

## **ALTERAÇÕES FÍSICAS EM IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Maria Isabel da Conceição Dias Fernandes<sup>1</sup>; Isabel Neves Duarte Lisboa<sup>2</sup>; Polyanna Keitte Fernandes Gurgel<sup>3</sup>; Fabiano Danilo Oliveira Pereira<sup>4</sup>; Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira<sup>5</sup>

<sup>1</sup>*Universidade Federal do Rio Grande do Norte, bebel\_6@hotmail.com*

<sup>2</sup>*Universidade Federal do Rio Grande do Norte, bebelisboa@gmail.com*

<sup>3</sup>*Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, gurgelpkf@gmail.com*

<sup>4</sup>*Universidade Federal do Rio Grande do Norte, fabiano\_danilo@yahoo.com.br*

<sup>5</sup>*Universidade Federal do Rio Grande do Norte, analuisa\_brandao@yahoo.com.br*

### **INTRODUÇÃO**

O envelhecimento é um processo natural e intrínseco aos seres vivos. Com o contínuo aumento populacional, cresce vertiginosamente a quantidade de idosos no mundo, o que demanda uma necessidade de atenção a esse grupo por parte das políticas públicas de saúde. Em 2012, o número de idosos era de 810 milhões de pessoas, constituindo 11,5% da população global. Projeta-se que esse número alcance um bilhão em menos de dez anos. No Brasil, segundo Pesquisa realizada em 2013 pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) os idosos já representavam 13% da população, o que significa 26,1 milhões de idosos no país.

Nesse aspecto, no processo de envelhecimento, várias mudanças podem ser observadas, dentre essas, alterações físicas que podem levar às limitações na capacidade do idoso em desempenhar as chamadas atividades básicas de vida diária (ABVD). Assim, dessa conjuntura, é fundamental que a equipe de saúde, principalmente na Unidade Básica de Saúde (UBS), direcione sua atenção também aos idosos, de modo a considerar integralmente as dimensões: física, psicológica e social. O entendimento das necessidades especiais dessa etapa da vida facilita o planejamento das ações por parte da equipe, com vistas a proporcionar suporte físico, afetivo e espiritual ao idoso (NUNES; PORTELLA, 2003).

Assim, ao compreender que a inevitabilidade do envelhecimento não é determinante para invalidez ou sentença de morte, o envelhecimento pode ser vivenciado com dignidade e funcionalidade. Para isso é necessário que o idoso seja capaz de executar suas atividades básicas da vida diária (ABVD). Essas atividades são necessárias para a sua sobrevivência, mantendo-o

participativo na gestão e nos cuidados com a própria saúde, e no desenvolvimento de tarefas domésticas (FERREIRA, 2012). Todavia em diversos momentos os profissionais de saúde têm encontrado idosos com problemas crônicos de saúde, que acarretam dependência funcional e, quando identificados tardiamente, dificultam as estratégias para revertê-los ou minimizá-los (SILVA, 2012).

Essa dependência funcional pode estar atrelada às condições físicas identificadas nesses idosos, sendo relevante investigar quais são as principais alterações encontradas nesse grupo. Para tanto, estipulou-se como objetivo deste estudo analisar as alterações físicas presentes em idosos atendidos na atenção básica de saúde. Os resultados obtidos poderão melhor subsidiar as práticas dos profissionais de saúde, no sentido de um atendimento mais abrangente, proporcionando maior qualidade de vida ao idoso.

## **METODOLOGIA**

Pesquisa transversal realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Natal, Rio Grande do Norte, cuja amostra foi composta por 100 idosos cadastrados nessas UBS e participantes de grupos de idosos. O cálculo foi realizado a partir da fórmula  $n = z^2 \alpha * P * Q / E^2$ , cujos parâmetros utilizados foram: nível de confiança do estudo de 95% ( $Z\alpha = 1,96$ ); erro amostral de 10%; prevalência do evento de 50%.

Como critérios de inclusão para a seleção dos idosos estipulou-se: idade acima dos 60 anos de idade e estar cadastrado na UBS pesquisada. Como critérios de exclusão: ter alguma deficiência mental que impossibilitasse a coleta de todos.

Para a coleta de dados, realizada entre janeiro e abril de 2015, utilizou-se um instrumento contendo itens sobre aspectos do exame físico, para tanto, utilizou-se instrumentos para a realização de alguns parâmetros, como tensiômetro devidamente calibrado, estetoscópio, estadiômetro, balança digital, termômetro, abaixador de língua e relógio. Ressalta-se que para essa coleta foi realizado um treinamento anterior com estudantes da graduação, com carga horária de duas horas, com vistas a padronizar o modo de coleta e a utilização dos equipamentos.

Os dados foram acondicionados em planilhas eletrônicas e processados pelo *IBM SPSS Statistic*, sendo verificada a estatística descritiva (média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo e os valores relativos), com verificação da normalidade dos dados por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov, considerando um  $p < 0,005$ .

A pesquisa ora apresentada foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob o nº de protocolo 912.088.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os idosos avaliados por meio do exame físico apresentaram na avaliação geral, palidez (12%), higiene corporal e oral deficitária em 7% e 23%, respectivamente. No seguimento da cabeça e pescoço: acuidade diminuída (78%), desses, 76% utilizavam óculos, 17% apresentavam as pálpebras edemaciadas, 1% tinha ptose palpebral, 22% possuíam halitose, 92% não tinham a arcada dentária completa, assim, 83% faziam uso de prótese completa, 31% apresentavam língua saburrosa e 5% tinham batimento assimétrico das carótidas.

Diante desse panorama, durante o processo de envelhecimento, sabe-se que é comum a ocorrência de deficiência auditiva e visual, no entanto, com o intuito de transpor tais dificuldades, mecanismos adaptativos como órteses e o uso de óculos podem ser utilizados de modo a suprir as necessidades desses indivíduos. Essas deficiências podem ocasionar dificuldades na realização das atividades de vida diária desses idosos, como subir e descer degraus, e a visualização de obstáculos (NUNES et al, 2010).

Logo, cabe a equipe de enfermagem e cuidadores desenvolverem estratégias que facilitem a comunicação junto aos idosos que apresentam perdas auditivas, de modo a torná-los ativos e participativos dentro do contexto institucional (OLIVEIRA, 2012).

Referente ao seguimento torácico, 1% tinha sopro carotídeo, 14% tórax escavado e 2% em formato de barril, o ritmo respiratório era anormal em 10%, na ausculta pulmonar identificou-se ruídos adventícios em 14% dos idosos, na ausculta cardíaca verificou-se sopro em 8%, 22% necessitava mudar de posição para respirar melhor e 22% utilizava musculatura acessória.

Com o passar dos anos alterações estruturais ocorrem no sistema respiratório provenientes do processo natural envelhecimento destacando-se a perda das propriedades de retração elástica do pulmão, enrijecimento da parede torácica e diminuição da potência motora e muscular que caracterizam o tórax senil (TARANTINO, 2009). Assim, no que concerne às alterações próprias do envelhecimento associadas à presença de morbidades nessa população, urge a necessidade de desenvolver estratégias de prevenção para futuros agravos respiratórios (OLIVEIRA, 2012).

Na avaliação abdominal, 64% apresentavam abdome globoso e 4% possuíam os ruídos hidroaéreos hipoativos. Referente aos membros, 5% exibiam a musculatura hipotrófica e 2% hipertrófica, 53% tinham varizes, 6% claudicavam, e 2% deambulavam com ajuda.

Corroborando com outro estudo que avaliou a capacidade funcional de idosos, a presença da musculatura hipotrófica, decorrente da perda de massa muscular, é observada como uma alteração importante no processo de envelhecimento, uma vez que tais modificações podem promover o aumento do risco de quedas, maior declínio funcional, redução da mobilidade, incapacidade e perda da independência (OLIVEIRA, 2012).

No que concerne aos sinais vitais, a média do pulso foi de 76,65 ( $\pm 13,75$ ), com mínimo de 60 e máximo de 122 batimentos por minuto, a mediana da pressão arterial sistólica foi 130 mmHg e pressão diastólica de 80 mmHg, frequência respiratória de 20 movimentos respiratórios por minuto e temperatura com mediana de 36,20 °C, conforme demonstra a tabela 1 abaixo.

**Tabela 1** – Distribuição da avaliação dos sinais vitais e índice de massa corporal de idosos atendidos na atenção básica de saúde. Natal/RN, 2016.

Variáveis	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Valor p*
<sup>1</sup> Pressão arterial sistólica	-	-	130,00	92,00	190,00	0,000
<sup>1</sup> Pressão arterial diastólica	-	-	80,00	50,00	100,00	0,000
<sup>2</sup> Pulso	76,65	13,75	-	60,00	122,00	0,200
<sup>3</sup> Frequência respiratória	-	-	20,00	14,00	27,00	0,000
<sup>4</sup> Temperatura	-	-	36,20	34,60	37,20	0,000

**Legenda:** <sup>1</sup>Pressão arterial em mmHg; <sup>2</sup>Pulso em batimentos por minuto; <sup>3</sup>Frequência respiratória em movimentos respiratórios por minuto; <sup>4</sup>Temperatura em °C; \*Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Válido ressaltar que embora os sinais vitais tenham se enquadrado, na maioria dos idosos deste estudo, dentro do padrão, algumas considerações devem ser tomadas nos que tange a esses parâmetros. Relacionando-se à temperatura corporal, é tido que no idoso, diferentemente do adulto e do jovem, o processo de termorregulação não é tão eficaz, havendo dificuldade em relação à autopercepção de mudanças na temperatura corporal consequente à diminuição progressiva do metabolismo basal e das respostas vasomotoras, muscular e celular. Pelo exposto, temos a necessidade de aferir a temperatura dos idosos periodicamente na tentativa de identificar o desenvolvimento de síndromes com temperatura atípica como os episódios infecciosos afebris e a hipotermia (GORZONI; PIRES; FARIAS, 2010).

Ademais, os idosos integram um importante grupo de risco para complicações vasculares relacionadas à hipertensão e diabetes, e 85% dos acidentes vasculares encefálicos que ocorrem nessa população, os tornam dependentes funcionais, além de ocasionar graves complicações, como incontinência urinária, disfagia, dor crônica e depressão (ZATTAR, 2013).

Sob tal enfoque, e corroborando com o estudo de Sousa (2015) a principal causa de hospitalização na população idosa é o acidente vascular cerebral. Já em relação aos sintomas depressivos, por sua vez, estes trazem à saúde dos idosos resultados negativos à sua qualidade de vida e grandes implicações sociais (NUNES et al, 2010).

Diante de tais alterações, ratifica-se que o envelhecimento é um processo multifatorial, e pode vir associado a déficits físicos, cognitivos e comportamentais que resultam em um conjunto de alterações biológicas (SANTOS, 2009). Tais alterações podem afetar a vida social e as demandas de higiene desses (NUNES et al, 2010).

## CONCLUSÃO

Diante dos resultados conclui-se que os idosos pesquisados não apresentavam grandes problemas físicos, entretanto, alguns aspectos se destacaram, como: higiene oral deficitária, e conseqüentemente arcada dentária incompleta, acuidade visual diminuída, sinais de dispneia, abdome globoso e presença de varizes. Embora esses não sejam sinais de alarme, mas devem ser mais bem investigados pela equipe de saúde, com vistas à prevenção de eventuais problemas de saúde nesses indivíduos, a exemplo da insuficiência venosa e os riscos cardiopulmonares.

Nesse sentido, é necessário que os serviços de saúde criem alternativas para a avaliação da capacidade funcional de pessoas idosas no Brasil, atuando sobre os principais pontos influenciadores de risco, a fim de traçar estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças nessa população.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enferm**, v. 21; n. 3, p. 513-518, 2012.

GORZONI, M. L.; PIRES, S. L.; FARIAS, L. F. C. Temperatura basal em idosos asilados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 2, p. 173-178, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:  
<http://g1.globo.com/economia/noticia/2014/09/idosos-ja-sao-13-da-populacao-e-pais-tem-menos-criancas-diz-pnad.html>.

NUNES, D. P. et al. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciênc saúde coletiva**, v.15, n.6, p. 2887-98, 2010.

NUNES, L. M; PORTELLA, M. R. Idoso fragilizado no domicílio: A problemática encontrada na atenção básica em saúde. **Boletim da Saúde**, v. 17, n. 2, p.120, 2003.

OLIVEIRA, P.B. **Avaliação das condições de saúde de idosos residentes em instituição de longa permanência**. 2012. 182f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012.

SANTOS, F.H.; ANDRADE, V.M.; BUENO, O.F.A. **Envelhecimento: um processo multifatorial**. Psicologia em Estudo. Departamento de Psicologia - Universidade Estadual de Maringá (UEM), v. 14, n. 1, p. 3-10, 2009.

SOUSA, F.J. et al. Condições de vida e saúde de usuários idosos do Programa de Saúde da Família. **Estud interdiscipl envelhec**, v. 20, n. 1, p. 219-234, 2015.

TARANTINO, A. B. **Sistema Respiratório**: noções de anatomia e fisiologia. In: PORTO, C. C.; PORTO, A. L. Semiologia médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. cap. 31. p. 297-301.

SILVA, A. O, MACIEL S. C, COSTA, S. M. G. et al. Envelhecimento Ativo e sua Relação com a Independência Funcional. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 3, p. 513-518, 2012.

ZATTAR, L.C. et al . Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 3, p. 507-521, 2013.