

## CAPACIDADE FUNCIONAL E MORBIDADES REFERIDAS DE IDOSOS EM UMA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF<sup>a</sup>

Adriano Luiz da Costa FARINASSO<sup>b</sup>  
Sueli MARQUES<sup>c</sup>  
Rosalina Aparecida Partezani RODRIGUES<sup>d</sup>  
Vanderlei José HAAS<sup>e</sup>

### RESUMO

O estudo objetivou caracterizar a percepção de saúde, capacidade funcional e prevalência de morbidades auto-referidas de idosos mais velhos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família. A amostra foi composta por 86 idosos (75 anos ou mais) de um município do norte do Paraná, Brasil. A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2004, utilizando uma adaptação do OARS; 47,7% avaliaram a saúde entre boa e ótima; 77,9% eram independentes; 76,7% apresentaram co-morbidades. Discute-se a importância das equipes de saúde da família na adoção de medidas preventivas e promocionais de saúde ao idoso e a sua família.

**Descritores:** Idoso. Idoso de 80 anos ou mais. Programa Saúde da Família. Perfil de saúde.

### RESUMEN

*La finalidad de este estudio fue caracterizar la percepción de salud, capacidad funcional y predominio de enfermedades auto-referidas de ancianos viejos en una área de alcance de la Estrategia de Salud de la Familia. La muestra consistió en 86 ancianos viejos (75 años o más) de un municipio del norte de Paraná, Brasil. La recopilación de datos fue realizada en el segundo semestre de 2004 por medio de una adaptación del OARS. 47,7% evaluaron la salud entre buena y óptima; 77,9% eran independientes; 76,7% presentaron co-morbilidades. Se discute la importancia de los equipos de salud de la familia en la adopción de medidas preventivas y promocionales de salud para el anciano y su familia.*

**Descriptorios:** Anciano. Anciano de 80 años y mas. Programa Salud de la Familia. Perfil de salud.

**Título:** Capacidad funcional y enfermedades referidas de ancianos en un área de alcance del Programa de Salud de la Familia.

### ABSTRACT

*This study aimed at characterizing the health perception, functional capacity and prevalence of self-referred diseases among the elderly in an area covered by the Family Health Strategy. The sample consisted of 86 elderly people (75 years or older) from a city in the north of Paraná, Brazil. The data were collected in the second semester of 2004 by means of an adapted version of the OARS. 47.7% evaluated their health between good and excellent; 77.9% were independent; 76.7% presented co-morbidities. This article discusses the importance of the family health teams in the adoption of health preventive and promotional measures for the elderly and their families.*

**Descriptors:** Aged. Aged, 80 and over. Family Health Program. Health profile.

**Title:** Functional capacity and referred morbidity of elderly in an area covered by the Family Health Program.

<sup>a</sup> Trabalho extraído da dissertação de Mestrado: Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) em 2005.

<sup>b</sup> Mestre em Enfermagem, Professor da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR).

<sup>c</sup> Doutora em Enfermagem, Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP.

<sup>d</sup> Doutora em Enfermagem, Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP.

<sup>e</sup> Doutor em Ciências, Professor PRODOC – CAPES da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP.

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial é uma realidade incontestável. As pessoas estão vivendo por mais tempo, ocasionando mudanças importantes em diversos setores da sociedade. As alterações nos padrões de morbimortalidade fizeram com que a preocupação pelas doenças infecto-contagiosas perdessem espaço para a alta prevalência das doenças crônicas.

A transição epidemiológica constitui um fenômeno complexo de mudanças nos padrões de saúde, doença, mortalidade, fecundidade e estrutura etária, aliados aos determinantes socioeconômicos, ecológicos, de estilo de vida e de cuidado em saúde<sup>(1)</sup>.

Com o aumento da idade as chances de aparecimento de uma ou mais doenças são maiores, o que não impede muitos idosos de viverem sem limitações. Nesta lógica, o importante na velhice é ter autonomia e independência, ou seja, que sua capacidade funcional não seja prejudicada. Assim, a saúde passa a ser resultante da interação entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, interação social, suporte familiar e independência econômica<sup>(2)</sup>.

A capacidade funcional, ou seja, a “capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma”<sup>(3:12)</sup>, revela-se como o conceito mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso, do ponto de vista da saúde pública.

A incapacidade funcional representa a presença de dificuldade ou impossibilidade para desempenhar as atividades da vida cotidiana, relacionadas com a presença de algumas doenças e/ou deficiências, e influenciadas por fatores sócio-demográficos<sup>(4)</sup>.

A saúde do idoso é medida pelos indicadores de morbidade e capacidade funcional. A capacidade funcional pode ser medida em duas áreas: as atividades da vida diária (AVDs) – como, banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro em

tempo, deitar/levantar-se da cama ou cadeira, alimentar-se sozinho, pentear-se, cortar as unhas dos pés, subir um lance de escada e andar no plano que representam as atividades básicas relativas ao cuidado pessoal – e as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) – tais como, preparar refeições, subir escadas, pegar ônibus, andar perto de casa, tomar remédios na hora certa, fazer limpeza de casa e usar telefone – que são atividades funcionais mais complexas e, em geral, são necessárias para levar uma vida mais independente na comunidade<sup>(5,6)</sup>.

A maioria das doenças crônicas não transmissíveis apresenta longa duração e risco de complicações, exigindo constante controle e cuidados permanentes<sup>(7)</sup>. Ainda, associadas aos resultados do próprio processo de envelhecimento, resultam na perda das funções físicas e mentais dos idosos, interferindo na capacidade funcional para desempenhar as atividades diárias. O número de comorbidades é um fator fortemente associado às incapacidades funcionais e, conseqüentemente, à dependência<sup>(4)</sup>.

Apesar de haver a preferência dos idosos em ocuparem domicílios unipessoais, a situação de dependência resulta na coresidência com os filhos e outros familiares, o que aumenta a probabilidade de receber apoio financeiro e ajuda nas atividades diárias<sup>(8)</sup>. Por conseguinte, a família representa importante papel no que se refere ao suporte social e econômico do idoso. No entanto, não existe, ainda, um sistema formal eficiente de amparo à saúde do idoso e ao bem estar da família<sup>(9,10)</sup>.

As políticas sociais, tanto para os idosos quanto para a população em geral, têm-se estruturado de forma fragmentada, dirigindo-se ao atendimento individualizado, desconsiderando o universo familiar e comunitário. Essa fragmentação das políticas proporciona o surgimento de novas propostas, o que faz crescer internacionalmente a visão de que as unidades de atuação **família** e **comunidade** são pontos

importantes da estratégia de integração destas políticas<sup>(11)</sup>.

A valorização política da família no contexto de saúde nacional resultou na criação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, em 1993, como tentativa de reversão do modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativista, historicamente instalado no sistema de saúde brasileiro<sup>(12)</sup>. Assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é percebida como uma política pública operacional que reorienta as ações de saúde para o núcleo familiar, espaço este onde, indubitavelmente, encontram-se, também, os idosos.

Nesse contexto em que emerge a Saúde da Família, considerando os relacionamentos familiares e os arranjos domiciliares determinantes do processo saúde-doença, é que se deve conhecer a real situação de saúde da população idosa brasileira.

Assim, urge a necessidade de desenvolver pesquisas a fim de instrumentalizar as equipes de saúde da família na elaboração e inserção de novas ações em saúde para atender esta emergente parcela da população. Esta medida pode favorecer a consolidação do sistema formal de apoio ao idoso.

## 2 OBJETIVO

Caracterizar um grupo de idosos, com 75 anos a mais de idade, em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, quanto a percepção de saúde, capacidade funcional e a prevalência de morbidades auto-referidas.

## 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo seccional descritivo, realizado em um município localizado na zona hidrográfica da Bacia do Ivaí, ao norte do Estado do Paraná, Brasil. Possui 20.014 habitantes, conforme estimativas do IBGE para 2003. Com relação aos aspectos demográficos, apresenta taxa de crescimento de -0,70%,

considerando os anos de 1991/2000, e taxa de urbanização de 87% para o ano de 2003. Possui seis equipes de saúde da família, compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), abrangendo 100% das famílias, subdivididas da seguinte maneira: cinco equipes acompanham a população urbana, dispostas em três Unidades Básicas de Saúde (UBS), e uma atende toda a zona rural.

A população foi composta por idosos com 75 anos ou mais de idade, residentes na área urbana de abrangência da ESF que satisfaziam os seguintes critérios: (1) ter idade igual ou superior a 75 anos; (2) sexo masculino e feminino; (3) residir, no mínimo, por seis meses em área urbana do município e de abrangência da ESF, conforme cadastro no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); (4) possuir, no ato da entrevista, condições cognitivas para responder o questionário, ou a presença de um familiar ou cuidador que pudesse auxiliar nas respostas.

Para seleção da amostra, utilizou-se procedimento aleatório, sorteando-se 20% dos idosos em cada um dos três estratos, conforme a localização da residência definida por critérios geográficos e sócio-econômicos: 1) região periférica, bairros de recente povoação, incluindo vilas, mutirões e favelas; 2) adjacências ao centro da cidade, composta por micro-áreas próximas ao centro da cidade, mas com padrão econômico e de moradia inferior ao centro; 3) região central, composta por micro-áreas onde é evidente o nível socioeconômico elevado.

A coleta de dados foi realizada entre o período de julho a outubro de 2004, pelo pesquisador, cinco enfermeiras que compõem as equipes de Saúde da Família da zona urbana e duas alunas do 4º ano de graduação em enfermagem da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), no próprio domicílio do idoso. As entrevistadoras foram devidamente treinadas pelo pesquisador e uma enfermeira doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da

Universidade de São Paulo, para utilização do instrumento proposto.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário estruturado proveniente de uma adaptação do *Older Americans Resources and Services (OARS)*, elaborado pela *Duke University* em 1978, adaptado e validado para a cultura brasileira<sup>(13)</sup>.

Apresentou-se aos participantes da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo informações relevantes referentes ao trabalho. Após os devidos esclarecimentos, os sujeitos assinaram o referido Termo, seguindo-se, então, à aplicação do questionário. As entrevistas tiveram duração média de 55 minutos. Após três tentativas sem êxito de aplicação, as perdas foram registradas como mudança de endereço ou participante não encontrado.

Para a análise, os dados foram primeiramente, digitados em um banco de dados, no Programa *Excel*, em dupla entrada para verificação da consistência interna dos dados. Após a validação, os dados foram exportados para o programa *Statiscal Package for the Social Science (SPSS)*, versão 11.5,

que foi utilizado tanto na análise descritiva (tabelas de contingência) quanto inferencial.

Esta pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá.

#### 4 RESULTADOS

Dos 595 idosos com 75 anos ou mais de idade, residentes na zona urbana e cadastrados no SIAB, foi sorteada uma amostra aleatória estratificada de 119 indivíduos. Destes, 31% representaram perdas, subdivididas em 18,5% por óbito, 7,5% por mudança e 5% por recusa, restando em 86 indivíduos estudados. A média de idade dos entrevistados foi de 82 anos. A proporção de mulheres (51,1%) apresentou-se maior em relação aos homens (48,9%).

A Tabela 1 apresenta a distribuição percentual de quatro indicadores de condições de saúde dos idosos. A percepção de saúde como **ótima** ou **boa** foi relatada por 47,7% dos entrevistados, sendo que a proporção de homens com esta percepção (57,1%) foi maior que as mulheres.

Tabela 1 – Distribuição percentual de alguns indicadores da condição de saúde, segundo sexo, em uma amostra de idosos acima de 75 anos sob abrangência do PSF. Jandaia do Sul (PR), 2004.

| Condição de saúde \ Sexo                    | Masculino |      | Feminino |      | Total |      |
|---|-----------|------|----------|------|-------|------|
|   | n         | %    | n        | %    | n     | %    |
| <b>Percepção de saúde</b>                   |           |      |          |      |       |      |
| Ótima/boa                                   | 24        | 57,1 | 17       | 38,6 | 41    | 47,7 |
| Regular                                     | 15        | 35,7 | 22       | 50,0 | 37    | 43,0 |
| Ruim/péssima                                | 3         | 7,2  | 5        | 11,4 | 8     | 9,3  |
| <b>Dificuldade para realização das AVD</b>  |           |      |          |      |       |      |
| Nenhuma                                     | 35        | 83,4 | 32       | 72,7 | 67    | 77,9 |
| 1 a 3 AVD                                   | 3         | 7,1  | 4        | 9,1  | 7     | 8,1  |
| 4 a 8 AVD                                   | 1         | 2,4  | 3        | 6,8  | 4     | 4,7  |
| 8 ou mais AVD                               | 3         | 7,1  | 5        | 11,4 | 8     | 9,3  |
| <b>Dificuldade para realização das AVDI</b> |           |      |          |      |       |      |
| Nenhuma                                     | 27        | 64,3 | 26       | 59,1 | 53    | 61,7 |
| 1 a 4                                       | 4         | 9,5  | 6        | 13,6 | 10    | 11,6 |
| 5 a 9                                       | 5         | 11,9 | 4        | 9,1  | 9     | 10,4 |
| Todas                                       | 6         | 14,3 | 8        | 18,2 | 14    | 16,3 |
| <b>Morbidades referidas*</b>                |           |      |          |      |       |      |
| Nenhuma doença                              | 8         | 19,0 | 2        | 4,5  | 10    | 11,6 |
| Uma doença                                  | 8         | 19,0 | 2        | 4,5  | 10    | 11,6 |
| Co-morbidade (mais que duas doenças)        | 26        | 61,9 | 40       | 91,0 | 66    | 76,7 |

Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Jandaia do Sul (PR), 2004.

\* p<0,05

Em relação ao desempenho para as Atividades Básicas da Vida Diária (AVD), 77,9% dos idosos mencionaram não apresentar dificuldade para realizá-las, 22,1% relataram dificuldade em uma ou mais atividades e 9,3% eram dependentes. No que se refere às Atividades Instrumentais da Vida Diária (AVDI), 61,7% referiram realizar todas sem dificuldades e 16,3% totalmente dependentes. Observou-se nos dois casos que a proporção de mulheres dependentes é maior em relação aos homens. Entretanto, esta diferença não é estatisticamente significativa.

Ainda, de acordo com os dados da Tabela 1, o fato de não possuir nenhuma mor-

bidade foi referido por 11,6% dos idosos e 76,7% relataram co-morbidades, ou seja, a presença de mais de duas doenças crônicas. O número de co-morbidades é significativamente maior nas mulheres em comparação com os homens.

A Tabela 2 descreve a distribuição das principais doenças referidas pelos idosos e sua interferência nas atividades diárias. A doença de maior prevalência foi a hipertensão arterial (41,8%), seguida dos problemas de coluna (36%) e má circulação (34,9%). Entretanto, os problemas de coluna e os relacionados ao sono foram referidos como os que mais interferiam na vida diária.

Tabela 2 – Distribuição percentual das morbidades referidas em uma amostra de idosos acima de 75 anos sob abrangência do PSF. Jandaia do Sul (PR), 2004.

| Morbidades referidas | Interferência nas atividades diárias |      | Interfere |      | Total |      |
|----------------------|--------------------------------------|------|-----------|------|-------|------|
|                      | Não interfere                        |      | Interfere |      |       |      |
|                      | n                                    | %    | n         | %    | n     | %    |
| Hipertensão arterial | 22                                   | 25,6 | 14        | 16,3 | 36    | 41,8 |
| Problemas de coluna  | 15                                   | 17,4 | 16        | 18,6 | 31    | 36,0 |
| Má circulação        | 18                                   | 20,9 | 12        | 14,0 | 30    | 34,9 |
| Problemas com o sono | 14                                   | 16,3 | 15        | 17,4 | 29    | 33,7 |
| Artrite / artrose    | 17                                   | 19,8 | 11        | 12,8 | 28    | 32,6 |

Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Jandaia do Sul (PR), 2004.

Dos idosos que referiram não possuir nenhuma ou uma morbidade, 90% são independentes para as AVDs. Dentre os que re-

lataram co-morbidades, a proporção de dependentes parciais e totais é maior (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos idosos acima de 75 anos quanto ao número de morbidades referidas por nível de dependência, em uma amostra de idosos acima de 75 anos sob abrangência do PSF. Jandaia do Sul (PR), 2004.

| Número de morbidades | Nível de dependência |              | Dependente parcial (de 1 a 8 ativ.) |                  | Dependente total (de 8 a 12 ativ.) |                  |      |
|----------------------|----------------------|--------------|-------------------------------------|------------------|------------------------------------|------------------|------|
|                      | Total                | Independente | Dependente parcial                  | Dependente total | Dependente parcial                 | Dependente total |      |
|                      | n                    | n            | %                                   | n                | %                                  | n                | %    |
| Nenhuma doença       | 10                   | 9            | 90                                  | 1                | 10                                 | 36               | 41,8 |
| Uma doença           | 10                   | 9            | 90                                  | 0                | 0                                  | 31               | 36,0 |
| Duas doenças         | 14                   | 10           | 71,4                                | 2                | 14,3                               | 30               | 34,9 |
| Três doenças         | 13                   | 11           | 84,6                                | 2                | 15,4                               | 29               | 33,7 |
| Mais de três doenças | 39                   | 28           | 71,8                                | 11               | 15,4                               | 28               | 32,6 |

Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Jandaia do Sul (PR), 2004.

## 5 DISCUSSÃO

A auto-percepção de saúde e as diversas causas de mortalidade possuem forte associação, sendo maior em pessoas acima de 75 anos<sup>(14)</sup>. Dos idosos do presente estudo, 48% avaliaram a própria saúde entre ótima e boa. Esta média foi maior do que a encontrada em uma amostra representativa dos idosos brasileiros acima de 60 anos<sup>(15)</sup>.

A capacidade funcional, em estudos da população idosa, geralmente é dimensionada através do desempenho de algumas atividades diárias. Os resultados mostraram que 77,9% dos idosos entrevistados são independentes em relação as AVDs, proporção relativamente alta quando comparada com estudos brasileiros<sup>(16,17)</sup>. Este resultado se assemelha a um estudo realizado nos Emirados Árabes, que encontrou 83% de idosos independentes<sup>(18)</sup>. No entanto, é arriscado inferir que a situação funcional dos idosos acima de 75 anos, desse estudo, esteja acima da média dos outros estudos nacionais. Tendo em vista que a perda amostral por óbito foi elevada, é provável que os idosos em piores condições de saúde e, conseqüentemente, com prejuízos na capacidade funcional, estejam incluídos nas perdas.

Neste estudo, as mulheres não mostraram-se significativamente mais dependentes que os homens, em desacordo com alguns estudos brasileiros<sup>(14-16)</sup>. Considerando que a proporção de mulheres idosas em relação aos homens tende a aumentar, esta maior dependência das mulheres, evidenciada em outros estudos, constitui-se em um aspecto importante para as equipes de saúde da família. A permanência de idosos incapacitados em suas casas é uma tendência atual<sup>(19)</sup>. Neste contexto, a mulher merece destaque devido ao seu caráter cultural de cuidadora e, neste caso, idosa e dependente. Estratégias para oferecer suporte para esses idosos devem ser desenvolvidas pelas equipes de PSF, considerando estes achados de dependência e feminilização.

Das 12 AVDs avaliadas, subir e descer escadas e andar perto de casa, obtiveram maior referência quanto a dificuldade de execução pelos idosos. Da mesma forma, estas atividades foram as que mais requeriam ajuda de outra pessoa. Portanto, há necessidade de adequação arquitetônica das construções urbanas para os idosos mais dependentes. Tendo em vista que a proporção de idosos mais velhos e dependentes tende a aumentar nos próximos anos, discussões na esfera política a respeito da reestruturação dos espaços urbanos para facilitar a vida dos idosos devem ser estimuladas.

A avaliação das AVDI's traz o nível de independência em que se encontra o idoso nas atividades relacionadas à socialização e a vida ativa dentro da comunidade. Os idosos deste estudo mostraram-se menos independentes no desempenho das AVDI's, quando comparada às AVDs, por aquelas constituírem-se em atividades mais complexas. Em relação ao sexo, esta independência mostrou-se menos discrepante na avaliação das AVDs, mas distribuindo-se de forma semelhante. Estudo realizado no Japão encontrou resultados semelhantes, onde a diferença entre os sexos mostrou-se pequena<sup>(20)</sup>. É restrita a literatura nacional que aborda as AVDI's de forma separada nesta faixa etária da população, o que impossibilita comparações mais precisas.

Dentre o nível de dificuldade, **usar o telefone** foi a tarefa com maior referência, seguida do **uso de transportes coletivos** e **cortar as unhas dos pés**. As dificuldades em desempenhar essas tarefas não devem ser relacionadas somente com as limitações físicas dos idosos, pois o rápido avanço tecnológico nas telecomunicações, com constantes mudanças na utilização de serviços telefônicos, possivelmente, estão relacionados com o nível de dificuldade atribuído pelos idosos na tarefa de usar o telefone.

A prevalência de morbidades crônicas baseia-se nesse estudo na resposta à pergunta: **Quais dessas doenças um médico ou outro profissional de saúde disse que o Sr.**

**ou Sra. tem?** Vale ressaltar que as frequências aqui apresentadas revelam apenas parte do problema, tendo em vista que muitos casos de doenças podem ainda não ter sido diagnosticadas, devido às deficiências dos serviços de saúde e do caráter “silencioso” da maioria das doenças crônicas não transmissíveis.

Na amostra estudada, 76,7% referiram apresentar co-morbidades, sendo que, nesta variável, a proporção de mulheres é, significativamente, maior que os homens. Os resultados revelam que os idosos que referiram nenhuma ou uma doença crônica mostraram-se mais independentes em relação às AVDs. É consenso na literatura que o número de comorbidades é um fator fortemente associado às incapacidades funcionais e, conseqüentemente, à dependência<sup>(4)</sup>. Entretanto, esta associação não mostrou-se significativa neste estudo.

Dentre as doenças mais mencionadas pelos idosos entrevistados, houve destaque para a hipertensão arterial, seguida pelos problemas de coluna e problemas de má circulação. Entretanto, ao classificar os agravos por interferência na vida diária, os problemas de coluna ocupam o primeiro lugar. Na seqüência, observa-se os problemas com o sono e a hipertensão arterial. Este achado deve servir de alerta aos profissionais de saúde envolvidos com os idosos, no sentido de estarem atentos aos problemas que mais interferem negativamente na vida diária, com vistas na sua resolução e/ou controle.

Remetendo ao exposto anteriormente, a saúde dos idosos é determinada pela independência e sua capacidade de desempenhar as mais variadas funções e atividades da vida diária, e essas podem estar associadas às limitações geradas por uma ou mais doenças crônicas. Portanto, a detecção precoce destes agravos, aliada a medidas preventivas com enfoque na melhoria dos hábitos de vida, deve ser papel primordial das equipes de saúde da família com a responsabilidade de pres-

tar assistência integral ao idoso e sua família.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, os resultados deste estudo mostraram que os idosos com 75 anos e mais de idade possuem uma percepção positiva de sua própria saúde. São idosos que, em sua maioria, apresentaram pelo menos uma doença crônica referida, sendo que a hipertensão arterial e os problemas de coluna são os mais prevalentes. A prevalência de doenças não mostrou-se relacionada à dependência destes idosos, como em outros estudos.

A necessidade de instrumentalizar as equipes de saúde da família, para atuar no contexto em que se encontram os idosos na comunidade, é primordial para a criação de uma rede de suporte formal aos idosos e suas famílias. Os idosos dependentes exigem cuidados freqüentes e relações de apoio financeiro que são, na maioria das vezes, exercidos pelos familiares e residentes no domicílio do idoso.

A Estratégia de Saúde da Família deve ser vista como uma alternativa na resolução da ausência de suporte formal para o idoso e família. Educar a família para desempenhar o cuidado ao idoso de maneira adequada, ensinando a adoção de medidas preventivas para as incapacidades e doenças são atividades que devem ser exercidas pelos profissionais das equipes, com destaque para o enfermeiro.

## REFERÊNCIAS

- 1 Onram AR. The epidemiologic transition in the Americas. Washington (DC): PAHO; 1996. 201 p.
- 2 Ramos LR. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. Gerontologia, São Paulo 1993 mar;1(1):3-8.
- 3 Gordilho A, Sergio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espíndola N, *et al.* Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI; 2000. 59 p.

- 4 Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo 2003 fev;37(1):40-8.
- 5 Fillenbaum GG. The wellbeing of the elderly: approaches to multidimensional assessment. Geneva: WHO; 1984. 89 p.
- 6 Levy SM. Avaliação multidimensional do paciente idoso. *In*: Reichel W, Gallo JJ, Busby-Whitehead J, Rabins PV, Silliman RA, Murphy JB. Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. 660 p. p. 15-29.
- 7 Andrade OG. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre (RS) 1997 jul;18(2):123-32.
- 8 Saad PM. Arranjos domiciliares e transferências de apoio formal. *In*: Lebrão ML, Duarte TAO. SABE: Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento: o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília (DF): OPAS; 2003. 255 p. p. 201-24.
- 9 Marques S. O idoso após acidente vascular cerebral: conseqüências para a família [tese de Doutorado em Enfermagem]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004. 165 f.
- 10 Farinasso ALC. Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005. 112 f.
- 11 Vasconcelos EM. Priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate*, Londrina (PR) 1999;23(53):6-19.
- 12 Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF); 1997. 36 p.
- 13 Ramos LR. Growing old in São Paulo, Brazil: assessment of health status and social support of elderly people from different socio-economic strata living in the community [PhD Dissertation]. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1987. 325 f.
- 14 Marcelini F, Leonardi F, Marcucci A, Freddi A. Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Amsterdam 2002;8(Suppl):181-9.
- 15 Lima-Costa M, 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 Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2003 maio/jun;19(3):735-43.
- 16 Ramos LR, Toniolo J, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Perracini M, *et al.* Two-year follow-up of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo 1998 out;5(32):397-407.
- 17 Feliciano AB. A situação do idoso de baixa renda na região da Cidade Aracy – São Carlos, SP: um estudo epidemiológico [tese de Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004. 120 f.
- 18 Margolis SA, Carter T, Dunn EV, Reed RL. The health status of community based elderly in the United Arab Emirates. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Amsterdam 2003;37:1-12.
- 19 Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2003 maio/jun;19(3):861-6.
- 20 Kawamoto R, Yoshida O, Oka Y. Factors related to functional capacity in community-dwelling elderly. *Geriatrics & Gerontology International*, Tokyo 2004 June;4(2):105-10.

---

**Endereço do autor/Author's address:**

Adriano Luiz da Costa Farinasso  
Av. Bandeirantes, 3900  
14.040-902, Ribeirão Preto, SP  
E-mail: [adriano.farinasso@unopar.br](mailto:adriano.farinasso@unopar.br)

Recebido em: 09/03/2005

Aprovado em: 06/03/2006