

Perfil Sócio-Demográfico e de Saúde de Idosos Diabéticos Atendidos na Atenção Primária

Sociodemographic and Health Profile Of Elderly Diabetics Patients Supported In Primary Care

ANA PAULA DE LIMA¹
DANIELLE APARECIDA GOMES PEREIRA²
VALÉRIA FERREIRA ROMANO³

RESUMO

Objetivo: Foi realizado um estudo descritivo do tipo inquérito populacional com idosos diabéticos do programa de saúde da família de uma unidade básica de saúde (UBS) com o objetivo de estudar seu perfil sócio-demográfico e de saúde. **Material e Métodos:** Sexo, idade, escolaridade, estado civil, tempo de diagnóstico da diabetes, estado cognitivo e auditivo, comorbidades e capacidade funcional pelo *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) foram coletados por meio de entrevista. Testes t de *Student* e *Mann-Whitney* foram utilizados adotando-se nível de significância $\alpha=5\%$. **Resultados:** Foram avaliados 154 idosos diabéticos com idade de $70,96 \pm 7,20$ anos (68,8% do sexo feminino), tempo de estudo entre quatro a sete anos (48,7%) e tempo de diagnóstico entre 10 a 20 anos (30,6%). Foram encontrados percentuais elevados de comorbidades (hipertensão arterial - 81,3%) e a maioria era funcionalmente independente pelo HAQ (72%). **Conclusões:** O aumento do contingente de idosos e a maior prevalência de doenças crônicas como a diabetes e suas comorbidades/incapacidades impõem a necessidade de rediscutir a atenção à saúde na unidade básica estudada, visando a implementação de ações promocionais interdisciplinares e, sobretudo, a orientação de idosos, seus cuidadores e familiares no processo de autocuidado e na perspectiva da manutenção da autonomia e independência.

DESCRIPTORIOS

Diabetes mellitus. Envelhecimento. Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: it was conducted a descriptive study (population survey) with elderly diabetic users linked to the Family Health Program in a Basic Health Unit (BHU) in order to study their socio-demographic and health profile. **Material and methods:** Gender, age, educational level, marital status, time since diagnosis of diabetes, hearing and cognitive status, comorbidities and functional capacity by the Health Assessment Questionnaire (HAQ) were collected by interview. Student t test and Mann-Whitney test were used adopting a significance level $\alpha=5\%$. **Results:** Participants had a mean age of 70.96 ± 7.20 years (68.8% female), with time of study between four and seven years (48.7%), time of diagnosis between 10 to 20 years (30.6%). It has been found high rates of comorbidities (hypertension - 81.3%) and the majority was functionally independent in HAQ (72%). **Conclusions:** The increase in the number of elderly people and higher prevalence of chronic diseases like diabetes and its comorbidities / disability make necessary to revisit the health care in the basic unit, aiming the implementation of interdisciplinary promotional activities and especially the guidance of elderlies and of their care-givers and families in the process of self-care and maintenance of autonomy and independence.

DESCRIPTORS

Diabetes mellitus. Aging. Public Health.

1 MsC, Professora do curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Belo Horizonte.

2 PhD, Professora adjunta do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais.

3 PhD, Professora do Curso de Pós Graduação em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá- Rio de Janeiro.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, que está associado a mudanças biológicas que aumentam o risco de morbidade, incapacidade e morte (LIMA-COSTA, VERAS, 2003, KALACHE, VERAS, RAMOS, 1987). Nesse processo, as doenças crônico-degenerativas aumentam em prevalência frente às de caráter agudo (VIEGAS-PEREIRA, 2006, LIMA-COSTA, BARRETOS, GIATTI, 2003, CHAIMOWICZ, 1998). No Brasil, a diabetes mellitus aparece em quarto lugar dentre as doenças mais prevalentes na população (LIMA-COSTA BARRETOS, GIATTI, 2003). A diabetes mellitus é um problema de saúde pública, com inci-dência e prevalência crescentes, alcançando proporções epidêmicas, e está associada a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos (FRANCO, 2004, OLIVEIRA, 2004, CONSENSO BRASILEIRO DE DIABETES, 2002).

Indivíduos idosos e diabéticos têm taxas mais elevadas de morte prematura, de incapacidade funcional e de comorbidades, tais como hipertensão arterial, doença coronariana e acidentes vasculares encefálicos, quando comparados àqueles sem diabetes (LOURENÇO, 2004). Esses indivíduos têm, ainda, um risco aumentado de síndromes geriátricas, tais como depressão, distúrbio cognitivo, incontinência urinária, lesão por quedas e dor persistente, comprometendo a qualidade de vida e acarretando altos custos para o sistema de saúde (CALIFÓRNIA HEALTHCARE FOUNDATION/AMERICAN GERIATRICS SOCIETY PANEL ON IMPROVING CARE FOR ELDERS WITH DIABETES, 2003).

Tendo em vista o número crescente de idosos diabéticos e o maior direcionamento pelo governo dos programas prevenção e controle da diabetes para o nível primário de atenção, torna-se necessário um maior conhecimento das condições de saúde dessa população pelos profissionais inseridos nas unidades básicas de saúde, para melhor direcionamento na elaboração e implementação de estratégias de prevenção e abordagem da diabetes.

Portanto, o presente estudo teve como objetivo identificar o perfil de idosos diabéticos atendidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF) de uma unidade básica de saúde no município de Belo Horizonte, segundo as variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, escolaridade e estado civil) e as variáveis de saúde (estado cognitivo, tempo de diabetes, comorbidades associadas e capacidade funcional).

MATERIALE MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de corte

transversal do tipo inquérito populacional, cuja coleta de dados foi realizada no período de julho a agosto de 2007. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP-SMSA/PBH), com o protocolo de número 031/2007. O estudo foi realizado com idosos diabéticos adscritos ao PSF do Centro de Saúde Alcides Lins, localizado na regional nordeste do município. Nesse centro de saúde, 94,6% das áreas são classificadas como de baixo e médio risco segundo o índice de Vulnerabilidade Social (IVS) (PBH, 2005).

A população do estudo foi composta a partir de 209 idosos diabéticos residentes na área de abrangência do centro de saúde, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos, ser cadastrado como portador de diabetes mellitus no centro de saúde, concordar em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e possuir no ato da entrevista condições cognitivas e auditivas para responder ao questionário. Inicialmente observou-se a presença ou não de afasia, déficit cognitivo por meio do Mini Exame do Estado Mental - MEEM (BERTOLUCCI *et al.*, 1994) e déficit auditivo do idoso, conforme proposto por LUNDIN, NYBERG, GUSTAFSON, (1998). Na presença de alguma dessas alterações, o idoso era excluído do estudo.

Os indivíduos foram entrevistados no domicílio ou na unidade básica de saúde por avaliadores previamente treinados. Foi aplicado um questionário estruturado contendo as variáveis sexo, idade, escolaridade, estado civil, tempo de diagnóstico do diabetes, estado cognitivo e auditivo, capacidade funcional e comorbidades associadas. As informações foram colhidas por meio do auto-relato do idoso. Para avaliar a capacidade funcional, optou-se pela utilização da dimensão física do *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), que avalia a dificuldade para realizar atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) (FERRAZ *et al.*, 1990). As comorbidades associadas avaliadas foram: hipertensão arterial, acidente vascular encefálico (AVE) e presença de doenças cardíacas.

As variáveis foram agrupadas em duas categorias para a análise; características sócio-demográficas: idade, sexo, estado civil e anos de estudo; e características de saúde: estado cognitivo (MEEM), tempo de diabetes, comorbidades associadas e capacidade funcional (HAQ). A estatística descritiva foi utilizada para caracterizar a população estudada e separada por amostra geral e sexo. Para análise de normalidade dos dados foi utilizado o teste *Kolmogorov-Smirnov*. Os dados foram apresentados como média \pm desvio padrão, mediana e valores máximo e mínimo para variáveis contínuas e distribuições de frequência para variáveis

discretas. Para detectar diferenças entre as médias de anos de estudo e do MEEM entre os sexos foi utilizado o teste t de *Student*. Para operacionalizar a descrição dos resultados, a variável tempo de diagnóstico de diabetes foi codificada: até 5 anos, 5 % 10 anos, 10 % 20 anos e mais de 20 anos. As variáveis capacidade funcional e tempo de diagnóstico de diabetes não apresentaram distribuição normal. Portanto, testes não paramétricos foram utilizados para análise dos dados. Para comparação da capacidade funcional entre gêneros foi utilizado o teste de *Mann-Whitney U*. O valor de alfa considerado para classificar os resultados como estatisticamente significativos foi menor ou igual a 5%. Todas as análises foram realizadas no software estatístico SPSS, versão 13.0, 2004.

RESULTADOS

Ao final da pesquisa a amostra foi constituída por 154 indivíduos, pois foram excluídos 14 indivíduos (um idoso era afásico, 2 com déficit auditivo e 11 com déficit cognitivo) e ocorreram 41 perdas (11 por recusa, 29 não foram encontrados no domicílio após três tentativas e 1 estava internado).

Os participantes (n=154) apresentaram variação de idade entre 60 a 91 anos, sendo em sua maioria do sexo feminino. As características sócio-demográficas estão representadas na tabela 1. Houve uma diferença no percentual entre os sexos para o estado civil. Entre as mulheres, a maior parte (63,2%) relatou que vivia sem companheiro (solteiras, divorciadas ou viúvas), enquanto a maioria dos homens relatou estar casada (72,9%). Com relação à escolaridade, os idosos apresentaram uma variação entre 0 e 19 anos de estudo. Apesar dos homens e mulheres terem apresentado maior percentual entre 4 e 7 anos de estudo, existiu uma diferença estatisticamente significativa (p=0,004) entre os sexos para a média de anos de estudo. Os homens apresentaram uma média de $6,4 \pm 4,6$, enquanto as mulheres apresentaram média de $4,5 \pm 3,5$ anos de estudo.

Em relação às características de saúde (tabela 2), todos os idosos diabéticos incluídos no estudo não apresentavam déficit cognitivo, e obtiveram um escore variando entre 13 e 30 pontos. Apesar de todos os idosos incluídos no estudo não apresentarem déficit cognitivo, houve uma diferença estatisticamente significativa (p=0,035) para homens e mulheres em relação à média obtida no MEEM. Os homens apresentaram um valor de $25,9 \pm 3,4$, enquanto as mulheres obtiveram uma média de $24,5 \pm 3,7$ no escore do MEEM. O tempo médio de diagnóstico de diabetes foi de $12,34 \pm 9,90$ anos e a

maioria dos idosos relatou apresentar somente uma das comorbidades pesquisadas associadas à doença.

Dentre as comorbidades associadas à diabetes, pesquisadas neste estudo (Tabela 3), a hipertensão estava presente na maioria dos casos, seguida por doenças do coração e AVE.

Do ponto de vista funcional avaliado pelo HAQ, a maioria dos idosos diabéticos apresentou valores entre 0 e 1, significando que eles desempenhavam as atividades “sem qualquer dificuldade” ou “com alguma dificuldade” (tabela 2). Entre os homens foi observado que 87,8% relataram realizar as atividades “sem qualquer dificuldade” ou “com alguma dificuldade”, enquanto entre as mulheres foi encontrado um percentual de 64,8%. Foi verificada uma diferença estatisticamente significativa na capacidade funcional entre homens e mulheres (p=0,0001).

Avaliando os indicadores de capacidade funcional pelo HAQ (tabela 4), as duas tarefas com maiores percentuais de respostas “sem qualquer dificuldade” para os idosos diabéticos foram “comer e higiene”. A tarefa com maior percentual de respostas “incapaz de fazer” foi representada pela opção “outras atividades”, como fazer compras nas redondezas onde mora, entrar e sair de um ônibus, e realizar tarefas como usar vassoura e rodo para puxar a água. O relato nos sexos feminino e masculino sobre realizar AIVDs no que diz respeito às atividades que mais realizaram “sem qualquer dificuldade” e às que eram “incapazes de fazer” foi similar ao relatado na amostra geral.

DISCUSSÃO

A prevalência da diabetes no Brasil apresenta percentuais iguais para ambos os sexos (MALERBI, FRANCO, 1992). Porém, nos estudos de VIEGAS-PEREIRA, (2006) e de TAVARES *et al.*, (2007), foi encontrada predominância do sexo feminino em idosos diabéticos, semelhante aos resultados obtidos no presente estudo. Esse fato pode ser justificado pelo processo de feminização do envelhecimento, com uma expectativa de vida maior entre as mulheres (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005) ou segundo FRANCO, (1998), pela tendência das mulheres se cuidarem mais e estarem mais presentes nos serviços de saúde, favorecendo o diagnóstico mais precoce do que os dos homens, que provavelmente procuram serviço de saúde somente na ocasião da manifestação dos sintomas.

Na amostra do presente estudo houve predomínio de idosos com baixa escolaridade, maior proporção (48,7%) com ensino fundamental incompleto,

Tabela 1 - Informações sobre as características sócio-demográficas (idade, sexo, estado civil e anos de estudo) em média, desvio-padrão, mediana e frequência da amostra geral dos idosos diabéticos.

Variável	Média ± DP (variação)	Mediana	Categorias – n (%)
Idade	70,96 ± 7,20 (60-91)	70	60-64,9 anos = 30 (19,5%) 65 a 69,9 anos = 43 (27,9%) 70 a 74,9 anos = 40 (26,0%) 75 a 79,9 anos = 18 (11,7%) Mais de 80 anos = 23 (14,9%)
Sexo			Feminino = 106 (68,8%) Masculino = 48 (31,2%)
Estado Civil			Solteiro = 22 (14,3%) Casado = 74 (48,1%) Viúvo = 49 (31,8%) Divorciado = 9 (5,8%)
Anos de Estudo	5,10 ± 3,96 (0-19)	4	Sem instrução a 1 ano = 18 (11,7%) 1 a 3 anos = 26 (16,9%) 4 a 7 anos = 75 (48,7%) 8 a 10 anos = 18 (11,7%) 11 ou mais = 17 (11,0%)

DP = desvio-padrão; % = frequência relativa ao número total de 154 idosos diabéticos; * Classificação de escolaridade conforme critério adotado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2005 (IBGE)

entre 4 e 7 anos de estudo. SOUZA *et al.* (2003), TAVARES *et al.*, (2007), REKENEIRE *et al.*, (2003) verificaram em seus estudos, uma tendência para o aumento da prevalência da diabetes em sujeitos com baixo grau de escolaridade. Esse fato deve ser levado em consideração durante a realização de estratégias educativas no nível primário de atenção, considerando que a educação em saúde é considerada um importante elemento de intervenção multidisciplinar no cuidado de idosos diabéticos e seus cuidadores, sendo um processo facilitador da compreensão do programa de tratamento melhorando o controle glicêmico (CALIFÓRNIA HEALTHCARE FOUNDATION/AMERICAN GERIATRICS SOCIETY PANEL ON IMPROVING CARE FOR ELDERLY WITH DIABETES, 2003).

Ao serem comparados os estratos feminino e

masculino, observou-se que as mulheres viviam em maior proporção sem companheiro e apresentavam menor escolaridade. Esse perfil está de acordo com os resultados de um estudo realizado por COELI *et al.*, (2002), no qual foi verificado que mulheres idosas apresentavam níveis de instrução mais baixos e maior proporção de viuvez, quando comparadas a homens de mesma faixa etária. No presente estudo, o fato das mulheres terem apresentado menor escolaridade quando comparada aos homens, pode ter influenciado na diferença dos escores do MEEM entre os sexos.

Na amostra do presente estudo, um maior percentual apresentou tempo de diagnóstico de diabetes entre 10 a 20 anos e hipertensão arterial como comorbidade associada mais prevalente, seguida por doenças do coração e acidente vascular encefálico

Tabela 2 - Informações sobre as características de saúde da amostra geral dos idosos diabéticos.

Variável	Média ± DP (Variação)	Mediana	Categorias – n (%)
Estado Cognitivo (MEEM)	24,96 ± 3,63 (13-30)	26	
Tempo de diabetes em anos	12,34 ± 9,90 (0,66-54)	10	Até 5 anos = 34 (22%) 5 ? 10 anos = 36 (23,4%) 10 ? 20 anos = 47 (30,6%) Mais de 20 anos = 37 (24%)
Comorbidades associadas	1,27 ± 0,80 (0-3)	1	0 = 22 (14,3%) 1 = 81 (52,6%) 2 = 39 (25,3%) 3 = 12 (7,8%)
Capacidade Funcional (HAQ)	0,65 ± 0,63 (0-3)	0,5	0 = 32 (20,7%) Maior que 0 e menor que 1 = 79 (51,3%) Entre 1 e 2 = 38 (24,7%) Maior que 2 = 5 (3,3%)

DP = desvio-padrão; % = frequência relativa ao número total de 154 idosos diabéticos

Tabela 3 - Presença de comorbidades associadas na amostra geral e nos sexos feminino e masculino.

Comorbidades associadas	Sexo feminino n (%)	Sexo masculino n (%)	Amostra total n (%)
Hipertensão Arterial	91 (85,8%)	34 (70,8%)	125 (81,2%)
Doenças do Coração	41 (38,7%)	15 (31,3%)	56 (36,4%)
Acidente vascular encefálico	10 (9,4%)	8 (16,7%)	18 (11,7%)

% = frequência relativa

(AVE). No estudo de TAVARES *et al.*, (2007), que caracterizou idosos diabéticos atendidos na atenção secundária, foi encontrado que um maior percentual de idosos pesquisados também apresentava entre 10 a 20 anos de diagnóstico da doença e a hipertensão arterial era o problema de saúde mais prevalente. No estudo de ZAGURY, NALIATO, MEIRELLES, (2002), realizado com idosos diabéticos, a hipertensão arterial foi também a comorbidade mais prevalente (31,49%). No estudo de SOUZA *et al.*, (2003), realizado para determinar a

prevalência de diabetes mellitus e fatores de risco em adultos, em Campos dos Goytacazes (RJ), foi encontrado uma prevalência de 9% de hipertensão arterial. No estudo de REKENEIRE *et al.*, (2003), realizado com população idosa diabética americana, foi encontrado 65,2% de hipertensão arterial, 26,7% de doenças cardíacas e 9,6% de AVE, como comorbidades associadas.

A hipertensão arterial é o maior determinante da ocorrência de complicações micro e macrovasculares

Vestir-se e Cuidar-se	Sem qualquer dificuldade	62,3%
	Com alguma dificuldade	24,7%
	Com muita dificuldade	7,8%
	Incapaz de fazer	5,2%
Levantar-se	Sem qualquer dificuldade	46,8%
	Com alguma dificuldade	39,6%
	Com muita dificuldade	8,4%
	Incapaz de fazer	5,2%
Comer	Sem qualquer dificuldade	83,1%
	Com alguma dificuldade	9,1%
	Com muita dificuldade	3,2%
	Incapaz de fazer	4,5%
Caminhar	Sem qualquer dificuldade	48,1%
	Com alguma dificuldade	35,7%
	Com muita dificuldade	14,3%
	Incapaz de fazer	1,9%
Higiene	Sem qualquer dificuldade	78,6%
	Com alguma dificuldade	14,3%
	Com muita dificuldade	5,2%
	Incapaz de fazer	1,9%
Alcançar	Sem qualquer dificuldade	46,1%
	Com alguma dificuldade	32,5%
	Com muita dificuldade	11,7%
	Incapaz de fazer	9,7%
Preensão	Sem qualquer dificuldade	51,9%
	Com alguma dificuldade	28,6%
	Com muita dificuldade	8,4%
	Incapaz de fazer	11,0%
Outras atividades	Sem qualquer dificuldade	47,4%
	Com alguma dificuldade	24,7%
	Com muita dificuldade	11,7%
	Incapaz de fazer	16,2%

Tabela 4 - Distribuição de indicadores de capacidade funcional pelo *Health Assessment Questionnaire* dos idosos diabéticos.

em pacientes com diabetes tipo 2, sendo duas vezes mais prevalente nessa população (SOUZA *et al.*, 2003). Por isso, segundo o CONSENSO BRASILEIRO DE DIABETES, (2002), os benefícios de um controle mais rigoroso dos níveis pressóricos mostram-se maiores que aqueles obtidos com o controle mais rígido dos níveis glicêmicos. Esse fato que deve ser observado pelos profissionais inseridos no cuidado de idosos diabéticos em nível de atenção primária à saúde.

No presente estudo, as comorbidades pesquisadas, hipertensão arterial, doenças do coração

e AVE, foram encontradas em percentuais elevados (81,2%, 36,4% e 11,7%, respectivamente), quando comparados a outros estudos, tornando absolutamente necessário atuar mais rigorosamente no controle desses idosos diabéticos. Acreditamos que esse controle estabelece relações com ações e práticas do serviço, como: disponibilidade de medicamentos, acesso à consulta médica e de enfermagem, atividades de educação em saúde, potencial de captação e busca ativa, capacitação das agentes comunitárias de saúde para sensibilização sobre o problema, integração e

comunicação da equipe na lógica da vigilância à saúde. Por isso, os serviços de atenção primária devem priorizar suas ações na melhoria da disponibilidade do acesso dos idosos diabéticos às consultas médicas e aos medicamentos, reavaliando-os constantemente para verificar presença de complicações em fases iniciais e assim evitar maiores comprometimentos para os indivíduos.

No presente estudo, foi observada uma diferença entre os sexos no percentual das comorbidades associadas: a hipertensão arterial e doenças do coração estiveram mais presentes entre as mulheres, enquanto hipertensão arterial e AVE (condição mais incapacitante) estiveram mais presentes na população masculina. Esse fato pode ser justificado pela tendência dos homens em comparecerem menos nos serviços de saúde, predispondo-os a complicações mais graves, quando comprometimentos macrovasculares e microvasculares já ocorreram.

Do ponto de vista funcional, 72% dos idosos diabéticos desse estudo são independentes para realizar as AIVDs. No estudo de FARINASSO, (2004), realizado com idosos com 75 anos ou mais de um PSF de Jandaia do Sul (PR), foi observado que 61,6% dos idosos realizavam as AIVDs sem dificuldade.

A variável capacidade funcional no presente estudo apresentou comportamento estatisticamente diferente para homens e mulheres. As mulheres apresentaram maior dependência para realizar AIVDs do que os homens, mesmo com uma maior prevalência de AVE entre eles. Nos estudos de LIMA-COSTA, BARRETOS, GIATTI (2003), FELICIANO, MORAES, FREITAS (2004), FARINASSO, (2004), também foi observada maior dependência na realização de AVDs e AIVDs nas mulheres quando comparadas aos homens. Considerando que a proporção de mulheres idosas em relação aos homens tende a aumentar cada vez mais, essa maior dependência das mulheres constitui-se um aspecto importante de atuação potencial para as equipes de saúde da família. Neste contexto, segundo FARINASSO, (2004), a mulher merece destaque devido ao seu caráter cultural de cuidadora e, nesse caso, idosa e dependente. Portanto, estratégias para oferecer suporte para essas idosas devem ser desenvolvidas pelas equipes, considerando esses achados de dependência e feminilização.

RAMOS *et al.*, (1993) afirmam que a necessidade de se manter a autonomia total do idoso pelo maior tempo possível é pressuposto básico, recomendando que a atenção básica, considerada a porta de entrada para os serviços de saúde, deve ser reorganizada para atender às necessidades dessa população idosa que deverá contar, entre outros fatores, com a presença de profissionais devidamente treinados.

Os idosos diabéticos do presente estudo

relataram maior percentual de incapacidade em realizar atividades externas que exigiam maior mobilidade, como fazer compras nas redondezas onde mora, entrar e sair de um ônibus, e realizar tarefas como usar vassoura e rodo para puxar a água. No estudo de TAVARES *et al.*, (2007), realizado em idosos diabéticos brasileiros com instrumento de coleta de dados o questionário *Older Americans Resources and Services* (OARS), foi observado que dentre as AVDs e AIVDs avaliadas com maior percentual de dependência estavam também atividades externas como usar transportes (18,5%), fazer compras diversas (15%) e dificuldade para sair de casa (9,7%).

Na literatura existem vários estudos sobre avaliação da capacidade funcional entre os idosos; porém, cada um utiliza um instrumento distinto, dificultando a comparação de dados com o presente estudo (TAVARES *et al.*, 2007, LIMA-COSTA, BARRETOS, GIATTI, 2003, RAMOS *et al.*, 1993). Segundo PAIXÃO, REICHENHEIM, (2005), vários instrumentos de avaliação da capacidade funcional do idoso vêm sendo utilizados em nosso meio sem adaptação formal prévia, o que limita uma das vantagens das medidas sistematizadas em saúde, que é a garantia de comparabilidade e reprodutibilidade de dados.

Segundo RAMOS *et al.*, (1993), a filosofia básica nas ações de saúde, deve ser a de procurar manter a autonomia do indivíduo pelo maior tempo possível, pois com a perda de autonomia, a sobrecarga para a família e para o sistema de saúde tende a se tornar insuportável. Para tanto, é necessário que se institua uma porta de entrada para o idoso no sistema de saúde que não seja o pronto socorro de hospitais de primeira linha, e sim a unidade básica de saúde, devidamente equipada com material e pessoal treinado para fazer frente à problemática multiforme do idoso. Ainda segundo esses autores, dentre as muitas atividades com grande potencial de impacto na saúde dessa parcela da população, está a fisioterapia entre outras profissões, no plano das UBS, com objetivos não só restauradores de incapacidades, mas também preventivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os idosos diabéticos atendidos pelo PSF da unidade básica de saúde avaliada no presente estudo tinham idade entre 60 e 91 anos, eram em sua maioria do sexo feminino, com escolaridade entre quatro a sete anos, não apresentavam déficit cognitivo, tinham diagnóstico da doença entre 10 a 20 anos, com presença de comorbidades e eram funcionalmente independentes.

O aumento do contingente de idosos e a maior prevalência de doenças crônicas como a diabetes e suas comorbidades/incapacidades impõem a necessidade de

rediscutir a atenção à saúde na unidade básica estudada, visando a implementação de ações promocionais interdisciplinares e, sobretudo, a orientação de idosos, seus cuidadores e familiares no processo de autocuidado e na perspectiva da manutenção da autonomia e independência. Para que esse processo ocorra de forma adequada, um maior preparo dos profissionais de saúde na área da geriatria e gerontologia deve acontecer por meio de estratégias de educação permanente.

Assim, esperamos que esse estudo contribua para um maior esclarecimento da situação dos idosos diabéticos atendidos no centro de saúde Alcides Lins, para melhor abordagem interdisciplinar e direcionamento no planejamento e execução de ações, visando a melhoria na qualidade da atenção ofertada a essa população, e que sirva como parâmetro para outras unidades de atenção primária à saúde onde existem predominantemente pessoas em áreas de médio e baixo risco.

REFERÊNCIAS

- BERTOLUCCI PHF, BRUCKI SMD, CAMPACCI SR, JULIANO Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade, *Arq Neuropsiquiatr*, 52: p.1-7, 1994.
- CALIFÓRNIA HEALTHCARE FOUNDATION/AMERICAN GERIATRICS SOCIETY PANEL ON IMPROVING CARE FOR ELDERLY WITH DIABETES. Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus, *J Am Geriatr Soc*, 51 (5): S265-S280, 2003.
- CHAIMOWICZ F. *Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade*, 1.ed. Belo Horizonte: Postgraduate Brasil, 1998. 92p.
- COELI CM, FERREIRA LGFD, DRBAL MM, VERAS RP, CAMARGO JR KR, CASCÃO AG. Mortalidade em idosos por diabetes mellitus como causa básica e associada, *Rev. Saúde Pública*, 36 (2): 135-140, 2002.
- CONSENSO BRASILEIRO DE DIABETES 2002. Sociedade Brasileira Diabetes. http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/Consenso_atual_2002.pdf. Acesso em: 09 mar. 2011.
- FELICIANO AB, MORAES AS, FREITAS ICM. O perfil dos idosos de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico, *Cad. Saúde Pública*, 20 (6): 1575-1585, 2004.
- FARINASSO ALC. Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, [Dissertação Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo; 2004. 112p.
- FERRAZ MB, OLIVEIRA LM, ARAÚJO PMP, ATRA E, TUEGWELL P. Crosscultural reliability of the physical ability dimension of the Health Assessment Questionnaire, *J Rheumatol*, 17: 813-817, 1990.
- FRANCO LF. Um problema de saúde pública: epidemiologia. In: OLIVEIRA JEP, MILECH A, *Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar*, São Paulo: Atheneu, 2004. 190p.
- FRANCO LJ. Epidemiologia do diabetes mellitus. In: LESSA I, *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade*, São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998, 288 p.
- KALACHE A, VERAS RP, RAMOS LR. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo, *Rev. Saúde Pública*, 21: 200-10, 1987.
- LIMA-COSTA MF, VERAS R. Saúde pública e envelhecimento, *Cad. Saúde Pública*, 19 (3): 700-01, 2003.
- LIMA-COSTA MF, BARRETO SM, GIATTI L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na pesquisa nacional por amostras de domicílio (PNAD 98), *Cad. Saúde Pública*, 19 (3): 735-43, 2003.
- LOURENÇO RA, Diabetes no Idoso. In: OLIVEIRA JE P, MILECH A. *Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar*, São Paulo: Atheneu, 2004. 190p.
- LUNDIN OL, NYBERG L, GUSTAFSON Y. Attention, frailty, and falls: the effect of a manual task on basic mobility *J Am Geriatr Soc*, 46 (6): 758-61, 1998.
- MALERBI DA, FRANCO LJ. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 years, *Diabetes Care*, 15 (11): 1509-1516, 1992.
- OLIVEIRA J EP. Conceitos, classificação e diagnóstico do diabetes mellitus. In: OLIVEIRA JEP, MILECH A. *Diabetes mellitus: clínica diagnóstico, tratamento interdisciplinar*, São Paulo: Atheneu, 2004. 190p.
- PAIXÃO CMJ, REICHENHEIM ME. Uma Revisão sobre Instrumentos de Avaliação do Estado Funcional do Idoso, *Cad. de Saúde Pública*, 21 (1): 7-19, 2005.
- PBH, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Plano Municipal de Saúde 2005 -2008. Belo Horizonte, 2005. 157p.
- RAMOS LR, ROSA TEC, OLIVEIRA ZM, MEDINA, MCG, SANTOS FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar, *Rev. Saúde Pública*, 27 (2): 87-94, 1993.
- REKENEIRE N, RESNICK HE, SCHWARTZ AV, SHORR RI, KULLER LH, SIMONSICK EM, et al. Diabetes is associated with subclinical functional limitation in nondisabled older individuals. *Diabetes Care*, 26 (12): 3257-63, 2003.
- SOUZA LJ, CHALITA FE, REIS AFF, TEIXEIRA CL, NETO CG, BASTOS DA, et al. Prevalência de diabetes mellitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ, *Arq Bras Endocrinol Metab*, 47 (1): 69-74, 2003.
- TAVARES DMS, RODRIGUES FR, SILVA CGC, MIRANZI SSC. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária, *Ciência e Saúde Coletiva*, 12 (5): 1341-1352, 2007.
- VIEGAS-PEREIRA APF. Aspectos sócio-demográficos e de saúde dos idosos com diabetes auto-referido: um estudo para o estado de Minas Gerais, 2003. [Tese de Doutorado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006. (96 p).
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, 2005. 60p.
- ZAGURY L, NALIATO ECO, MEIRELLES RMR, Diabetes "Mellitus" em idosos de classe média brasileira: estudo retrospectivo de 416 pacientes, *J Bras Med*, 82 (6): 59-61, 2002.

CORRESPONDÊNCIA

Ana Paula de Lima
Rua Itajaí, 46/102 - Palmares
Belo Horizonte - MG - CEP: 31155-650

E-mail

analimafisio@yahoo.com.br