

CONDIÇÕES REFERIDAS DE SAÚDE E GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS

HEALTH CONDITIONS REFERRED AND FUNCTIONAL DISABILITY DEGREE IN ELDERLY

CONDICIONES REFERIDAS DE SALUD Y DISCAPACIDAD FUNCIONAL EN ANCIANOS

Inacia Sátiro Xavier de França¹, Fabíola de Araújo Leite Medeiros², Francisco Stélio de Sousa³, Rosilene Santos Baptista⁴, Alessandro Silva Coura⁵, Rafaella Queiroga Souto⁶

Objetivou-se investigar a condição de saúde e estimar a incapacidade funcional para atividades da vida diária em idosos adscritos às Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Campina Grande-PB. Estudo epidemiológico, realizado com 36 idosos. Utilizou-se questionário sociodemográfico e Índice de Barthel. A idade dos idosos variou de 65 a 90 anos, 72% eram aposentados e 100% da população tinham, até, o Ensino Fundamental e residiam com familiares. Os problemas de saúde comuns foram: hipertensão arterial (49%), dor (18%), incontinência urinária (12%) e diabetes mellitus (9%). Identificou-se: incapacidade funcional leve (34%) e grave (8%). Os idosos demandavam: consulta médica (25%), exames laboratoriais (25%), medicação (19%), dentes postiços (72%), dentadura (22%) e bengala (6%). Há necessidade de profissionais de saúde com capacitação em gerontologia e geriatria, objetivando assegurar a integralidade da assistência, contribuindo com a garantia da qualidade da atenção à saúde do idoso.

Descritores: Enfermagem; Saúde do Idoso; Serviços de Saúde para Idosos; Atividades Cotidianas.

The paper aimed to investigate the health conditions and to estimate the functional activities of daily living in elderly registered in the basic health of the urban area of Campina Grande-PB. It was an epidemiological study census, conducted with 36 elderly. We used a socio-demographic questionnaire and Barthel Index. The age of the elderly ranged from 65 to 90 years. Of those, 72% were retired and 100% had completed elementary school and lived with their relatives. The common health problems were hypertension (49%), pain (18%), urinary incontinence (12%) and diabetes mellitus (9%). It was identified: functional mild disability (34%) and severe (8%). The elderly needed: medical consultation (25%), laboratory tests (25%), medication (19%), false teeth (72%), dentures (22%) and walking-stick (6%). There is need for health care workers with training in gerontology and geriatrics, to assure comprehensive care contributing to ensuring the quality of healthcare for the elderly.

Descriptors: Nursing; Health of the Elderly; Health Services for the Aged; Activities of Daily Living.

El objetivo fue investigar la condición de salud y estimar la discapacidad funcional para actividades diarias en ancianos adscritos a Unidades Básicas de Salud en el casco urbano de Campina Grande-PB. Estudio epidemiológico, realizado con 36 ancianos. Se utilizó cuestionario socio-demográfico e Índice de Barthel. La edad de los ancianos varió de 65 a 90 años, 72% era jubilado y 100% de la población tenía sólo Enseñanza Primaria y residía con familiares. Los problemas de salud comunes fueron: hipertensión (49%), dolor (18%), incontinencia urinaria (12%) y diabetes mellitus (9%). Se identificó: discapacidad funcional moderada (34%) y grave (8%). Los ancianos demandaban: consulta médica (25%), pruebas de laboratorio (25%), medicamentos (19%), prótesis dental (72%), dentadura (22%) y bastón (6%). Son necesarios profesionales de salud capacitados en gerontología y geriatría, para asegurar una atención integral, que garanta la calidad de la atención de la salud del anciano.

Descritores: Enfermería; Salud del Anciano; Servicios de Salud para Ancianos; Actividades Cotidianas.

¹ Enfermeira. Doutora. Docente da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB, do Mestrado em Saúde Pública-UEPB e Mestrado Associado em Enfermagem UPE-UEPB. Bolsista de Produtividade do CNPq. Brasil. E-mail: inacia@uepb.edu.br

² Enfermeira. Mestre. Docente da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB. Brasil. E-mail: profabiola@bol.com.br

³ Enfermeiro. Doutor. Docente da UEPB. Brasil. E-mail: stelio_uepb@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira. Doutoranda. Docente da UEPB. Brasil. E-mail: rosilenesbaptista@gmail.com

⁵ Enfermeiro. Mestrando em Saúde Pública pela UEPB. Brasil. E-mail: alex@uepb.edu.br

⁶ Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública pela UEPB. Brasil. E-mail: rafaellaqueiroga7@gmail.com

Autor correspondente: Inacia Sátiro Xavier de França

Rua Sérgio Rodrigues de Oliveira, 139. Alto Branco. CEP: 58.401-566. Campina Grande-PB. Brasil. E-mail: inacia@uepb.edu.br

INTRODUÇÃO

O aumento acentuado da população idosa brasileira é uma questão de saúde pública porque se relaciona com uma transição epidemiológica. Ou seja: devido à substituição das doenças infecciosas e parasitárias pelas doenças crônico-degenerativas a população idosa está ficando mais envelhecida, com baixa mortalidade e, devido a esse fenômeno, está ocorrendo profunda alteração no perfil da morbidade e causas de morte dessa população⁽¹⁾.

É importante destacar que o envelhecimento é um processo inevitável, complexo, associado às perdas fisiológicas, sociais e cognitivas que podem comprometer a Qualidade de Vida (QV) do indivíduo na terceira idade. No entanto, é natural, podendo ocorrer de maneira saudável com algumas alterações no estilo de vida, e é citado⁽²⁾ como o melhor período para dedicação individual, relaxamento e reavaliação das atividades vitais. Desse modo, acredita-se que essa experiência de dedicação individual e de relaxamento pode proporcionar à pessoa uma sensação de bem-estar físico, que está diretamente relacionado à ausência de doença ou de comprometimento, mesmo que leve, da capacidade funcional e do conforto.

Na perspectiva de assegurar bem estar e qualidade de vida (QV) a pessoa idosa, o Estado emitiu a Portaria nº 2528⁽³⁾ de 19 de outubro de 2006, que trata da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Conforme essa política, a dependência funcional diz respeito ao desempenho físico e é conceituada como a dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas cotidianas básicas ou mais complexas necessárias para a vida independente na comunidade e tarefas relacionadas à mobilidade física. Devido à incapacidade funcional se constituir um forte preditor de mortalidade na população de idosos, ela precisa fazer parte da rotina de avaliação diagnóstica dos profissionais de saúde que lidam com este público-alvo.

A implementação da PNSPI requer a reestruturação dos paradigmas da política de saúde para esta população, com um maior envolvimento, integração e coordenação em todos os níveis: promoção da saúde, prevenção, assistência primária, secundária e terciária, e dos recursos comunitários e familiares, entre outros.

Ao investir nessa política, o Ministério da Saúde brasileiro entende que a PNSPI precisa ser desenvolvida

em consonância com as determinações da Lei Orgânica da Saúde — N.º 8.080/90⁽⁴⁾. Nesse postulado legal, que atende ao Pacto pela Saúde, se entende que os idosos maiores de 75 anos, os acamados, aqueles com história de hospitalização recente, os que vivenciam situações de violência doméstica ou que padecem de doenças causadoras de incapacidade funcional requerem maior atenção em saúde, pois são considerados fragilizados⁽⁴⁾. Daí porque o Sistema Único de Saúde (SUS) é o espaço legítimo para o desenvolvimento da PNSPI, visando à recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência dessas pessoas, por meio de medidas individuais e coletivas de saúde, em consonância com os princípios do SUS.

As diretrizes essenciais da PNSPI são: promoção do envelhecimento saudável; manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos especializados; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, estudos e pesquisas.

De acordo com essa política, a assistência à saúde do idoso deve ser implementada nos diversos níveis de atendimento do SUS. A Estratégia Saúde da Família (ESF), como representação da assistência primária em saúde, desenvolve ações para identificação de situações de risco entre a população idosa. Uma dessas ações é a Visita Domiciliar realizada pelos profissionais que compõem a equipe da ESF para detectar os riscos associados à conformação territorial e identificar pessoas acamadas ou com dificuldade de locomoção⁽⁵⁾.

Uma das atribuições iniciais das ESF é realizar o cadastramento das pessoas residentes na área adscrita da equipe, no intuito de estabelecer metas de trabalho que atendam as necessidades da população em suas diversas faixas etárias. No caso do idoso, a ESF busca atender as diretrizes da PNSPI oferecendo as condições de acesso às necessidades de saúde, desenvolvendo ações que priorizem e promovam um envelhecimento saudável, além de minimizar as limitações naturais dessa fase da vida, proporcionando a manutenção da capacidade funcional e sua reabilitação quando necessária.

Nesse contexto, as condições de saúde e a incapacidade funcional dos idosos se constituem um problema que requer investigação e intervenção, havendo a necessidade de capacitação de recursos humanos especializa-

dos, que estejam aptos a desenvolver estudos de detecção dos casos de incapacidade funcional, para em seguida procederem às intervenções com vistas à manutenção e/ou reabilitação.

Ao considerar que os idosos são passíveis de doenças que podem comprometer a sua capacidade funcional e que existe uma política de saúde que lhes é direcionada, objetivou-se buscar respostas para as seguintes indagações: Quais as condições de saúde dos idosos adscritos em UBS na zona urbana de Campina Grande-PB? Qual o grau de incapacidade funcional nesses idosos para as Atividades da Vida Diária (AVD's)? A hipótese levantada é a de que os idosos adscritos em UBS na zona urbana de Campina Grande-PB, apresentam condições de saúde prejudicadas e incapacidade funcional para as AVD's.

A relevância do estudo consiste em apontar as condições de saúde e o grau de incapacidade dos idosos para as AVD's de modo a contribuir com a reflexão dos problemas mais comuns na velhice e a aprimorar a conduta terapêutica em casos de incapacidade funcional na faixa etária idosa. Ressalte-se, também, que uma vez conhecidas as incapacidades funcionais da referida população, os serviços podem melhor gerenciar a qualidade do atendimento prestado, seja na atenção primária ou nos demais níveis de atenção à saúde, favorecendo, dessa maneira, a efetivação da política de saúde do idoso.

Nessa perspectiva, objetivou-se: investigar a condição de saúde e estimar o grau de dependência para o desenvolvimento das AVDs em idosos adscritos às Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana de Campina Grande-PB.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de estudo epidemiológico, de corte transversal realizado no período de julho a dezembro de 2008 nas UBS de Campina Grande-PB. O município campinense possui 6 distritos sanitários, 85 equipes de saúde da família e 61 UBS. Entretanto, oito unidades são de zona rural, totalizando 53 unidades situadas em áreas urbanas.

Para a realização da pesquisa, foram selecionadas, aleatoriamente, oito das 53 UBS urbanas do município. Para o sorteio das UBS e dos participantes, considerou-se o princípio da proporcionalidade, de maneira que foram sorteadas duas UBS em cada um dos dois distritos mais populosos e uma UBS em cada um dos demais distritos.

Em cada unidade sorteada o endereço dos idosos foi selecionado segundo a ordem de escolha de uma casa a cada quatro casas de uma mesma avenida. Essa ordem foi mantida, mesmo quando não havia um idoso na casa selecionada. Dessa forma, foram selecionados 36 idosos residentes nas áreas geográficas de abrangência das UBS selecionadas, e que aceitaram participar do estudo.

Os critérios de inclusão para formar a amostra foram: pessoas com 60 anos de idade ou mais, com função cognitiva normal, residentes na zona urbana de Campina Grande-PB e que concordaram em participar da investigação. A estratégia para aproximação dos sujeitos e coleta de dados foi à visita domiciliar. Os entrevistadores foram a campo em dupla, com o acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) de cada UBS selecionada.

Foi realizada uma primeira visita aos idosos para estabelecer contato, apresentar os pesquisadores e esclarecer sobre os objetivos e benefícios da pesquisa. Nesse encontro foi agendada uma segunda visita ao idoso que concordou em participar para aplicação dos dois instrumentos.

Os instrumentos de coleta foram: o Questionário I, do tipo *check list*, destinado a investigação das variáveis demográficas: sexo, idade e estado civil. Das variáveis socioeconômicas: escolaridade, recursos sociais e recursos econômicos. E das variáveis condições de saúde: doenças referidas, acesso a serviços de saúde e uso de medicamentos. Esse instrumento conteve 16 questões que foram assinaladas com um X pelo pesquisador mediante as respostas dos participantes. O Questionário II, denominado Índice de Barthel⁽⁶⁾, foi usado para avaliar a incapacidade funcional dos idosos para as AVD's como estratégia para a manutenção da funcionalidade e consecutiva participação social dos idosos. Este índice contém dez itens de mobilidade que constituem as atividades básicas da vida diária: vestir-se, banhar-se, alimentar-se, fazer a higiene pessoal, levantar-se da cama e sentar-se numa cadeira, controlar bexiga e intestino, utilizar o banheiro, caminhar e subir escadas. Cada item contém perguntas que receberam pontuação 0, 5, 10 ou 15, conforme independência ou necessidade de ajuda para executar a atividade. O resultado global variou de 0 a 100 pontos. A pontuação igual a 100 significou que a pessoa é totalmente independente, ≥ 60 indicou grau leve de dependência, 40 — 55 grau moderado, 20 — 35 grave e < 20 total.

O Índice de Barthel tem formato padronizado e pré-codificado e foi auto-respondido pelos idosos, necessitando, apenas, assinalar um X na resposta considerada correta.

Os dados coletados foram inseridos em um banco de dados eletrônico e analisados por meio dos programas estatísticos Epi Info 6.04b e STATA versão 7.0 e apresentados por meio de tabelas e figuras. Utilizou-se estatística descritiva, sendo calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis. Quando da análise, confrontou-se os resultados desse estudo com outras pesquisas cujos resultados são passíveis de comparação.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, protocolo N° 0067.0.133.000-08. Os sujeitos tiveram assegurados o sigilo, a privacidade e o direito a declinar, em qualquer momento da investigação, sem qualquer tipo de ônus devido à desistência. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, em seguida, os idosos que atenderam os critérios de inclusão propostos para o estudo assinaram o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (TCPE). Os participantes que não sabiam assinar o nome colocaram a impressão datiloscópica do dedo polegar da mão direita no TCPE.

RESULTADOS

Conforme apresentado na Tabela 1, a maioria (75%) dos idosos são mulheres. A faixa etária dos idosos variou de 65 a 88 anos. Na amostra não houve casos de idosos solteiros ou divorciados. Tanto a renda como a escolaridade dos participantes foram consideradas baixas. No caso da renda, ela provém de: aposentadoria (72%), pensão do cônjuge (14%), ou de outras fontes (14%). Entre os idosos que recebem três salários mínimos, detectou-se que seis (50%) moram com quatro pessoas. Dentre os idosos que recebem até dois salários mínimos, 3 (12,5%) moram com nove pessoas, três (12,5%) com seis pessoas, 15 (62,5%) com cinco pessoas, e três (12,5%) com três pessoas.

Identificou-se que 17% dos idosos convivem com o (a) esposo (a); 11% com os filhos; 30% com as filhas; 25% com os netos; 3% com irmãos; 3% com os pais; e 11% com outros parentes. Na relação de convivência, a família oferece ao idoso: companhia (55%), dinheiro (35%) e moradia (10%). Os idosos oferecem: companhia (19%), dinheiro (46%) e moradia (35%).

Tabela 1 — Perfil socioeconômico dos idosos investigados nas Unidades Básicas de Saúde. (n = 36). Campina Grande, PB, Brasil, 2008

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	9	25
Feminino	27	75
Faixa etária		
65-70	16	44
71-75	5	14
76-80	5	14
81-85	6	17
86-90	4	11
Situação conjugal		
Casado	21	58
Viúvo	15	42
Escolaridade		
Sem escolaridade	12	33
Alfabetizado	15	42
Ensino Fundamental	9	25
Renda		
Dois salários mínimos	24	67
Três salários mínimos	12	33

Em relação à saúde, três (8%) idosos não referiram queixas relativas à doença. Mas, 33 (92%) dos idosos referiram sinais ou sintomas de alguma patologia, tal como demonstrado na Figura 1.

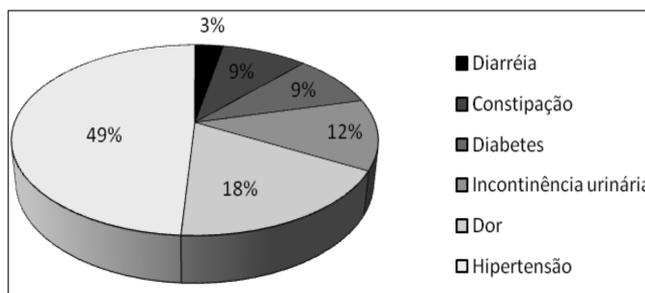


Figura 1 — Problemas de saúde informados pelos idosos (n = 33).

Dentre o total de idosos (n = 36), detectou-se que 32 (88%) procuraram assistência médica e tomam medicamentos regularmente. E quatro (12%) não procuraram os serviços de saúde, nem tomam qualquer tipo de medicamento.

Dentre os serviços mais utilizados pelos idosos (n = 32) destacaram-se a consulta médica e a realização de exames laboratoriais, ambos com o percentual de 25%, conforme demonstrado na Figura 2.

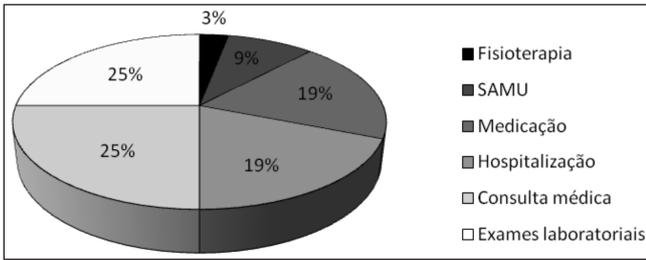


Figura 2 — Demanda dos idosos nas UBS (n = 32).

Outro achado decorrente da utilização do Questionário I foi à afirmativa dos idosos sobre a necessidade de obtenção, ou troca, de tecnologia assistiva como órteses para aumentar, manter ou melhorar a sua capacidade funcional. Essas informações estão consolidadas na Tabela 2.

Tabela 2 — Necessidades apontadas pelos idosos para melhorar a capacidade funcional. Campina Grande, PB, Brasil, 2008

Necessidades dos idosos	N	%
Dente postiço	26	72
Dentadura	8	22
Bengala	2	6
Total	36	100

Resultados obtidos com a aplicação do Índice de Barthel

Dentre os participantes desse estudo (n = 36), foram identificados 21 (58%) idosos independentes para as AVD's, 12 (34%) com incapacidade leve, e três (8%) com incapacidade grave, como pode ser observado na Figura 3.

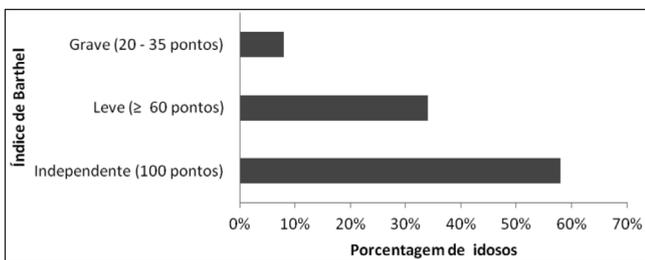


Figura 3 — Capacidade funcional dos idosos (n = 36).

DISCUSSÃO

No que diz respeito à caracterização dos idosos por sexo, os dados corroboram com resultados de outras investigações em que as mulheres são maioria em rela-

ção aos homens⁽⁷⁻⁸⁾. O maior número de mulheres numa população decorre da diferença de mortalidade entre os sexos, com o predomínio do óbito mais cedo para os homens, pois as mulheres costumam ter maior conhecimento sobre doenças, atentam mais para os sintomas, e procuram mais os serviços de saúde. Além disso, a mortalidade por causas obstétricas diminuiu significativamente em comparação ao passado⁽⁷⁾.

A concentração significativa de idosos na faixa etária dos 65 aos 70 anos, assemelha-se ao resultado encontrado em estudo realizado na cidade de Fortaleza⁽⁷⁻⁸⁾ e confirma que a estimativa de vida dos brasileiros elevou-se para uma média de 70 anos.

Outro dado significativo foi a situação conjugal dos idosos: a proporção de casados foi maior que a de viúvos assemelhando-se aos dados de outro estudo com este grupo etário⁽⁹⁾.

O baixo grau de escolaridade da maioria dos idosos desse estudo (75% sem escolaridade/alfabetizado) é idêntico àquele de outro relato⁽⁹⁾ em que o autor afirma que a baixa escolaridade dos idosos pode ser um reflexo da taxa de alfabetização nos anos 20-40 do século passado, tempo em que não havia uma cobrança por nível escolar, como nos dias atuais, e em que as mulheres não eram estimuladas a estudar, pois o seu papel social era o de casar, ter filhos e cuidar de casa⁽⁹⁾.

Para 72% dos idosos a renda mensal era de até dois salários mínimos, proveniente de aposentadoria, sendo esse valor partilhado nas despesas da família. Esse achado é idêntico àquele relatado em outro estudo realizado em Fortaleza⁽⁸⁾.

Nenhum idoso é asilado ou mora sozinho. Todos convivem com parente em maior ou menor grau, configurando modelos distintos de redes familiares, o que possibilita inferir que, para além de outras possibilidades, a convivência idoso-familiares é sustentada pelo afeto positivo, a solidariedade e o senso de responsabilidade de uns para com os outros. Os diferentes modelos de redes familiares identificados nesse estudo se assemelham ao modelo familiar da Costa Rica, caracterizado pela co-residência intergeracional e diferem do modelo do Reino Unido em que os idosos primam pela independência em relação aos parentes e buscam o apoio social em redes compostas por não familiares. Também diferem do modelo da China, cujos arranjos domiciliares de idosos se relacionam mais com limitações funcionais do que com outros indicadores de saúde⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Em relação às condições de saúde referidas pelos idosos, a hipertensão foi a doença mais referida, o que reforça relato da literatura acerca de que essa patologia é a mais prevalente nessa faixa etária. E que, dentre os fatores de risco, destacam-se: idade avançada, menor nível de escolaridade, condição socioeconômica desfavorável, obesidade e sedentarismo⁽¹²⁾.

A dor na coluna lombar, pernas e articulações do joelho foi outro achado apontado pelos idosos, ocupando o segundo lugar entre as queixas auto-referidas. Resultado semelhante foi identificado em outro relato em que os autores analisaram local, tipo e frequência da dor⁽¹³⁾. Para esses autores, esse agravo tem causas diversas que precisam ser investigadas e tratadas, não só pela possibilidade da dor ser uma consequência de doença grave, mas, porque processos algícos afetam o emocional, expropriam a renda e segregam o idoso, além de comprometer o seu desempenho resultando menor capacidade para a execução das atividades da vida diária (AVD's).

Os idosos também referiram Incontinência Urinária (IU), o que condiz com achado de outra investigação em que o autor⁽¹⁴⁾ relata prevalência de 11,8% entre homens e 26,2% entre mulheres. E afirma que a maior prevalência de IU foi em idosos com a idade mais avançada. Dentre as possíveis causas da IU, autores citam: realização de esforços físicos; alteração do tônus trofismo do assoalho pélvico feminino (devido a não reposição hormonal), maior índice de massa corporal redundando em aumento da pressão abdominal. Diabetes Mellitus (DM), e o uso de medicação antihipertensiva⁽¹⁵⁾. Para além da relevância clínica da IU, ela provoca sentimentos de baixa auto-estima, restringe o contato social, interfere na vida sexual, na realização das tarefas domésticas e de trabalho.

Nesse estudo, o índice de DM referido pelos idosos ficou abaixo daquele de outra investigação, na qual, essa doença foi referida por 14,9% dos idosos na faixa etária de 69 a 70 anos⁽¹⁶⁾. E foi menos referido quando comparado com o índice de HA desse estudo. Entretanto, permanece um problema de saúde pública pela sua capacidade de afetar outros órgãos e sistemas, podendo causar amputações, cegueira, nefropatias, complicações cardiovasculares que, além de comprometerem a QV do enfermo, colocam em risco a vida dos acometidos.

Outras queixas referidas foram: constipação e diarreia. Os idosos costumam demandar serviços de saúde

para esses problemas visando consulta médica, realização de exames laboratoriais e dispensação de medicação sob prescrição médica. Estudo realizado em Santa Catarina no período de 1998 a 2004 traz em seu relato a frequência progressiva e crescente de idosos demandando consulta médica, exames laboratoriais, tratamento da dor e do estado emocional e verificação da pressão arterial⁽¹⁷⁾.

No caso específico do uso regular de medicação pela maioria dos idosos desse estudo, confirma-se resultado de outra investigação em que foi identificado o uso contínuo de medicação. Os autores referem o uso indiscriminado de medicamentos para o alívio da dor, chegando alguns idosos a ingerirem até seis tipos de medicação de maneira intercalada, em detrimento das interações medicamentosas que podem ocorrer quando os efeitos e/ou a toxicidade de um fármaco são alterados pela presença de outro⁽¹³⁾. Via de regra, os idosos desse estudo não tem dificuldade em obter a medicação, gratuitamente, nas UBS. O número dos que afirmaram dificuldade com essa obtenção foi pequeno. Contudo, em se tratando de medicação especial, é possível que ocorra dificuldade na dispensação, devido aos trâmites legais para a sua aquisição pela secretaria de saúde do município. Nessa situação, podem ocorrer problemas de adesão ao tratamento ou a automedicação agravando ainda mais o problema.

Nesse estudo constatou-se a hospitalização dos idosos para tratamento e a utilização de serviço de emergência, por causas diversas. Poucos foram os idosos que utilizaram o serviço de fisioterapia, o que possibilitou a inferência que a maioria dos problemas de saúde dos idosos estudados são mantidos sob controle, denotando esforço e determinação tanto por parte dos idosos como dos profissionais que os assistem.

No concernente aos resultados obtidos com a aplicação do Índice de Barthel, observou-se um expressivo número de idosos dependentes com incapacidade leve para vestir-se, banhar-se, alimentar-se, fazer a higiene pessoal, levantar-se da cama e sentar-se numa cadeira, controlar bexiga e intestino, utilizar o banheiro, caminhar e subir escadas. E um número menor com incapacidade grave para essas AVDs.

A avaliação do grau de dependência/independência do idoso diz respeito aos aspectos práticos das atividades de cuidado pessoal e do grau de manutenção da capacidade para o desempenho das atividades básicas e mais complexas do cotidiano. Relato de outros autores

demonstra que, no Brasil, o maior número dos idosos com incapacidade reside nas regiões Norte e Nordeste. E que a prevalência de incapacidade funcional é mais elevada em idosos com dificuldade de acesso a serviços de saúde⁽¹⁸⁾.

Os idosos desse estudo referiram acesso aos serviços para solucionar seus problemas de saúde. As suas informações sobre problema com demanda para melhorar a capacidade funcional foram da seguinte ordem: a) Referência de edentulismo. Essa informação também consta em relato de outros autores segundo os quais essa condição está relacionada com a alta ocorrência de cárie de raiz em indivíduos idosos e a doenças periodontais⁽¹⁹⁾.

O uso de próteses soluciona o edentulismo. Entretanto, nem todos os idosos têm condições financeiras de arcar com os custos do tratamento odontológico, principalmente o protético. Outrossim, as dificuldades econômicas, são reforçadas por aquelas culturais e sociais que associam a perda dos dentes a uma condição natural do envelhecimento.

Outro problema referido que necessitava de resolução para melhorar a capacidade funcional foi a aquisição de bengala para se locomoverem. Entretanto, apesar dessa necessidade, a maioria dos idosos desse estudo conseguia caminhar com esforço próprio. Apenas três idosos apresentaram dependência grave, situação que, conforme o Índice de Barthel representa um risco de morte.

Implicações do estudo para a enfermagem

A demanda dos idosos por serviços de saúde pode estar relacionada com a piora nas suas condições clínicas, com o acesso e à resolatividade de tais serviços e à qualificação dos profissionais. Nesse contexto, os profissionais de saúde e, em especial o enfermeiro, precisam desenvolver ações destinadas a contribuir com a prevenção de doenças e complicações, ajudando esses usuários a buscarem a sua máxima independência funcional.

Autores recomendam que o enfermeiro conheça cada idoso em sua unicidade e singularidade, de modo a facilitar o planejamento dos cuidados no atendimento de suas necessidades e especificidades visando à resolução dos problemas e o reforço das habilidades do idoso. Uma atuação dessa ordem requer promoção da capacitação profissional visando assistência competente e com qualidade, respeitando os idosos em suas limitações.

A UBS deve ser o primeiro local de acesso aos serviços de saúde, primando pela eficácia do sistema de referência e contra-referência. Cabe ao enfermeiro atentar pelo preenchimento correto e atualizado das Fichas de Cadastros das famílias e dos idosos assistidos, avaliar as necessidades e os recursos disponíveis, de forma a proporcionar ao idoso e à sua família todo atendimento possível. E replanejar, coordenar e monitorar os serviços de forma a suprir as necessidades dos idosos que apresentam ou tem risco de apresentar problemas físicos, emocionais e funcionais, minimizando assim as dificuldades de se ter uma vida comunitária independente⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os idosos estudados apresentaram problemas de saúde relacionados com o sistema cardiovascular e endócrino. Na história clínica prevaleceu a HA, a IU e a queixa de dor. Além de que um número significativo de idosos apresenta grau diversificado de incapacidade funcional.

A demanda dos idosos e o atendimento das necessidades afetadas são norteados pela visão biologicista, centrada nas queixas de sinais e sintomas de doença e no fornecimento de medicamentos, razão porque os idosos, na maioria das vezes, referiram procurar as UBS para obtenção de consulta médica, exames laboratoriais e medicamentos.

Como o geriatra/gerontólogo não é um profissional inserido na equipe do PSF, pode-se inferir que há necessidade de profissionais de saúde, em especial de enfermeiros, com capacitação em gerontologia e geriatria, como forma de assegurar o princípio da integralidade e contribuir, sobremaneira, com a garantia da qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa, conforme recomenda a política de atenção ao idoso.

Em relação à hipótese levantada para esse estudo, confirmou-se o enunciado que os idosos apresentam condições de saúde prejudicadas e incapacidade funcional para as AVD's. Entretanto, a incapacidade funcional se aplica a maioria e não à totalidade da amostra.

O estudo é limitado porque foi aplicado a, apenas, oito UBS do município estudado. Outra lacuna percebida mantém relação com o Índice de Barthel, pois esse instrumento só possibilita a mensuração do componente físico em detrimento das dimensões cognitivas e emocionais.

Sugere-se a ampliação de estratégias de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco de adoecer, assistência aos danos e reabilitação dos idosos para minimizar os casos de incapacidade funcional. E de ações que estimulem os idosos a participarem da dinâmica social, objetivando a elevação da sua auto-estima, o sentimento de pertença social e usufruto da autonomia.

Recomenda-se estudo da população idosa de todas as UBS, a ampliação dos debates que já se processam em torno dessa temática, que os projetos pedagógicos dos cursos da área de saúde dêem maior ênfase aos conteúdos direcionados ao cuidado integral do idoso, que se incrementem pesquisas que envolvam as instituições formadoras de recursos humanos e os serviços de saúde, além da capacitação de gestores e da equipe multiprofissional orientada pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

REFERÊNCIAS

1. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento, Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2007; 19(3):15-21.
2. Toscano JJO, Oliveira ACC. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Rev Bras Med Esporte*. 2009; 15(3):169-73.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055-9.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
6. Costa EFA, Porto CC, Almeida JC, Cipullo JP, Martin JFV. Semiologia do idoso. In: Porto CC. *Semiologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.154-83.
7. Romero AD, Silva MJ, Silva ARV, Freitas RWJF, Damasceno MMC. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa unidade de saúde da família. *Rev Rene*. 2010; 11(2):72-8.
8. Veras RFS, Oliveira JS. Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Rene*. 2009; 10(3):132-8.
9. Menezes TN, Lopes FJM, Marucci MFN. Estudo domiciliar da população idosa de Fortaleza/CE: aspectos metodológicos e características sócio-demográficas. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(2):168-71.
10. Pedrazzi EC, Motta TTD, Vendruscolo TRP, Fabrício-Wehbe SCC, Cruz IR, Rodrigues RAP. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. *Rev Latino-am Enferm*. 2010; 18(1):18-25.
11. Puga D, Rosero-Bixby L, Glaser K, Castro T. Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España y Inglaterra. *Poblac Salud Mesoamérica* [periódico na Internet]. 2007 [citado 2010 out 05]; 5 (1):[cerca de 21p]. Disponível em: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/5/5-1/5-1-1/5-1-1.pdf>
12. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(2):285-94.
13. Celich KLS, Galon C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2009; 12(3):345-59.
14. Tamanini JTN, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Laurenti R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(8):1756-62.
15. Berlezi EM, Dal Bem A, Antonello C, Leite MT, Bertolo EM. Incontinência urinária em mulheres no período pós-menopausa: um problema de saúde pública. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2009; 12(2):159-73.
16. Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M, et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(1):175-84.
17. Rosa MRQ, Patrício ZM, Silverio MR, Rumel D. Reasons that made aged people seek care at a basic health unit. *Rev Latino-am Enferm*. 2009; 17(5):670-6.
18. Parayba MI, Simões CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(4):967-74.

19. Reis SCGB, Higino MASP, Melo HMD, Freire MCM. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia-GO, 2003. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(1):67-73.
20. Meireles VC, Matsuda LM, Coimbra JÂH, Mathias TAF. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. Saúde Soc. 2007; 16(1):69-80.

Recebido: 29/07/2010

Aceito: 28/03/2011