



## Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos\*

*Morbidity and interference in seniors' functional ability*

*Morbilidad y su interferencia en la capacidad funcional de personas de la tercera edad*

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues<sup>1</sup>, Paula Gobi Scudeller<sup>2</sup>, Elizandra Cristina Pedrazzi<sup>3</sup>, Fábio Veiga Schiavetto<sup>3</sup>, Celmira Lange<sup>4</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Identificar a interferência de morbidades na capacidade funcional de idosos atendidos em serviço ambulatorial de um hospital escola, em Ribeirão Preto-SP, no período de 02/01/2001 a 30/12/2002. **Métodos:** Utilizou-se como instrumento de avaliação, o “*Older Americans Resources and Services*” e um questionário elaborado pelos autores deste estudo. **Resultados:** Os dados dos 195 idosos avaliados foram analisados de forma descritiva, sendo a maioria mulheres (70,3%). A idade variou de 61 a 97 anos, com média de 76 anos. As doenças mais frequentes foram hipertensão arterial (HAS) (72,3%), dislipidemia e artrose (24,1% cada), artrite (23%), diabetes (21,5%). As que interferiram em sete ou mais atividades da vida diária (AVDs) foram: AVC (82,6%), catarata (45,4%), osteoporose (35,0%) e HAS (31,8%); as que interferiram em três ou mais atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), foram: Acidente Vascular Cerebral (AVC)(83,4%), catarata (61,9%); cardiopatias (55,0%) e doença de Chagas (47,4%). **Conclusão:** As morbidades interferem na capacidade funcional dos idosos para as AVDs e AIVDs. **Descritores:** Morbidades/epidemiologia; Idoso; Atividades cotidianas; Idoso fragilizado

### ABSTRACT

**Objective:** Identifying the interference of morbidity of the functional ability of seniors receiving care in an outpatient clinic of a school hospital, in Ribeirão Preto – SP, from January 1, 2001 to December 30, 2002. **Methods:** The instrument of assessment used in this study was “*Older Americans Resources and Services*” and a questionnaire elaborated by the study authors. **Results:** Data from 195 seniors assessed were analyzed descriptively, with most of them being female (70.3%). Age varied from 61 to 97 years, with 76 years being the average. The most frequent diseases were hypertension (HYP) (72.3%), dyslipidemia and arthrosis (24.1% each), arthritis (23%) and diabetes (21.5%). Those interfering in seven or more daily life activities (DLA) were: Stroke (82.6%), cataract (45.5%), osteoporosis (35.0%) and HYP (31.8%); those interfering in three or more instrumental daily life activities (IDLA) were: stroke (83.4%), cataract (61.9%), heart disease (55.0%) and Chagas’ disease (47.4%). **Conclusion:** Morbidities interfere in the seniors’ functional ability to perform DLA and IDLA. **Keywords:** Morbidity/epidemiology; Aged; Activities of daily living; Frail elderly

### RESUMEN

**Objetivo:** Identificar la interferencia de morbilidades en la capacidad funcional de personas de la tercera edad atendidos en consultorios externos de un hospital docente, en Ribeirão Preto-SP, en el período comprendido entre el 02/01/2001 al 30/12/2002. **Métodos:** Se utilizó como instrumento de evaluación el “*Older Americans Resources and Services*” y un cuestionario elaborado por los autores de este estudio. **Resultados:** Los datos de las 195 personas de la tercera edad evaluados fueron analizados de forma descriptiva, siendo la mayoría mujeres (70,3%). La edad varió de 61 a 97 años, con un promedio de 76 años. Las enfermedades más frecuentes fueron hipertensión arterial (HA) (72,3%), dislipidemia y artrosis (24,1% cada), artritis (23%), diabetes (21,5%). Las que interfirieron en siete o más actividades de la vida diaria (AVDs) fueron: ACV (82,6%), catarata (45,4%), osteoporosis (35,0%) e HA (31,8%); las que interfirieron en tres o más actividades instrumentales de la vida diaria (AIVDs), fueron: Accidente Cerebro Vascular (ACV)(83,4%), catarata (61,9%); cardiopatías (55,0%) y enfermedad de Chagas (47,4%). **Conclusión:** Las morbilidades interfieren en la capacidad funcional de las personas de la tercera edad para las AVDs y AIVDs. **Descritores:** Morbilidad/epidemiología; Anciano; Actividades cotidianas; Anciano frágil

\* Trabalho decorrente de Projeto financiado pelo CNPq.

<sup>1</sup> Enfermeira, Professora Titular do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>2</sup> Graduanda em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP– Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>3</sup> Pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>4</sup> Enfermeira, Professora Doutora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – UFPel – Pelotas (RS), Brasil.

## INTRODUÇÃO

A transição demográfica decorrente do processo de envelhecimento populacional vem acompanhada por mudanças epidemiológicas que ocorreram primeiramente nos países desenvolvidos, e de maneira gradual. No Brasil, essa transição não ocorreu de forma semelhante a dos países industrializados, tampouco dos vizinhos latino-americanos, como Chile, Cuba e Costa Rica. A população brasileira envelheceu rapidamente a partir da década de 60 do século XX, e teve como características a queda das taxas de fecundidade e mortalidade, o aumento da expectativa de vida ao nascer e, principalmente, as mudanças no padrão nosológico. Esta transição passou da predominância de doenças transmissíveis a uma predominância das doenças crônicas não-transmissíveis<sup>(1)</sup>.

Projeções da Organização Mundial de Saúde<sup>(2)</sup> para 2025 incluem o Brasil entre os dez países do mundo com maior contingente de pessoas idosas (com 60 anos ou mais). No país, a proporção de idosos passou de 6,3% em 1980 para 7,6% em 1996, com estimativa de 14% para 2025. O processo de envelhecimento provoca mudanças, tanto demográfica como epidemiológica, que resultam em expressivo crescimento da demanda de serviços de saúde<sup>(3)</sup>.

O perfil de saúde da população brasileira no contexto da transição epidemiológica foi retratado e os autores<sup>(4)</sup> mostraram que as doenças crônicas não-transmissíveis foram responsáveis por 66,3% da carga de doença no país, enquanto as infecciosas somaram 23,5% e as causas externas, 10,2%.

A literatura brasileira mostra que o aumento das doenças crônicas não-transmissíveis está intimamente relacionado com o aumento da demanda de idosos no Brasil. Se é verdade que existe maior vulnerabilidade dessa faixa populacional para adoecer, é a interação do homem com seu meio ambiente e a própria organização social que irão determinar “o estado de envelhecimento de cada um”<sup>(5)</sup>. Sabe-se que os agravos das doenças crônicas não-transmissíveis que atingem os idosos implicam tratamento de duração mais longa e recuperação mais lenta e complicada, exigindo às vezes intervenções de alto risco. Este quadro indica a necessidade da reorganização da atenção à saúde do idoso no país, com o intuito de prevenir as seqüelas limitantes de um desempenho funcional ótimo e, portanto, geradoras de diferenciadas demandas assistenciais<sup>(5)</sup>.

Grande número de pessoas com 60 anos ou mais é constituído de portadores de múltiplas doenças coexistentes ou co-morbidades, em sua maioria de natureza crônica, não-transmissíveis, associadas ou não à limitações de desempenho decorrentes dessas ou de suas seqüelas. Assim, é importante entender o nível de impedimento que tais doenças causam para o desempenho das atividades cotidianas dos idosos e, ao mesmo tempo, conhecer quais

as necessidades assistenciais que elas exigem, para que se possa traçar um planejamento assistencial mais adequado<sup>(6)</sup>.

A grande maioria dos idosos é portadora de, pelo menos, uma doença crônica<sup>(7)</sup> e, mesmo assim, muitos levam uma vida normal, com suas enfermidades controladas. Numa velhice saudável, o essencial é a manutenção da autonomia, ou seja, a capacidade de o idoso determinar e executar suas próprias funções. No entanto, o descontrole das doenças crônicas implica no aparecimento de seqüelas decorrentes e incapacidades associadas. Desse modo, compromete-se decisivamente a autonomia e a capacidade funcional do idoso<sup>(8)</sup>. Assim, quanto maior for o período de descontrole dessas doenças, maiores as chances de comprometimento da capacidade funcional de pessoas dessa faixa etária.

A capacidade funcional é, portanto, um novo paradigma de saúde, e de profundo significado para o idoso<sup>(9-10)</sup>. O envelhecimento saudável dentro desta nova ótica é resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência econômica e na vida diária, bem como integração social e suporte familiar. O bem-estar na velhice resulta do equilíbrio entre os vários graus de capacidade funcional do idoso, sem significar ausência de problemas nestes graus<sup>(8)</sup>.

Diante desse quadro de morbidades entre os idosos, a questão central deste estudo direcionou-se para: as morbidades nos idosos interferem na capacidade funcional, isto é, na independência da sua vida diária?

## OBJETIVO

Identificar a interferência de morbidades na capacidade funcional de idosos atendidos em serviço ambulatorial de um hospital escola de nível terciário.

## MÉTODOS

Este é um estudo seccional de base epidemiológica. A população constituiu-se de todos os idosos, de ambos os sexos, com 60 anos ou mais, residentes na zona urbana de Ribeirão Preto, SP, atendidos no ambulatório de um hospital público, de nível terciário do município de Ribeirão Preto, São Paulo, no período 02 de janeiro de 2001 a 30 de dezembro de 2002.

Inicialmente, no período de junho a outubro de 2003, identificou-se no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico deste hospital, numa consulta aos prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de janeiro de 2001 a 30 de dezembro de 2002, 280 idosos. Deste total, registrou-se a perda de 30, por óbito. Procedeu-se então a coleta de informações em 250 prontuários, com os seguintes dados: diagnósticos médicos, dados de identificação, data do último atendimento no ambulatório, endereço residencial e telefone para contato. Em seguida, organizaram-se as

informações por bairros e ruas para facilitar e agilizar a coleta de dados junto aos idosos. Ocorreram novas perdas por óbito, mudança de endereço ou recusa à participação, que totalizaram 55 idosos (28,2%). Portanto, participaram efetivamente deste estudo 195 idosos.

Antes do inquérito domiciliar, o entrevistador agendava a visita por telefone e esclarecia ao idoso e/ou familiar os objetivos da pesquisa. Quanto ao período de coleta de dados por entrevistas no domicílio compreendeu o período de 12 de dezembro de 2003 a 23 de março de 2004. O trabalho de campo para coleta de dados foi realizado por uma equipe de entrevistadores composta pela primeira autora deste estudo, por bolsistas de iniciação científica, mestrandas e doutorandas, sob a coordenação da orientadora da pesquisa. Também fizeram parte da equipe duas bolsistas de apoio técnico, responsáveis pelo trabalho de digitação dos dados.

Conforme previsto e com objetivo de padronizar as entrevistas, a equipe recebeu capacitação, e só posteriormente iniciou o teste piloto. Neste, os entrevistadores deslocavam-se para as entrevistas agendadas em duplas. Foi realizado com 20 idosos com a finalidade de estimar o tempo dispendido na entrevista, a qualidade e condução, bem como verificar as dificuldades encontradas pelos entrevistadores. Serviu, enfim, para subsidiar todos eles a mesma informação. Após esta etapa, os entrevistadores foram considerados aptos para realizarem a coleta de dados.

Para a coleta de dados, conforme mencionado, utilizou-se o instrumento *Older Americans Resources and Services*, explicado a seguir, assim como a forma de aplicação.

#### **Older Americans Resources and Services (OARS)**

Este instrumento multidimensional, que avalia o estado funcional do idoso, foi elaborado pela Duke University<sup>(11)</sup>, e adaptado e validado para a realidade brasileira<sup>(12)</sup>. Neste estudo empregou-se apenas parte do instrumento OARS já utilizada no país<sup>(5)</sup>, composta por cinco itens: Identificação: sexo, idade, cor, estado civil, tempo e local de residência, número de filhos; Perfil social do idoso: nível de escolaridade, situação socioeconômica, atividade profissional atual e anterior, habitação, composição familiar na residência; Morbidades referidas, de acordo com CID-10<sup>(13)</sup>; Atividades básicas da vida diária: comer, tomar banho, vestir-se, pentear o cabelo, deitar/ levantar-se da cama, ir ao banheiro em tempo, andar no plano, subir e descer escadas, andar perto de casa, cortar as unhas dos pés. Os idosos foram classificados em dependentes ou independentes pelo número de atividades que conseguiam realizar, a saber: 0 = Independentes e 1 a 3; 4 a 6 e 7 e mais atividades = Dependentes; Atividades instrumentais da vida diária: fazer compras diversas, preparar refeições, administrar finanças, medicar-se, uso do telefone, dificuldade para sair de casa, fazer limpeza de casa. Foram

consideradas como 0 = independente e de 1 a 2, 3 ou mais atividades, dependentes.

Quanto à elaboração do banco de dados, iniciou-se em novembro de 2003. Utilizou-se o software EPIINFO, versão 6.04, de janeiro de 2001. A escolha deu-se por ser de domínio público e dispor de recursos de fácil manuseio para checagem de dados. Quanto à digitação, foi sob a forma de dupla entrada para a análise da consistência interna. Em seguida, os dados foram submetidos ao programa VALIDATE DO EPIINFO, a fim de se verificar os erros digitados, e proceder às devidas correções até se obter 100% de consistência interna.

Para realizar a análise estatística, utilizou-se o programa computacional Statistical Package for Social Sciences (SPSS, 1999), versão 11.5, e o processamento de dados no EPIINFO, com tratamento estatístico no SPSS. A análise foi descritiva, com cruzamento das variáveis do estudo.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado pela pesquisadora-responsável juntamente com primeira autora do estudo, observou o cumprimento de cada uma das exigências de Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os sujeitos da pesquisa assinaram duas vias deste documento, tendo uma ficado em poder do participante e a outra arquivada pelos entrevistadores.

Conforme previsto, submeteu-se o projeto de pesquisa à análise do Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP aprovado de acordo com o processo HCRP nº 2929/2003.

## **RESULTADOS**

Quanto à caracterização sociodemográfica, 137(70,3%) dos entrevistados eram mulheres e 58(29,7%) homens, com idade variável de 61 a 97 anos. A média era de 76 anos, e a maior parte deles, 51 (26,1%), encontrava-se na faixa etária de 75 a 79 anos. No referente à escolaridade, a maioria da população deste estudo, 100 (51,3%) referiu ter de 1 a 4 anos de estudo e 36 (18,4%) eram analfabetos. Em relação à renda, 123 (63,1%) recebiam aposentadoria, entretanto 8 (13,8%) homens ainda exerciam atividade remunerada. Sobre o estado civil, 33 (56,9%) dos homens relataram possuir companheira, enquanto 87 (63,5%) das mulheres referiram ser viúvas. No concernente ao convívio familiar, 114 (58,5%) dos idosos residiam com familiares, com maior percentagem para mulheres; contudo, deste total 29 (14,9%) moravam sós.

Em relação às morbidades, 14 foram citadas pelos idosos, tendo a hipertensão arterial maior prevalência (72,3%). A seguir, vieram as morbidades relacionadas ao sistema osteoarticular, como artrose (24,1%) e artrite (23%). Também mereceram grande destaque o diabetes mellitus tipo 2, apontado por 21,5% dos idosos, seguido de outras morbidades, com menor freqüência. Vale

ressaltar que a doença de Chagas, endêmica na região de Ribeirão Preto, foi citada por 9,7% dos idosos (Tabela 1); quanto à média de morbidades, esta foi de 2,72, por idoso nesta população.

**Tabela 1** - Morbidades de idosos atendidos em um ambulatório universitário, segundo CID-10

CID-10	Morbidades	Total	%
I 10	HAS	141	72,3
M 19.9	Artrose	47	24,1
E 78.8	Dislipidemia	47	24,1
M 13.9	Artrite	45	23,0
E 11.9	Diabetes Mellitus tipo 2	42	21,5
I 51.9	Cardiopatias	40	20,5
E 66.9	Obesidade	32	16,4
F 32.9	Depressão	29	14,8
H 26.9	Catarata	24	12,3
I 64	AVC	24	12,3
M 81.9	Osteoporose	20	10,2
B 57.2	Doença de Chagas	19	9,7
N 39.4	Incontinência Urinária	12	6,1
E 10.9	Diabetes Mellitus tipo 1	9	4,6

CID-10 = Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde<sup>(13)</sup>

Na Tabela 2, a seguir, constam as morbidades e o grau de interferência de cada uma nas Atividades da Vida Diária (AVDs) dos idosos. Conforme observado, todos (100%) que tiveram acidente vascular cerebral (AVC), eram dependentes, tendo 82,6% deles apresentado grau de interferência em sete ou mais AVDs; outros tiveram 70% ou mais de dependência (de 1 a 7 AVDs) nas seguintes morbidades: cardiopatias (81,1%), doença de Chagas (78,6%), catarata (72,7%), diabetes mellitus tipo 2 (71,5%) e dislipidemia (70,2%). Alguns idosos apresentaram morbidades com 30% ou mais de independência, tais como: depressão (30,8%), HAS (31,2%), obesidade (32,1%), artrose (32,6%), artrite (34,1%) e osteoporose (40,0%).

A Tabela 3 está disposta em ordem crescente de independência quanto às Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs). Dos idosos que sofreram AVC, 83,4% eram dependentes e comprometidos em três ou mais AIVDs; dentre os que tiveram catarata, 66,6% eram dependentes e, destes, 61,9% apresentaram comprometimento em três ou mais AIVDs; dos cardiopatas, 65,0% eram dependentes, e, desses, 55,0% estavam

**Tabela 2** - Graus de interferência de morbidades nas AVDs de idosos atendidos em um ambulatório universitário

Morbidades	Independentes	Dependentes		
		1 a 3	4 a 6	7 e mais
Acidente Vascular Cerebral	0 (0%)	4 (17,4%)	0 (0%)	19 (82,6%)
Cardiopatias	7 (18,9%)	10 (27,1%)	7 (18,9%)	13 (35,1%)
Doença de Chagas	3 (21,4%)	4 (28,6%)	3 (21,4%)	4 (28,6%)
Catarata	6 (27,3%)	2 (9,1%)	4 (18,2%)	10 (45,4%)
Diabetes Mellitus tipo 2	12 (28,5%)	10 (23,9%)	7 (16,7%)	13 (30,9%)
Dislipidemia	14 (29,8%)	16 (34,0%)	3 (6,4%)	14 (29,8%)
Depressão	4 (30,8%)	2 (15,4%)	3 (23,0%)	4 (30,8%)
Hipertensão Arterial	43 (31,2%)	35 (25,3%)	16 (11,6%)	44 (31,9%)
Obesidade	9 (32,1%)	11 (39,3%)	3 (10,7%)	5 (17,9%)
Artrose	15 (32,6%)	15 (32,6%)	5 (10,9%)	11 (23,9%)
Artrite	15 (34,1%)	13 (29,6%)	5 (11,3%)	11 (25,0%)
Osteoporose	8 (40,0%)	3 (15,0%)	2 (10,0%)	7 (35,0%)

AVDs = Atividades da Vida Diária

**Tabela 3** - Graus de interferência de morbidades nas AIVDs de idosos atendidos em um ambulatório universitário

Morbidades	Independentes	Dependentes	
		1 a 2	3 e mais
Acidente Vascular Cerebral	4 (16,6%)	0 (0%)	20 (83,4%)
Catarata	7 (33,4%)	1 (4,7%)	13 (61,9%)
Cardiopatias	14 (35,0%)	4 (10,0%)	22 (55,0%)
Diabetes Mellitus tipo 2	18 (40,9%)	9 (20,5%)	17 (38,6%)
Doença de Chagas	8 (42,1%)	2 (10,5%)	9 (47,4%)
Hipertensão Arterial	65 (46,4%)	20 (14,3%)	55 (39,3%)
Depressão	15 (46,9%)	4 (12,5%)	13 (40,6%)
Artrose	23 (48,9%)	9 (19,2%)	15 (31,9%)
Osteoporose	10 (50,0%)	3 (15,0%)	7 (35,0%)
Dislipidemia	24 (51,1%)	7 (14,9%)	16 (34,0%)
Artrite	23 (51,1%)	8 (17,8%)	14 (31,1%)
Obesidade	18 (58,0%)	6 (19,4%)	7 (22,6%)

AIVDs = Atividades Instrumentais da Vida Diária



comprometidos em três ou mais AIVDs. Aqui cabe uma ressalva: apesar de a doença de Chagas não estar entre as três morbidades com maior grau de dependência, 57,9%, dos chagásicos eram dependentes e, os que sofreram interferência em três e mais AIVDs corresponderam a 47,4%.

## DISCUSSÃO

Como evidenciado, os dados sociodemográficos mostraram coerência com os obtidos em outros estudos<sup>(14-17)</sup>, nos quais a maioria da população pesquisada também era constituída por mulheres viúvas. Cabe ressaltar, também, que o envelhecimento associado à viuvez e também a morbidades levam os idosos a conviverem com seus familiares uni ou multigeracionais. Conforme alguns autores<sup>(16)</sup> viver só é um fator de proteção para a dependência moderada/grave. Uma das hipóteses é que o gênero feminino predomina entre os idosos, e utiliza mais os serviços de saúde.

Em relação à escolaridade, verificou-se que, em ambos os sexos, predominou o tempo de estudo de um a quatro anos; o analfabetismo também se sobressaiu, em menor percentagem entre os idosos participantes. No início do século XX, tanto as crianças como os jovens, principalmente as mulheres, não tinham acesso à educação básica, o que pode justificar esse quadro<sup>(18)</sup>.

É notório que a doença crônica não-transmissível constituiu-se no principal problema de saúde entre os idosos, nos diversos países do mundo, pois, com o envelhecimento, os hábitos de vida nocivos e a não-adesão ao tratamento das doenças crônicas podem provocar lesões irreversíveis no organismo, e levar o idoso a diversas incapacidades. Por exemplo, a não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial acelera as complicações arteriais<sup>(19)</sup> e os problemas cardiovasculares. No rol das doenças crônicas não-transmissíveis esta é a mais citada, e muitas vezes é totalmente desconhecida dos idosos. Quando associada ao diabetes mellitus, pode aumentar a possibilidade de ocorrência de um AVC.

No estudo ora desenvolvido, as morbidades que atingiram 2,72/idoso, podem ser um grande risco para a saúde do mesmo e conseqüentemente, favorecerá o desenvolvimento de incapacidades, as quais contribuem, independentemente, para diminuir a longevidade.

Morbidades podem ser um fator de risco associado à perda da capacidade funcional, bem como estas, pela limitação que exercem no indivíduo, podem agravar ou apressar o surgimento de novas morbidades. Ao avaliarem as morbidades, os autores<sup>(20)</sup> mencionaram que devem ser consideradas a avaliação da função e a capacidade de manutenção da independência. Esses autores valorizaram o paradigma de saúde dos idosos, isto é, o fato de que a inserção dos idosos no seu contexto social também deve ser vista como um redutor de incapacidade futura.

Há fortes evidências que as dimensões do processo de incapacidade que contribuem para dificultar as atividades da vida diária do idoso. As dificuldades nas atividades da vida diária dessa população podem ser atribuíveis a vários fatores. Entre estes estão: Fatores fisiológicos: exemplo de comorbidades, capacidade aeróbica baixa, baixa força muscular, déficit de balanço e equilíbrio, limitações funcionais; Fatores psicológicos: função cognitiva, humor; Fatores sociais: como ausência de educação, isolamento social; Fatores comportamentais: como falta de atividade física<sup>(21)</sup>.

Dados do presente estudo indicam que as morbidades fazem declinar algumas AVDs e também AIVDs do idoso, como acidente vascular cerebral, catarata e osteoporose, que tem maior interferência. No caso do AVC, as atividades instrumentais são as que mais comprometem a vida do idoso, porém há os sobreviventes que se recuperam completamente; os que apresentam comprometimento leve e seqüelas de moderada a grave, precisando de ajuda para executar atividades, como também aqueles apresentam incapacidades graves e os que vão a óbito. Forte associação foi encontrada<sup>(22)</sup> entre as doenças crônicas não-transmissíveis e o declínio funcional, durante três anos de *follow-up*, desencadeando maior risco para declínio da capacidade do idoso. Os déficits oriundos de doenças crônicas, sobretudo o AVC, podem ser motores (visão, hemiplegia contralateral à lesão cerebral, cognitivos (quadros de depressão, perda de memória, dificuldades de compreensão e expressão relacionados às afasias e deficiência mental) e os sensitivos (alterações da sensibilidade superficial e proprioceptiva).

Num inquérito domiciliar multidimensional realizado com idosos na cidade de São Paulo, os autores<sup>(7)</sup> apontaram que 86% destes referiram ao menos uma doença crônica, sendo que mais da metade da população estudada (53%) referia necessidade de ajuda parcial ou total para realizar pelo menos uma das atividades da vida diária. Além disso 29% dos idosos necessitavam de ajuda parcial ou total para fazer até três atividades, e 17% dependiam de ajuda para realizar quatro ou mais atividades.

Diante desta situação, a avaliação tanto das AVDs quanto das AIVDs mostra-se fundamental para o planejamento do cuidado ao idoso no processo saúde/doença no domicílio, pois estas variáveis os colocam com maior risco para hospitalização.

O presente estudo apresenta limitações quanto à amostra, pois todos os idosos estudados eram atendidos em um ambulatório clínico de nível terciário, o que aumenta o risco em decorrência da condição crônica de saúde. Diante deste quadro, vê-se a necessidade de a equipe de atenção ambulatorial elaborar programas educativos com vistas à adesão desta parcela populacional ao tratamento e prevenção de riscos das co-morbidades. Somente assim será possível preservar a capacidade

funcional do idoso, conceituada como habilidade para manter suas capacidades físicas e mentais indispensáveis a uma vida independente e autônoma. Este é um novo paradigma de saúde para o idoso, que transcende o diagnóstico e o tratamento, pois valoriza a autonomia e a autodeterminação, e ainda preserva sua independência física e mental<sup>(23)</sup>.

Vale ressaltar a necessidade de se realizar outras pesquisas sobre morbidades e capacidade funcional, uma vez que esse paradigma de saúde dos idosos deve ser avaliado para se identificar as necessidades de cuidado à sua saúde. Urge, portanto, mudanças no estilo de vida dessa população, com enfoque na promoção da saúde subsidiada pelas esferas municipal, estadual e federal para criação de políticas mais resolutivas, a fim de oferecer uma vida mais saudável à população idosa brasileira.

## CONCLUSÕES

Como esperado, a análise da interferência das

## REFERÊNCIAS

- Teixeira CF. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. *Cienc Saude Coletiva*. 2004; 9(4): 841-3.
- Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 2003; 916:i-viii, 1-149, backcover.
- Garcia MAA, Rodrigues MG, Borega RS. O envelhecimento e a saúde. *Rev Ciencias Medicas*. 2002; 11(3): 221-31.
- Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2004; 9(4): 897-908.
- Rodrigues RAP. Mulheres em mudança no processo de vida e envelhecer [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1997.
- Duarte YAO. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: Lebrão ML, Duarte YAO, organizadoras. *SABE-Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003. p. 185-200.
- Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZMA, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saude Publica = J Public Health*. 1993; 27(2):87-94.
- Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saude Publica = Rep Public Health*. 2003; 19(3): 793-8.
- Fillenbaum GG, Pieper CF, Cohen HJ, Cornoni-Huntley JC, Guralnik JM. Comorbidity of five chronic health conditions in elderly community residents: determinants and impact on mortality. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2000; 55(2): M84-9.
- Kane RA, Kane RL. *Assessing the elderly: a practical guide to measurement*. Lexington, Mass.: Lexington Books; c1981.
- Duke University Center for the Study of Aging and Human Development. *Multidimensional Functional Assessment: The OARS methodology*. Durham: Duke University Medical Center; 1978.
- Ramos LR. Growing old in São Paulo, Brazil: assessment of health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community [thesis]. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1987.
- Organização Mundial de Saúde. *CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 9a ed. rev. São Paulo: EDUSP; 2003.
- Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. 2a. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará; c1994.
- Ramos LR, Toniolo J, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Perracini M, et al. Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brasil: methodology and preliminary results. *Rev Saude Publica = J Public Health*. 1998; 32(5): 397-407.
- Rosa TEC, Benício MHDA, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saude Publica = J Public Health*. 2003; 37(1): 40-8.
- Camarano AM, Beltrão KI, Pascom, ARP, Medeiros M, Goldani MG. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano AM, organizadora. *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA; 1999.
- Lange C. Acidentes domésticos em idosos com diagnóstico de demência atendidos em um ambulatório de Ribeirão Preto, SP [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.
- Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *Bull World Health Organ*. 2002; 80(3): 245-50.
- Guralnik JM, Branch LG, Cummings SR, Curb JD. Physical performance measures in aging research. *J Gerontol*. 1989; 44(5): M141-6.
- Avlund K, Pedersen AN, Schroll M. Functional decline from age 80 to 85: influence of preceding changes in tiredness in daily activities. *Psychosom Med*. 2003; 65(5): 771-7.
- Kriegsman DM, Deeg DJ, Stalman WA. Comorbidity of somatic chronic diseases and decline in physical functioning: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *J Clin Epidemiol*. 2004; 57(1):55-65.
- Gordilho A, Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000.