

Estado da publicação: O preprint não foi submetido para publicação

## DEMANDAS DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA RESIDENTE NO MUNICÍPIO DE ARARAS/SÃO PAULO

Higor Matheus de Oliveira Bueno, Caroline Silva Pereira, Márcia Thaís de Souza , Luliana Silva  
Corrêa Araújo, Nataly Aracélia do Carmo, Daiana de Castro Miranda Silva, Gilson de  
Vasconcelos Torres, Aline Maino Pergola-Marconato

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.11256>

Submetido em: 2025-02-12

Postado em: 2025-02-27 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

A moderação deste preprint recebeu o endosso de:

Bruno Araújo da Silva Dantas (ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7442-0695>)

**DEMANDAS DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA RESIDENTE NO MUNICÍPIO DE  
ARARAS/SÃO PAULO**

**HEALTH DEMANDS OF ELDERLY PEOPLE RESIDENT IN THE MUNICIPALITY  
OF ARARAS/SÃO PAULO**

**DEMANDAS EN SALUD DE LOS ANCIANOS RESIDENTES EN EL MUNICIPIO  
DE ARARAS/SÃO PAULO**

**ORCID iDs**

- 1 - Higor Matheus de Oliveira Bueno. Universidade Estadual de Campinas.  
<https://orcid.org/0000-0002-8907-6508>.
- 2 - Caroline Silva Pereira. Universidade Estadual Paulista.  
<https://orcid.org/0009-0002-6319-815X>.
- 3 - Márcia Thaís de Souza. Universidade Estadual de Campinas.  
<https://orcid.org/0000-0001-9857-6558>.
- 4 - Luliana Silva Corrêa Araújo. Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto.  
<https://orcid.org/0009-0002-4764-2775>.
- 5 - Nataly Aracélia do Carmo. Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto.  
<https://orcid.org/0009-0000-6241-6173>.
- 6 - Daiana de Castro Miranda Silva. Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto.  
<https://orcid.org/0000-0003-0718-5549>.
- 7 - Gilson de Vasconcelos Torres. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.  
<https://orcid.org/0000-0003-2265-5078>.
- 8 - Aline Maino Pergola Marconato. Faculdade São Leopoldo Mandic.  
<https://orcid.org/0000-0001-5071-865X>.

**CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA**

Conceptualization - Higor Matheus de Oliveira Bueno, Aline Maino Pergola Marconato.

Data curation - Higor Matheus de Oliveira Bueno, Márcia Thaís de Souza, Aline Maino Pergola Marconato.

Formal analysis - Higor Matheus de Oliveira Bueno, Caroline Silva Pereira, Gilson de Vasconcelos Torres.

Funding acquisition - Aline Maino Pergola Marconato.

Investigation - Higor Matheus de Oliveira Bueno, Caroline Silva Pereira, Márcia Tháís de Souza, Luliana Silva Corrêa Araújo, Nataly Aracélia do Carmo.

Methodology - Higor Matheus de Oliveira Bueno, Caroline Silva Pereira, Márcia Tháís de Souza, Luliana Silva Corrêa Araújo, Nataly Aracélia do Carmo, Daiana de Castro Miranda Silva, Aline Maino Pergola Marconato.

Project administration - Aline Maino Pergola Marconato.

Resources - Aline Maino Pergola Marconato.

Software - Gilson de Vasconcelos Torres.

Supervision - Aline Maino Pergola Marconato, Daiana de Castro Miranda Silva, Gilson de Vasconcelos Torres.

Validation - Aline Maino Pergola Marconato.

Visualization - Higor Matheus de Oliveira Bueno, Aline Maino Pergola Marconato.

Writing – original draft - Higor Matheus de Oliveira Bueno, Caroline Silva Pereira, Márcia Tháís de Souza, Luliana Silva Corrêa Araújo, Nataly Aracélia do Carmo, Daiana de Castro Miranda Silva, Aline Maino Pergola Marconato.

Writing – review & editing - Higor Matheus de Oliveira Bueno, Caroline Silva Pereira, Márcia Tháís de Souza, Luliana Silva Corrêa Araújo, Nataly Aracélia do Carmo, Daiana de Castro Miranda Silva, Aline Maino Pergola Marconato.

## RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento populacional amplia as demandas de saúde em diversos segmentos da vida. **Objetivo:** Identificar as demandas de saúde dos idosos residentes no município de Araras, São Paulo. **Metodologia:** Estudo multicêntrico, longitudinal e analítico, com 112 idosos residentes em Araras/SP, que responderam individualmente: Escala de Vulnerabilidade (VES-13), Short Form Health Survey (SF-36) versão brasileira, Escala de depressão geriátrica (GDS-15) e risco de violência (H-S/EAST). Os dados foram analisados descritivamente e realizado teste Qui Quadrado, associação ( $\alpha=5\%$ ;  $p\text{-valor}<0,05$ ). Aprovação ética sob parecer nº 4393230. **Resultados:** Idade média de 70,2 anos, predominância de idosos jovens (52,7%), masculino (53,6%), brancos (69,6%) e casados (63,4%). As principais demandas foram: doenças crônicas não transmissíveis (72,3%), fragilidade (58,9%), dor (48,2%), vulnerabilidade (42,0%), risco aumentado para violência (36,6%), polifarmácia (25,9%), depressão leve a moderada (15,2%). **Conclusão:** Identificaram-se as demandas de saúde: dor, doenças crônicas, vulnerabilidade, fragilidade, depressão e violência, assim, permite o planejamento de estratégias para a promoção da saúde e proporcionar ao idoso uma vida saudável, independente e com melhor qualidade de vida.

**Palavras-chaves:** Envelhecimento; Saúde do Idoso; Vulnerabilidade em Saúde; Fragilidade; Enfermagem.

## ABSTRACT

**Introduction:** Population aging increases health demands across various life segments. **Objective:** To identify the health demands of elderly residents in the municipality of Araras, São Paulo. **Methodology:** A multicenter, longitudinal, and analytical study was conducted with 112 elderly residents in Araras/SP, who individually responded to: Vulnerability Scale (VES-13), Brazilian version of the Short Form Health Survey (SF-36), Geriatric Depression

Scale (GDS-15), and risk of violence (H-S/EAST). Data were analyzed descriptively, and a Chi-Square test was performed for association ( $\alpha=5\%$ ;  $p\text{-value}<0.05$ ). Ethical approval was granted under opinion no. 4393230. Results: The average age was 70.2 years, with a predominance of young elderly (52.7%), males (53.6%), whites (69.6%), and married individuals (63.4%). The main health demands were: non-communicable chronic diseases (72.3%), frailty (58.9%), pain (48.2%), vulnerability (42.0%), increased risk of violence (36.6%), polypharmacy (25.9%), and mild to moderate depression (15.2%). Conclusion: Health demands such as pain, chronic diseases, vulnerability, frailty, depression, and violence were identified, enabling the planning of strategies for health promotion and providing the elderly with a healthy, independent, and better quality of life.

**Keywords:** Aging; Elderly Health; Health Vulnerability; Frailty; Nursing.

## RESUMEN

Introducción: El envejecimiento de la población aumenta las demandas de salud en diversos segmentos de la vida. Objetivo: Identificar las demandas de salud de los ancianos residentes en el municipio de Araras, São Paulo. Metodología: Estudio multicéntrico, longitudinal y analítico, con 112 ancianos residentes en Araras/SP, que respondieron individualmente: Escala de Vulnerabilidad (VES-13), Cuestionario de Salud SF-36 versión brasileña, Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) y riesgo de violencia (H-S/EAST). Los datos se analizaron descriptivamente y se realizó la prueba de Chi-Cuadrado para asociación ( $\alpha=5\%$ ;  $p\text{-valor}<0,05$ ). Aprobación ética bajo el parecer nº 4393230. Resultados: La edad promedio fue de 70,2 años, con predominio de ancianos jóvenes (52,7%), hombres (53,6%), blancos (69,6%) y casados (63,4%). Las principales demandas fueron: enfermedades crónicas no transmisibles (72,3%), fragilidad (58,9%), dolor (48,2%), vulnerabilidad (42,0%), mayor riesgo de violencia (36,6%), polifarmacia (25,9%) y depresión leve a moderada (15,2%).

Conclusión: Se identificaron demandas de salud como dolor, enfermedades crónicas, vulnerabilidad, fragilidad, depresión y violencia, lo que permite planificar estrategias para la promoción de la salud y brindar a los ancianos una vida saludable, independiente y con mejor calidad de vida.

Palabras clave: Envejecimiento; Salud del Anciano; Vulnerabilidad en Salud; Fragilidad; Enfermería.

## **INTRODUÇÃO**

O envelhecimento da população mundial se consolidou como um fenômeno de crescimento exponencial, com 1,1 bilhão de idosos no mundo em 2020 e, no Brasil, esse grupo populacional é de 29,9 milhões, e representa um dos países com maior número de indivíduos nessa faixa etária, podendo ser associado ao aumento da expectativa de vida, avanço da medicina, acesso à saúde e redução da natalidade (1).

Com envelhecimento, as demandas se ampliaram expressivamente e tem origens em diversos segmentos da vida da pessoa idosa, em especial às demandas de saúde, às quais, por sua vez, englobam necessidades específicas como comorbidades, polifarmácia, dor, fragilidade, vulnerabilidade social, qualidade de vida, depressão e violência familiar. Tais necessidades em saúde, exigem dos serviços de assistência e dos profissionais, habilidades e competências para o oferecimento de uma assistência integral e resolutiva, pois ultrapassam o limiar da prevenção e controle de doenças, e passam a ser somadas à promoção do envelhecimento ativo, autônomo e saudável, garantindo uma melhor qualidade de vida (2-3).

À medida que a população envelhece, surgem desafios individuais bem como coletivos, como por exemplo, a manifestação de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com frequente uso de medicamentos como primeira proposta para o tratamento contribuindo para a manifestação de mais uma demanda de saúde: a polifarmácia, que segundo a Organização

Mundial de Saúde (OMS), é o uso rotineiro e concomitante de quatro ou mais medicamentos (com ou sem prescrição médica) por um paciente (4).

Outras demandas que afetam consideravelmente a vida da pessoa idosa são a vulnerabilidade social, a fragilidade e a depressão. A vulnerabilidade social é entendida como um processo de estar em risco para alteração na condição de saúde, resultante de recurso econômico, social, psicológico, familiar, cognitivo ou físico inadequado. A vulnerabilidade pode induzir a fragilidade, dessa forma, entende-se que é comum o idoso frágil ser vulnerável (6).

A fragilidade caracteriza-se por uma síndrome multifatorial que envolve desregulação do sistema neuroendócrino e disfunção do sistema imunológico, resultando em perda de peso, fraqueza muscular, baixa resistência, diminuição da velocidade de marcha e reduzido nível de atividade física (6). A depressão é um transtorno mental constante e é a principal causa de incapacidade em todo o mundo, contribuindo de forma muito importante para a carga global de doenças (7).

Pode-se dizer que as demandas de saúde podem interferir direta e negativamente na qualidade de vida da pessoa idosa, devido à necessidade de cuidados, reproduzindo um indivíduo vulnerável, frágil e depressivo. Atuar precocemente, com o intuito de prevenção de doenças e promoção de saúde, pode prevenir ou minimizar os agravos e promover uma melhor qualidade de vida.

O objetivo deste estudo foi identificar as demandas de saúde dos idosos residentes no município de Araras, São Paulo.

## MÉTODO

Estudo multicêntrico em rede internacional de pesquisa, longitudinal e de caráter quantitativo e analítico, realizado em Araras, situado a 152,9 Km da capital São Paulo e possui uma população de 118.843 pessoas, destas 14.854 (12,5%) são idosas (8).

Os idosos foram localizados de acordo com os endereços provenientes do banco de dados das unidades de saúde. Depois da escolha dos bairros para cada dia de coleta, os idosos foram convidados a participar de modo aleatório, bem como por indicações dos participantes. Os critérios de inclusão foram: possuir 60 anos ou mais, residir na cidade de Araras/SP, obter 17 pontos ou mais no instrumento Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (9). Os critérios de exclusão foram: possuir amputação de membros impossibilitando a funcionalidade ou diagnóstico médico de deficiência intelectual, neurológica ou mental.

Para esse estudo, a amostra foi composta por 112 idosos, coletados individualmente através de instrumentos validados nacionalmente, que foram transcritos para a plataforma Google Formulários<sup>®</sup>, e aplicados como entrevista por equipe previamente capacitada para a coleta de dados. A coleta foi iniciada em Julho de 2021, obedecendo às determinações da Secretaria Municipal de Saúde para segurança sanitária e protocolo de prevenção de contaminação pela COVID-19 dos respondentes e pesquisadores. A coleta de dados continua em andamento.

Os instrumentos utilizados foram: os dados sociodemográficos e de saúde pela Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (faixa etária em idosos jovens de 60 a 70 anos, medianamente idosos de 71 a 80 anos e muito idosos de 80 anos ou mais, sexo masculino ou feminino, raça/cor em branca, não branca ou não declarada e estado civil em casado, viúvo, divorciado ou solteiro); a Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE) cuja classificação é: 0-4 pontos não apresenta fragilidade; 5-6 aparentemente frágil; 7-8 fragilidade leve; 9-10 fragilidade moderada; 11 ou mais fragilidade severa (10-11,14); a Escala de Vulnerabilidade

(VES-13) que possui pontuação entre 0 e 13 pontos, sendo igual ou maior a 3 pontos indicativa de indivíduo vulnerável e, pontuação menor a 3 não vulnerável (12-13); o Short Form Health Survey (SF-36), versão brasileira, classifica em pior qualidade de vida (0 pontos) à melhor qualidade de vida (100 pontos), de acordo com cada domínio ou dimensão (15); a escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) que avalia a improbabilidade de depressão (0-5 pontos), depressão leve a moderada (6-9 pontos), depressão severa (10-15 pontos) (16); e, o instrumento H-S/EAST, que por sua vez, avalia o risco de violência em idosos, classificado em risco diminuído de violência (0-2 pontos) e risco aumentado para violência (3 pontos ou mais) (17).

Para a análise inferencial às classificações gerais dos instrumentos foram categorizadas desta forma: EFE categorizado em não frágil (0-4 pontos) ou frágil (5-11 pontos); VES-13 categorizado como não vulnerável (0-2 pontos) ou vulnerável (3 pontos ou mais); SF-36 em pior qualidade de vida (0-49 pontos) ou melhor qualidade de vida (50-100 pontos); GDS-15 em depressão improvável (0-5 pontos) ou depressão provável (6-15 pontos); H-S/EAST em risco diminuído para violência (0-2 pontos) ou risco aumentado para violência (3 pontos ou mais).

As variáveis foram organizadas no Google Planilhas® e analisadas com o Software Estatístico SPSS® versão 23.0. Para análise descritiva foram utilizadas as frequências absolutas e relativas. Para análise inferencial não paramétrica foi empregado o teste estatístico Qui Quadrado, com nível de significância de 5% e probabilidade estatística inferior a 5%.

O projeto multicêntrico foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sob parecer 4.267.762 e, do Centro Universitário Hermínio Ometto (FHO) sob parecer 4.393.230. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após as devidas orientações e garantias.

Esta pesquisa obteve apoio financeiro do Centro Universitário Fundação Hermínio Ometto por meio do Programa de Iniciação Científica (PIC 2022).

## RESULTADOS

A média de idade da amostra foi de  $70,2 \pm 7,85$ , com maioria de idosos jovens ( $n= 59$ , 52,7%), do sexo masculino ( $n= 59$ , 52,7%), de cor branca ( $n= 78$ , 69,6%) e casados ( $n= 69$ , 61,6%). Na Tabela 1 estão apresentadas as características sociodemográficas.

**Tabela 1** – Características sociodemográficas dos participantes ( $n=112$ ). Araras/SP, 2022.

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária</b>		
Idosos Jovens (60 a 70 anos)	59	52,7
Medianamente Idosos (71 a 80 anos)	36	32,1
Muito Idosos (80 anos ou mais)	17	15,2
<b>Sexo</b>		
Masculino	60	53,6
Feminino	52	46,4
<b>Raça/Cor</b>		
Branca	78	69,6
Não branca	32	28,6
Não declarada	02	1,8
<b>Estado civil</b>		
Casado	71	63,4

Viúvo	27	24,1
Divorciado	08	7,1
Solteiro	06	5,4

---

Na Tabela 2, são apresentadas as variáveis relacionadas à saúde e que representam demandas de cuidado. Ressalta-se a dor presente no relato de (n= 54, 48,2%) idosos, e relatada como intensa por número considerável (n= 24, 21,4%). A frequência de pessoas com DCNT foi de (n= 81, 72,3%) e a polifarmácia está presente em (n= 29, 25,9%), porém, a maioria dos participantes faz uso de algum tipo de medicamento. Entre as doenças mais frequentes estão a hipertensão arterial (HA) (51,7%), seguido de diabetes mellitus (20,5%) e outras doenças ligadas ao sistema cardiovascular, musculoesquelético, respiratório e neoplasias (27,7%).

A pesquisa revelou a quantidade de doenças crônicas presentes em cada idoso sendo que (n= 46, 56,8%) apresentam somente uma comorbidade, enquanto (n= 35, 43,2%) apresentam duas ou mais comorbidades. Considerando a presença de comorbidades, a HA está presente em (n= 54, 48,2%) da amostra, a DM em (n=23, 20,5%) e outras comorbidades (n=19, 27,8%), independente de aparecer de forma isolada ou concomitante a outras doenças.

**Tabela 2** – Características de saúde relatadas (n=112). Araras/SP, 2022.

<b>Características de saúde</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Dor</b>		
Não	58	51,8
Sim	54	48,2
<b>Intensidade da dor</b>		
Fraca	07	6,3
Moderada	11	9,8
Intensa	24	21,4
Extrema	12	10,7
<b>Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)</b>		
Sim	81	72,3
Não	31	27,7
<b>Uso de medicamentos</b>		
Não polifarmácia	83	74,1
Polifarmácia	29	25,9

Na Tabela 3, estão apresentadas as classificações da amostra em relação às escalas de avaliação de fragilidade (EFE), vulnerabilidade (VES-13), depressão geriátrica (GDS-15) e risco para violência (H-S/EAST). A maioria da amostra (59%) apresenta algum grau de fragilidade, é classificada como não vulnerável (58%), tem depressão improvável (82,1%) e risco aumentado para violência (63,4%).

**Tabela 3** – Apresentação das classificações das escalas de avaliação geriátrica (n= 112). Araras/SP, 2022.

<b>Classificação das escalas de avaliação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Escala de fragilidade de Edmonton (EFE)</b>		
Não apresenta fragilidade	46	41,1
Aparentemente frágil	43	38,4
Fragilidade leve	18	16,1
Fragilidade moderada	03	2,7
Fragilidade severa	02	1,8
<b>Escala de vulnerabilidade (VES-13)</b>		
Não vulnerável	65	58
Vulnerável	47	42
<b>Escala de depressão geriátrica (GDS-15)</b>		
Depressão improvável	92	82,1
Depressão leve a moderada	17	15,2
Depressão severa	03	2,7
<b>Escala H-S/EAST</b>		
Risco diminuído para violência	71	63,4
Risco aumentado para violência	41	36,6

Na análise da associação entre a qualidade de vida (SF-36) e a vulnerabilidade (VES-13) dos participantes, houve significância estatística conforme Teste Qui-Quadrado, nos domínios capacidade funcional ( $p < 0,001$ ), aspecto físico ( $p = 0,004$ ), aspecto emocional ( $p = 0,030$ ) e na dimensão saúde física ( $p = 0,022$ ). Para capacidade funcional ( $n = 60$ , 53,6%) foram classificados como não vulneráveis e com melhor qualidade de vida, no entanto, ( $n = 29$ , 25,9%) eram vulneráveis, mas possuíam melhor qualidade de vida. Já ( $n = 18$ , 16,1%)

foram classificados como vulneráveis e com pior qualidade de vida. No aspecto físico, (n= 60, 53,6%) obtiveram melhor qualidade de vida e não vulnerabilidade e (n= 14, 12,5%) eram aqueles com pior qualidade de vida e vulnerabilidade. No aspecto emocional, (n= 57, 50,9%) foram considerados não vulneráveis e com melhor qualidade de vida, e (n= 14, 12,5%) tiveram a pior qualidade de vida e vulnerabilidade. Para a dimensão saúde física (n= 61, 54,5%) possuem melhor qualidade de vida e não vulnerabilidade.

Na análise da fragilidade (EFE) foi identificado que (n= 66, 58,9%) dos idosos eram frágeis e (n= 46, 41,1%) não frágeis. A associação (Teste Qui-Quadrado) entre qualidade de vida (SF-36) e fragilidade (EFE) está na Tabela 4. Houve associação nos domínios de dor e vitalidade, e dimensão saúde física.

**Tabela 4** – Distribuição dos participantes em relação à presença de fragilidade (EFE) e a qualidade de vida (SF-36) (n=112). Araras/SP, 2022.

Qualidade de vida (SF-36)	Idosos não frágeis		Idosos frágeis		p valor*
	n	%	n	%	
<b>Domínios</b>					
<b>Capacidade funcional</b>					
Melhor qualidade de vida	40	35,7	49	43,8	0,153
Pior qualidade de vida	06	5,4	17	15,2	
<b>Aspecto físico</b>					
Melhor qualidade de vida	42	37,5	51	45,5	0,073
Pior qualidade de vida	04	3,6	15	13,4	
<b>Aspecto emocional</b>					
Melhor qualidade de vida	41	36,6	49	43,8	0,057

Pior qualidade de vida	05	4,5	17	15,2	
<b>Dor</b>					
Melhor qualidade de vida	38	33,9	41	36,6	<b>0,022</b>
Pior qualidade de vida	08	7,1	25	22,3	
<b>Saúde mental</b>					
Melhor qualidade de vida	42	37,5	52	46,4	0,115
Pior qualidade de vida	04	3,6	14	12,5	
<b>Vitalidade</b>					
Melhor qualidade de vida	44	39,3	53	47,3	<b>0,023</b>
Pior qualidade de vida	02	1,8	13	11,6	
<b>Aspecto social</b>					
Melhor qualidade de vida	44	39,3	60	53,6	0,467
Pior qualidade de vida	02	1,8	06	5,4	
<b>Estado geral de saúde</b>					
Melhor qualidade de vida	44	39,3	55	49,1	0,070
Pior qualidade de vida	02	1,8	11	9,8	
<hr/> <b>Dimensões</b> <hr/>					
<b>Saúde física</b>					
Melhor qualidade de vida	44	39,3	54	48,2	<b>0,041</b>
Pior qualidade de vida	02	1,8	12	10,7	
<b>Saúde mental</b>					
Melhor qualidade de vida	44	39,3	56	50	0,118
Pior qualidade de vida	02	1,8	10	8,9	

---

\*Teste Qui Quadrado

Verificou-se que (n= 92, 82,1%) dos idosos foram classificados como depressão improvável e, a associação entre a presença de sintomas depressivos (GDS-15) com a qualidade de vida (SF-36) está na Tabela 5. Nos domínios de saúde mental, vitalidade, aspecto social e no escore total do SF-36, a maioria dos idosos com melhor qualidade de vida apresentavam depressão improvável.

**Tabela 5** – Distribuição dos participantes em relação a ocorrência de sintomas depressivos (GDS-15) e a qualidade de vida (SF-36) (n=112). Araras/SP, 2022.

Qualidade de vida (SF-36)	Idosos com depressão improvável		Idosos com depressão presente		p valor*
	n	%	n	%	
	<b>Domínios</b>				
<b>Capacidade funcional</b>					
Melhor qualidade de vida	72	64,3	17	15,2	0,760
Pior qualidade de vida	20	17,9	03	2,7	
<b>Aspecto físico</b>					
Melhor qualidade de vida	78	69,6	15	13,4	0,327
Pior qualidade de vida	14	12,5	05	4,5	
<b>Aspecto emocional</b>					
Melhor qualidade de vida	77	68,8	13	11,6	0,068
Pior qualidade de vida	15	13,4	07	6,3	
<b>Dor</b>					
Melhor qualidade de vida	68	60,7	11	9,8	0,109
Pior qualidade de vida	24	21,4	09	8,0	

**Saúde mental**

Melhor qualidade de vida	85	75,9	09	08	<b>&lt;0,001</b>
Pior qualidade de vida	07	6,3	11	9,8	

**Vitalidade**

Melhor qualidade de vida	85	75,9	12	10,7	<b>0,001</b>
Pior qualidade de vida	07	6,3	08	7,1	

**Aspecto social**

Melhor qualidade de vida	89	79,5	15	13,4	<b>0,004</b>
Pior qualidade de vida	03	2,7	05	4,5	

**Estado geral de saúde**

Melhor qualidade de vida	82	73,2	17	15,2	0,699
Pior qualidade de vida	10	8,9	03	2,7	

---

**Dimensões**

---

**Saúde física**

Melhor qualidade de vida	83	74,1	15	13,4	0,127
Pior qualidade de vida	09	8,0	05	4,5	

**Saúde mental**

Melhor qualidade de vida	86	76,8	14	12,5	<b>0,007</b>
Pior qualidade de vida	06	5,4	06	5,4	

**Classificação Total SF-36**

Melhor qualidade de vida	86	76,8	15	13,4	<b>0,025</b>
Pior qualidade de vida	06	5,4	05	4,5	

---

**\*Teste Qui Quadrado**

Dos idosos, (n= 71, 63,4%) apresentaram risco diminuído para violência , no entanto, destaca-se que (n= 41, 36,6%) apresentam risco aumentado. Na análise estatística entre risco para violência (H-S/EAST) e qualidade de vida (SF-36) foi identificado que, no domínio saúde mental, (n= 65, 58,0%) possuem risco diminuído para violência e melhor qualidade de vida, e (n= 29, 25,9%) risco aumentado de violência e melhor qualidade de vida, apresentando significância ( $p=0,007$  - Teste de Qui-Quadrado). Para os outros domínios e dimensões não houve significância estatística.

## DISCUSSÃO

Os idosos estudados retratam um cenário composto, em sua maioria, por idosos jovens, de cor branca e casados, com uma frequência expressiva de dor aguda e intensa, portadoras de DCNT, semelhante a um estudo sobre a ocorrência de vulnerabilidade e fragilidade na população idosa de Fortaleza (6).

Dentre as patologias com mais incidência está a hipertensão arterial (HA), seguido de diabetes mellitus e outras doenças ligadas ao sistema cardiovascular. Um estudo realizado em Mato Grosso demonstrou que 67,4% dos idosos tinham HA e, em Sobral/Ceará, 32,7% apresentavam a doença (18-19).

Os sintomas depressivos estão presentes em 17,9% dos participantes, destes, apenas 20% não possuíam DCNT, sugerindo a importância do desenvolvimento de estratégias para prevenir e diminuir a ocorrência de casos de depressão (19).

A dor, relacionada ou não à doenças, representa uma demanda de saúde relevante na vida da pessoa idosa, pois o idoso com dor, tem impacto significativo em outros aspectos, como funcionalidade, cuidados diários de vida, autonomia e qualidade de vida e pode ser fator preditor para o risco de violência (20).

Estudo realizado em uma cidade no interior de São Paulo, demonstra que a qualidade de cuidados decai quando um idoso com restrições de funcionalidade passa períodos de tempos extensos sem acompanhamento, caracterizando situações de negligência, ou mesmo de abandono, que se enquadram como violência familiar, com isso, gera redução da qualidade de vida e a probabilidade de outros tipos de violência aumentam, tema extremamente relevante diante do fenômeno crescente de envelhecimento (21).

O adoecimento, adicionado às alterações fisiológicas do envelhecimento, influencia múltiplas dimensões da vida do idoso e compromete a funcionalidade e o bem-estar (13). Com o aumento da expectativa de vida há, simultaneamente, uma exposição maior destes indivíduos a fragilidade, vulnerabilidade social e conseqüentemente, a violência física e psicológica, configurando um problema de saúde pública devido a suas vastas implicações na qualidade de vida (5).

Observou-se considerável frequência de idosos frágeis, no entanto, chama-se a atenção para aqueles que apesar de serem classificados como tal, possuem boa qualidade de vida, ou seja, a autoavaliação da qualidade de vida pelos participantes, expõe que independentemente dos resultados do EFE serem reduzidos, compatíveis com a presença de fragilidade, os participantes ainda se consideram com boa qualidade de vida (13).

A fragilidade pode estar relacionada à diminuição da capacidade funcional em decorrência da sarcopenia (22), entretanto, os idosos estudados, apesar de considerados frágeis e vulneráveis obtiveram melhor qualidade de vida nas dimensões de saúde física e vitalidade. Observou-se também que 42% dos idosos foram considerados vulneráveis, embora com melhor qualidade de vida. Esses resultados sugerem que, comumente, a pessoa idosa apesar dos comprometimentos que apresenta, considera-se satisfeita e com boa qualidade de vida, uma vez que o bem-estar na velhice é subjetivo e não corresponde, necessariamente, à ausência de doenças ou alterações funcionais (23).

A vulnerabilidade e fragilidade aumentam a prevalência de DCNT e incapacidades, ocasionam sobrecarga familiar, redução da qualidade de vida e elevam os custos dos serviços de saúde (6) e influenciam na qualidade de vida.

Em decorrência das demandas de saúde como, dor, DCNT, vulnerabilidade, fragilidade e depressão, o idoso pode ter comprometimento da funcionalidade, tornando-se dependente de familiares e cuidadores, favorecendo a suscetibilidade à violência (24-25). Neste estudo, apurou-se que 63,4% apresenta risco diminuído para violência, porém, para 36,6% há risco aumentado de violência. Uma pesquisa realizada em Pernambuco demonstrou que cerca de 21% são vítimas de violência (24) e nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro 14,4% estavam expostos a situações de abuso (25). É necessário investigar os mecanismos e fatores de risco que influenciam na ocorrência de violência, abuso e maus tratos contra a pessoa idosa (24-25), para que assim possam ser desenvolvidas medidas eficazes na prevenção e no combate de violência conforme as realidades específicas.

Diante do exposto, nota-se a importância de identificar as demandas de saúde que acometem a população idosa, pois podem resultar na diminuição da qualidade de vida e com isso, propiciar más condições de saúde e gerar altos gastos. Ao identificar os problemas localmente, pode-se estabelecer estratégias para promoção de saúde e prevenção de agravos de maneira mais efetiva e, com isso, aumentar a longevidade saudável, autônoma e independente, adjunto a qualidade de vida.

Para a realização desta pesquisa houve limitações como o surgimento da pandemia do SARS-CoV-2 que atrasou a coleta de dados, que teve início apenas com a redução dos casos de Covid-19. Outra limitação foi a falta de adesão dos idosos, seja por falta de conhecimento da importância das pesquisas científicas ou pela quantidade de instrumentos envolvidos na entrevista.

## CONCLUSÃO

As principais demandas de saúde encontradas nos idosos estudados no município de Araras/São Paulo foram: dor, DCNT, vulnerabilidade social, fragilidade, depressão e violência, respectivamente. Portanto, é importante compreender estas demandas de saúde da pessoa idosa e os mecanismos desencadeadores para que assim possa reduzir sua ocorrência.

Identificados localmente, estes dados são relevantes para o município, para que sejam reconhecidas as demandas de saúde e com isso estabeleça o fortalecimento das políticas públicas e estratégias de prevenção, promoção de saúde e conseqüentemente ações efetivas que repercutem em um melhor estilo de vida não só para os longevos, mas para toda a população que irá envelhecer.

## REFERÊNCIAS

1. Campos VS, Araújo PO, Araújo BO, Assis MM, Araújo EG. Idosa woman's health: resolubility of care in the family health strategy. BJDV [homepage Internet]. 2020 [cited 2022 Jul 27]; 6(12):98787-802. Available from: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n12-388>.
2. Schenker M, Costa DH. Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in Primary Health Care. Cienc saude colet [homepage Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 27]; 24:1369-80. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>.
3. Mota FR, Oliveira ET, Marques MB, Bessa ME, Leite BM, Silva MJ. Family and social networks of support for meeting the demands of health of the elderly. Esc Anna Nery Rev Enferm [homepage Internet]. 2010 [cited 2022 Aug 12]; 14:833-38. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000400025>.

4. Organização Mundial da Saúde. Segurança Global do Paciente. Medicação sem danos. Organização Mundial da Saúde, 2017.
5. Jesus IT, Orlandi AA, Grazziano ES, Zazzetta MS. Frailty of the socially vulnerable elderly. *Acta Paul Enferm* [homepage Internet]. 2017 [cited 2022 Aug 12];30:614-20. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700088>.
6. Sousa CR, Coutinho JF, Freire Neto JB, Barbosa RG, Marques MB, Diniz JL. Factors associated with vulnerability and fragility in the elderly: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm* [homepage Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 12]; 75(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0399>.
7. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings; 2010. [cited 2014 Sept 24]. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf).
8. Instituto brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. [homepage Internet]. 2011 [citado 2022 jul. 30]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/araras/panorama>.
9. Melo DM, Barbosa AJ. Use of the Mini-Mental State Examination in research on the elderly in Brazil: a systematic review. *Cienc saude colet* [homepage Internet]. 2015 [cited 2022 Aug 12]; 20:3865-76. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015>.
10. Fabrício-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Cross-cultural adaptation and validity of the “Edmonton frail scale – EFS” in a brazilian elderly sample. *Rev Latino-am Enfermagem* [homepage Internet]. 2009 [cited 2022 Aug 12]; 17(6):1043-9. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000600018>.

11. Moura K, Jesus IT, Orlandi AA, Zazzetta MS. Frailty and social support older adults' in a vulnerable region: an approach in a family health unit. *Rev Aten Saúde* [homepage Internet]. 2020 [cited 2022 Aug 12]; 18(63):65-73. Available from: doi: 10.13037/ras.vol18n63.6342.
12. Luz LL, Santiago LM, Santos JFS da, Mattos IE. First stage of the cross-cultural adaptation of the instrument The Vulnerable Elders Survey (VES-13) to Portuguese. *Cad Saúde Pública* [homepage Internet]. 2013 [cited 2022 Aug 12]; 29(3):621-8. [Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000300019>].
13. Maia F de OM, Duarte YA de O, Secoli SR, Santos JLF, Lebrão ML. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2012 Oct 1 [cited 2022 Jun 8];46:116–22. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/rFRhbJC69dGGmvYcZyj55JR/?lang=pt>.
14. Lenardt MH, Carneiro NH, Binotto MA, Willig MH, Lourenço TM, Albino J. Frailty and quality of life in elderly primary health care users. *Rev Bras Enferm* [homepage Internet]. 2016 [cited 2022 Aug 12]; 69(3):448-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690309i>.
15. Campolina AG, Bortoluzzo AB, Ferraz MB, Ciconelli RM. Validation of the brazilian version of the generic six-dimensional short form quality of life questionnaire (SF-6D Brazil). *Ciênc saúde colet* [homepage Internet]. 2011 [cited 2022 Aug 12]; 16(7):3103-10. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800010>.
16. Almeida OP, Almeida SA. Reliability of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) short form. *Arq Neuro-Psiquiatr* [homepage Internet]. 1999 [cited 2022 Aug 12]; 57(2B):421-6. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>.

17. Reichenheim ME, Paixão Jr CM, Moraes CL. Portuguese (Brazil) cross-cultural adaptation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) used to identify risk of violence against the elderly. *Cad Saúde Pública* [homepage Internet]. 2008 [cited 2022 Aug 12]; 24(8):1801-13. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800009>.
18. Machado WD, Gomes DF, Freitas CASL, Brito MCC, Moreira ACA. Elderly with not transmitted chronic diseases: a group association study. *Revista Ciência & Saberes - UniFacema* [homepage Internet]. 2017 [cited 2022 Aug 12]; 3(2):445–51. Available from: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/194>.
19. Corrêa ML, Carpena MX, Meucci RD, Neiva-Silva L. Depression in the elderly of a rural region in Southern Brazil. *Ciênc saúde colet* [homepage Internet]. 2020 [cited 2022 Aug 12]; 25(6):2083–92. Available from: <http://www.scielo.br/j/csc/a/bBD6tYJXZPPhGYkhfvf4Dbh/abstract/?lang=pt>.
20. Santos JM, Andraus RAC, Pires-Oliveira DAA, Fernandes MTP, Frâncica MC, Poli-Frederico RC, *et al.* Análisis de la funcionalidad de ancianos con osteoartritis. *Fisioter Pesqui* [homepage Internet]. 2015 [cited 2022 Aug 12]; 22(2):161-8. Available from: <https://doi.org/10.590/1809-2950/13922922022015>.
21. Ferraresi NFRP, Barham EJ, Albuquerque PP. Elderly victims of violence: sociodemographic factors and subsidies for future interventions *Estudos e Pesquisas em Psicologia* [homepage Internet]. 2013 [cited 2022 Aug 12]; 13(3):1159-81. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451844512020>.
22. Fhon JR, Rodrigues RA, Santos JL, Diniz MA, Santos EB, Almeida VC, *et al.* Factors associated with frailty in older adults: a longitudinal study. *Rev Saúde Pública* [homepage Internet]. 2018 [cited 2022 Aug 12]; 52(74). Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/148599>.

23. Martinelli M, Rueda FJM. The influence of subjective well-being quality of life in elderlies. *Psicol am lat* [homepage Internet]. 2020 [cited 2022 Aug 12]; 34:183-93. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2020000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2020000200009&lng=pt&nrm=iso).
24. Lino VTS, Rodrigues NCP, Lima IS, Athie S, Souza ER. Prevalence and factors associated with caregiver abuse of elderly dependents: The hidden face of family violence. *Cienc saude colet* [homepage Internet]. 2019 [cited 2022 Aug 12]; 24:87-96. Available from: <http://www.scielo.br/j/csc/a/QxHXfX5YtMZSgsznGf4yT5w/?lang=pt>.
25. Blay SL, Laks J, Marinho V, et al. Prevalence and Correlates of Elder Abuse in São Paulo and Rio de Janeiro. *J Am Geriatr Soc* [homepage na Internet]. 2017 [cited 2022 Aug 12]; 65(12):2634-8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.15106>.

## **CONFLITO DE INTERESSES**

Os autores do manuscrito intitulado DEMANDAS DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA RESIDENTE NO MUNICÍPIO DE ARARAS/SÃO PAULO, declaramos) que não possuímos conflito de interesse de ordem: financeiro, comercial, político, acadêmico e pessoal. Declaramos também que o apoio financeiro e o material recebido para o desenvolvimento deste trabalho estão claramente informados no texto. As relações de qualquer tipo que possam levar a conflito de interesse estão completamente manifestadas abaixo.

Campinas, 12 de Fevereiro, de 2025.

## Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.