequado. Entre 60 a 64 anos identificamos 04 idosos com IMC menor que os valores aceitáveis. Entre aqueles com 65 ou mais este baixo valor de IMC foi identificado em 14 idosos.

Os idosos passam por uma série de problemas e necessidades nutricionais relacionados com as alterações físicas, socioeconômicas associadas ao processo de envelhecimento. De fato, um número substancial de idosos apresenta risco alto para um estado nutricional insatisfatório, inclusive com deficiência, desidratação, subnutrição. Alguns dos fatores de risco para um estado nutricional insatisfatório, comuns nessa faixa etária, são a presença de doenças e distúrbios agudos ou crônicos, ingestão inadequada ou inapropriada de alimentos, recursos financeiros insuficientes, dependência ou incapacidade física funcional e uso de medicamentos⁽¹⁷⁾.

A obesidade representa um problema importante para os idosos tendo sido encontra em nosso estudo em 17 (22,7%) deles, onde 12 tinham idade superior a 64 anos. Resulta muitas vezes de um desequilíbrio alimentar antigo e não modificado⁽⁶⁾. Ao envelhcermos a atividade diminui, necessitarmos de menos alimento para manutenção de um peso ideal e a maior parte dos idosos não modifica os seus hábitos alimentares e aumentam o peso.

O peso acima do desejável constitui um fator de risco e

uma forma de má nutrição, pois o excesso do aporte calórico não significa necessariamente um aporte adequado de nutrientes, podendo ocasionalmente agravar certas patologias como Hipertensão e Diabetes, limitando a mobilidade e comprometendo o esforço de readaptação na presença de fraturas ou acidentes vasculares cerebrais⁽⁶⁾.

No que se refere a patologias relatadas, em maior parte os idosos referiram patologias crônicas como hipertensão arterial, diabetes e osteoporose (Tabela 1).

Pelo menos metade dos idosos apresenta alguma patologia de caráter crônico⁽²⁾. Estudo norte americano relatam que quatro entre cinco idosos sofrem pelo menos uma doença crônica⁽⁶⁾.

Em nosso estudo este percentual foi significativamente maior, pois, 96% dos idosos referiram pelo menos uma patologia crônico-degenerativa. A média de patologias por cliente foi de 2,61, variando de uma a sete, sendo a moda igual a 1 (20 indivíduos). A progressão deste processo ameaça a independência e a qualidade de vida do indivíduo⁽⁶⁾.

Num estudo realizado em São Paulo foi encontrado que apenas 14% dos idosos disseram se livres de doenças crônicas⁽²⁾, em nosso estudo apenas 03 idosos (4%) se revelaram livres de patologias com caráter crônico. Na pesquisa anteriormente referida, realizada na cidade de São Paulo, foi identificado que 15 % dos idosos mencionam cinco ou mais patologias desta natureza. Nossos achados corroboram este índice. Encontramos 10 idosos (13,3%) com tal inferência.

Como podemos perceber a maioria das patologias citadas tem caráter crônico e são comumente encontradas em idosos^(2,6).

Tabela 1 - Patologias relatadas por homens e mulheres idosos, residentes na área atendida por uma equipe do PSF de Goiânia, GO, 2003.

Patologia relatada	Homens		Mulheres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Hipertensão Arterial Sistêmica	17	70,8	31	60,8	48	64
Reumatismo	05	20,8	14	27,4	19	25,3
Labirintite	04	16,7	15	29,4	19	25,3
Osteoporose	02	8,3	15	29,4	17	22,7
Diabetes	03	12,5	14	27,5	17	22,7
Depressão	02	8,3	07	13,7	09	12
Hipercolesterolemia	02	8,3	03	5,9	05	6,7
Chagas	01	4,2	04	7,8	05	6,7
Hérnias	03	12,5	01	1,9	04	5,3
Distúrbio visual grave	02	8,3	02	3,9	04	5,3
Bursite	00	00	04	7,8	04	5,3
Disfunção de tireoide	01	4,2	02	3,9	03	04
Gastrite	00	00	03	5,9	03	04
Varizes	00	00	02	3,9	02	2,7
Sinusite	01	4,2	01	1,9	02	2,7
Enfisema	01	4,2	01	1,9	02	2,7
Angina	00	00	02	3,9	02	2,7
Outros	09	37,5	09	17,6	18	24

Em estudo seccional realizado em algumas cidades brasileiras, são descritas prevalências ara hipertensão arterial, doenças do coração, reumatismo, doença mental, diabetes, doença cérebro vasculares, e doenças respiratórias encontrando-se taxas sempre elevadas⁽²⁾, o que pudemos confirmar também em nosso estudo.

A HAS foi referida por 48 idosos (64%) que participaram de nosso estudo. Trata-se de idosos com diagnóstico médico previamente estabelecido. Constitui em fator de risco importante em qualquer idade, embora seja um problema característico da população idosa. A H.A.S. está enquadrada dentro das alterações cardiovasculares, podendo ocasionar perda da capacidade aeróbia máxima, diminuição da oxigenação e da resistência e principalmente da capacidade funcional⁽⁶⁾. Outros estudos encontraram uma prevalência menor de hipertensão, em que aproximadamente 40% dos indivíduos maiores de 65 anos reportaram esta doença⁽¹⁰⁾.

Identificamos 6 idosos sem o diagnóstico médico de HAS apresentando valores pressóricos elevados, em duas aferições, sendo os mesmos encaminhados para a consulta médica.

O diabetes foi referido por 17 (22,7%) indivíduos da amostra, sendo esta afirmação baseada em diagnóstico médico previamente estabelecido. Este percentual também mostrou-se superior àquele encontrado na literatura⁽²⁾ em que entre as pessoas com mais de 65 anos de idade, 8,6% referiram diabetes tipo II. É fato que com o avançar da idade o idoso apresenta uma intolerância a glicose, a causa ainda não foi bem evidenciada, porém há hipóteses que esteja relacionada com a dieta pobre, inatividade física, diminuição da massa corpórea magra, na qual os carboidratos ingeridos podem ser estocados, secreção alterada de insulina e resistência a insulina.

Com relação à hipertensão arterial e o diabetes, a diferença de nossos achados em relação a outros estudos

pode dever-se ao fato de que são alterações que desencadearam ações específicas de detecção e controle no sistema de saúde brasileiro, em especial, no PSF. Assim, atualmente, nas regiões onde o programa atua, pode estar sendo identificados os casos de modo mais preciso.

Os problemas relacionados aos diversos tipos de reumatismos (artrite, artrose, poliartrite reumática) afetam cerca de 50% da população idosa, sendo uma importante causa de sofrimento, restrição de atividades e utilização dos serviços de saúde⁽⁶⁾. Na comunidade por nós estudada tal característica foi encontrada em 19 (25,3%) indivíduos. Esta discrepância entre os achados pode ser explicada por diferenças regionais ou pelo fato destes problemas estarem sendo sub diagnosticados ou não valorizados pelo sistema de saúde.

A osteoporose foi referida por 17 (22,7%) idosos. Trata-se de uma alteração que comporta um desequilíbrio entre a formação e a reabsorção óssea que se caracteriza por uma perda generalizada da densidade óssea. Os ossos a partir daí, tornam-se progressivamente mais porosos e frágeis e, em certos casos, surge apagamento dos corpos vertebrais e deformação do esqueleto, tal sintomatologia é percebida principalmente em mulheres pós-menopausa⁽⁸⁾.

A Depressão relatada pelos clientes apareceu em 09 idosos (12%). Ao aplicarmos a Escala de Depressão geriátrica⁽¹⁰⁾, pudemos assinalar que 70,6% não apresentavam tal ocorrência, 24% dos idosos apresentaram escores compatíveis com depressão moderada e 5,3% depressão grave. A depressão em idosos pode estar sendo subestimada pelos profissionais da área de saúde que atenderam estes idosos anteriormente. Por outro lado, convém lembrar que o instrumento de avaliação utilizado por nós representa uma estimativa pontual. O estado depressivo pode variar no decorrer do tempo.

Nos idosos é particularmente difícil o reconhecimento de uma depressão, pois os sintomas podem ser atribuídos ao processo natural de envelhecimento, visto que simultaneamente ocorre a deterioração mental, sendo importante saber elaborar um diagnóstico diferencial entre depressão e demência⁽¹⁰⁾. Alguns trabalhos relatam que a depressão nos idosos integrados a comunidade tem uma incidência (números de casos novos ao ano) aproximada de 2% e de prevalência (número de casos novos no ano mais os já existentes) de 10% e dessa porcentagem cerca de 2% são depressões graves^(8,10).

Outras patologias foram referidas apenas uma vez pelos idosos como prostatite, insuficiência renal, cálculo renal, gota, "esporão de galo", doença de Parkinson, nevralgia, epilepsia, anemia pelos homens e bronquite, Câncer uterino, hemorroidas, escoliose, lombalgia, surdez, arritmia cardíaca, sopro cardíaco, erisipela pelas mulheres.

Quanto à sensação dolorosa 32% dos idosos referiam não sentir dor usualmente, e 68% referem dor como parte integrante do seu dia a dia.

No que diz respeito à localização desta dor, a região dorsal foi a mais freqüente (25,3%) vindo a seguir dor em perna direita e perna esquerda (ambas com 24%). Vários idosos informam dor em mais de uma parte do corpo.

No que se refere ao tempo de início da dor, 16% informa dor há mais de 10 anos, 10,6% dos idosos referem o tempo de início da dor como sendo entre um e dois anos, 18,6% não souberam determinar há quanto tempo sentiam dor.

Pesquisamos também a forma pela a qual o idoso define sua dor. Foram relatados 20 tipos diferentes de dor e aqueles que apareceram apenas uma vez foram agrupados na categoria "outro tipo", que somaram dezesseis ocorrências. Dez idosos descrevem sua dor como contínua e seis como ferroadá.

Quanto à intensidade desta dor, mediante escala de copos⁽¹⁸⁾ 33% a identificam como moderada; 17% como grave; 13% como leve e 9% informa dor intensa. Ao serem questionados

sobre o que esta dor o impedia de fazer, 25,3% afirmaram que mesmo sentindo dor, esta não os impedia de realizar nenhuma de suas atividades habituais; 10,6% revelaram que a dor os limitava na arrumação da casa, outros 10,6% afirmam que a dor prejudica o andar/ caminhar; 6,6% descrevem a dor como empecilho para lavar e passar roupas, 2,7% referiram dificuldades para dormir, bem como fazer força. Para 02 clientes (2,7%) a dor experimentada é tão intensa que os impede de realizar qualquer tarefa. Alguns idosos (14,6%) têm outras atividades impedidas devido a dor como por exemplo realizar o auto cuidado, trabalhar, dirigir, etc. A dor, por vezes limita a mobilidade, principalmente em pessoas com problemas articulares⁽⁸⁾.

Outro aspecto levantado neste estudo foi a presença de distúrbio cognitivo. Sabe-se que a diminuição de algumas funções cognitivas é esperada durante o processo de envelhecimento. Mesmos os idosos mais funcionais as manifestações como de perda de memória representam importante ameaça ao bem estar e a auto-estima dos indivíduos. À medida que envelhecemos as aptidões cerebrais diminuem enquanto que o desempenho cognitivo pode-se manter intacto. O declínio das funções cognitivas aparece por volta dos 50 ou 60 anos, geralmente com manifestações mínimas. As disfunções cognitivas não são doenças, mas estados fisiológicos do envelhecimento⁽⁹⁾.

Em nosso estudo 80% dos idosos não apresentaram prejuízo da função cognitiva⁽¹⁰⁾. No entanto, 16% apresentaram escore compatível com de funcionamento cognitivo deficitário, suspeito de deterioração; 03 indivíduos (4%) apresentaram pontuação indicativa de dano cognitivo grave (demência). Por se tratar de um teste muito simples, os casos indicativos de dano intelectual devem ser submetidos a uma avaliação mais aprofundada. Mediante estes achados, nos casos indicados, foi realizado seu encaminhamento para avaliação especializada.

A avaliação do funcionamento cognitivo do idoso é sempre complexa e raramente precisa, devendo levar em conta certos fatores específicos como plano físico, aspecto emocional e social, além é claro do nível de escolaridade do cliente, pois pode-se correr o risco dos resultados serem falseados⁽⁹⁾.

As doenças crônico-degenerativas e os distúrbios cognitivos representam um fator limitante para a manutenção da mobilidade física, e estas aumentam consideravelmente na idade avançada em número e gravidade^(2,6,8). Contudo, é importante evidenciar que o declínio das funções orgânicas pode variar consideravelmente entre os idosos, podendo ser muito acentuado para uns e insignificante para outros, mesmo na oitava década da vida.

Dada a complexidade da natureza humana e de seus processos, fisiológicos ou não, acreditamos que a atuação em saúde deva ser realizada num trabalho interdisciplinar, envolvendo, além do enfermeiro, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, médicos de várias especialidades, educadores físicos entre outros.

Faz-se necessário que o Programa Saúde da Família responsável pela área onde foi realizada a pesquisa elabore um plano de ação que possa intervir no perfil identificado, a fim de contribuir pra a melhora na qualidade de vida destes idosos.

4 Conclusões

Mediante a presente pesquisa identificamos o perfil de uma amostra de 75 idosos (72,81%) cadastrados pela Equipe 02 do Programa Saúde da Família do Jardim Mariliza, da cidade de Goiânia, quanto ao sexo (68% mulheres), faixa etária (28% entre 60 a 64 anos), escolaridade (44% analfabetos ou semi-analfabetos; 37,7% com pelo até 4 anos de instrução); estado civil (24,75% viúvos e 25,5% casados), pessoa com a qual este idoso vive (92% moram com o companheiro e/ ou filho e/ ou netos) e Índice de Massa Corporal (34 % com peso menor do que o desejado para a idade e 22,7 com peso excessivo).

Outras informações que auxiliam a planejar ações de

saúde a esta população também foram identificadas. A maioria (66,7%) dos sujeitos não realizava de forma regular atividades físicas. Referem ser portadores de patologias como hipertensão arterial sistêmica (64%), reumatismos (25,3%) labirintite (25,3%), a osteoporose (22,7%), a diabetes (22,7) entre outras.

Com relação à área cognitiva, mediante realização de teste, 80% não apresentaram qualquer demonstração que levasse a suspeita de prejuízo nessa área.

Mediante aplicação de escala de avaliação, foram identificados 29,34% de idosos com pontuação indicativa Depressão, apesar de ser relatada por apenas 12% dos participantes.

Com relação a sensação dolorosa, 68% informara sentir dor de forma freqüente, sendo o dorso e as pernas os locais mais referidos, com intensidade Moderada (33%). Entre os indivíduos que relataram dor, 74,7% afirmam estarem impedidos de realizar algumas atividades instrumentais e de vida diária em função desta sensação desagradável.

Frente a estas informações pudemos perceber que a maioria dos itens que caracteriza o perfil de idosos na comunidade por nós estudada é compatível com dados disponíveis na literatura. Outros, porém, são característicos da comunidade abordada nesta pesquisa. Mediante esta constatação, acreditamos ser necessário que cada equipe do PSF realize estudo direcionado para sua área de abrangência, para ter bases mais seguras para o planejamento de ações em saúde.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo estatístico da população brasileira. Coordenação geral de Comunicação social. Disponível em: URL: <<http://www.ibge.net/ibge/presidência/noticias/28042000.shtml>> Acessado em: 14 fev 2004.
2. Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade – Epidemiologia das doenças crônicas transmissíveis. Rio de Janeiro/São Paulo: Hucitec/Abrasco;1998. 218p.
3. Berquó E. Algumas considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. *In: Anais do I Seminário Internacional Envelhecimento populacional: uma agenda para o final do século*; 1996 maio 22-5; Brasília (DF), Brasil. Brasília (DF): MPAS/SAS; 1996. p.16-34.
4. Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de Saúde. Brasília (DF). Dados de saúde 2000. [on line]. Disponível em URL:<<http://www.datasus.gov.br/>>. Acessado em: 20 jul 2001.
5. Jacob Filho W. Envelhecimento e atendimento domiciliário. *In: Duarte YAO; Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000.p.19-26.
6. Smelzezer SC; Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1998.1813p.
8. Berger LM, Mailloux-Poirier M. Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta; 1995. 594p.
9. Campos CMT, Pereira SEM. Envelhecimento, polipatologia e polifarmácia: cuidados na prescrição terapêutica. *In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Caminhos do envelhecer*. Rio de Janeiro: Revinter; 1994.p.171-6.
10. Cantera IR, Dominigo PL. Guia prático de Enfermagem: Geriatria. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill; 2000. 391p.
11. Pickles B, Compton A, Cott, C, Simpson J, Vandervoort A. Fisioterapia na terceira idade. 2ª ed. São Paulo: Livraria Santos; 2000.
12. Carvalho VL, Pereira EM. Crescendo na diversidade pelo cuidado domiciliar aos idosos – desafios e avanços. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF) 2000 jan/mar; 54(1):7-17.*
13. Diogo MJD, Paschoal SMP, Cintra FA. Avaliação Global do idoso. *In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000.p.145-70.
14. Ornelas DC, Pinto SM, Lappann-Boti NC. Programa saúde da família e seus desafios. Uberlândia (MG): ABEn; 2002.
15. Bachion MM, Araújo LAO, Santana RF. Validação de conteúdo “Mobilidade Física Prejudicada” em idosos: uma contribuição. *Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo 2002 out/dez;15(4):66-72.*
16. Costa EFA. Semiologia do idoso. *In: Porto CC. Semiologia médica*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-koogan;2001.p.167-99.
17. Lueckenotte A. Avaliação em gerontologia. Rio de Janeiro: Reicchimann & Affonso;2002.385p.(Coleção Enfermagem Prática).
18. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Dor no idoso. *In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000. p 373-419.

Data de Recebimento: 05/03/2004

Data de Aprovação: 22/12/2004