

MORBIDADE REFERIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS

Elizandra Cristina Pedrazzi*
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues**
Fábio Veiga Schiaveto***

RESUMO

Estudo transversal, descritivo que propõe-se a descrever as morbidades referidas pelos idosos e analisar a influência na capacidade funcional. Participaram do estudo, 47 idosos, com 60 anos ou mais, que tiveram o primeiro atendimento na clínica geriátrica de um hospital governamental de Ribeirão Preto, SP, em 2001. Para a coleta dos dados realizou-se consulta dos prontuários e entrevista com os idosos/cuidador em 2004, utilizando um instrumento de avaliação da capacidade funcional. As características sócio-demográficas dos idosos apontaram a feminização do envelhecimento, idade média acima da expectativa de vida do brasileiro, maior proporção de viúvas, analfabetismo maior entre as idosas e aposentadoria como fonte de renda da maioria dos idosos. Em relação à performance funcional, incontinência urinária e Acidente Vascular Cerebral (AVC) foram as morbidades menos referidas, porém as que mais interferiram nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs). As mulheres referiram maior número de morbidades e sofreram maior interferência na execução das Atividades da Vida Diária (AVDs). Nossos resultados reforçam a necessidade da avaliação da capacidade funcional decorrente de processos mórbidos para a manutenção e melhora da qualidade de vida do idoso.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Envelhecimento. Atividade motora. Morbidade.

INTRODUÇÃO

A expectativa de vida do ser humano tem aumentado consideravelmente dentro de um curto espaço de tempo. A população idosa brasileira hoje ultrapassa os 14 milhões, o que evidencia a importância desse contingente populacional no Brasil. Atualmente, os idosos são a parcela populacional que mais cresce no mundo e mais da metade deles vive em países em desenvolvimento. Segundo estimativa populacional do IBGE para o ano intercensitário de 2006, o número de idosos na cidade de Ribeirão Preto era de 56.743 habitantes, dos quais 31.637 possuíam de 60 a 69 anos e aqueles que tinham mais de 80 anos perfaziam um total de 7.111 habitantes. A cidade possuía em 2000, uma expectativa de vida de 74,4 anos⁽¹⁾.

O aumento do número de idosos na população tem se traduzido em um maior número de problemas de longa duração, seja para o indivíduo seja para a sociedade⁽²⁾. Aproximadamente 80% das pessoas acima de 65 anos apresentam ao menos um problema crônico de saúde e uma minoria destes idosos (10%) possui, no mínimo,

cinco destas patologias. Com o avanço da idade, há um aumento progressivo da necessidade de assistência na realização de atividades da vida diária.

O estudo da capacidade funcional tanto tem ajudado a compreender como a longevidade tem sido vivida quanto como contribui para avaliar o estado de saúde dos idosos. Sabe-se que a presença de múltiplas doenças com diferentes graus de gravidade pode influenciar a vida diária. Indicadores de morbidade que incluam as incapacidades parecem ser mais adequados para demonstrar o impacto da doença/incapacidade sobre a família, o sistema de saúde e a qualidade de vida dos idosos⁽³⁾. Tal indicador é imprescindível para a organização da atenção à saúde, subsidiando, dentre outros, o cuidado de enfermagem direcionado ao idoso, familiares e cuidadores. A independência na realização das atividades da vida diária é de grande importância na vida das pessoas, pois envolve questões de natureza emocional, física e social.

Capacidade funcional é a “capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias

*Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP. Bolsista da Fapesp/SP.

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Titular da EERP/USP.

***Enfermeiro do Hospital Neto Campelo de Sertãozinho. Mestrando em Enfermagem Fundamental na EERP/ USP.

a uma vida independente e autônoma^(4,20). Sua prevalência geralmente é mensurada através da incapacidade de realizar as atividades básicas da vida diária (ABVDs) e atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). As primeiras, descritas como atividades de autocuidado, são essenciais à sobrevivência no dia-a-dia, e as últimas, como atividades necessárias para sustentar uma vida independente na comunidade^(5,6).

Para o idoso, a saúde não pode ser dicotomizada em saudável e não saudável, pois a presença de doenças crônicas não significa que ele não possa viver de forma independente e autônoma, uma vez que elas podem ser prevenidas e controladas. Apesar de parte dos indivíduos idosos apresentar diminuição de desempenho na realização de atividades de vida diária, outra parcela mantém a autonomia e independência para gerenciar sua vida⁽⁴⁾.

O diagnóstico da doença do idoso pode não ter tanta importância quanto as consequências dela na qualidade de vida, ou seja, na capacidade funcional e na manutenção da independência para as atividades diárias. A avaliação funcional do idoso faz parte do cuidado de enfermagem, com ênfase na pessoa e nos sistemas de apoio que ela pode contar. Assim, consideramos relevante descrever as morbidades referidas pelos idosos e a sua percepção de interferência na sua capacidade funcional.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo. A população estudada foi composta por idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos. Além do critério cronológico para a seleção dos participantes do estudo, estipulou-se que estes deveriam residir no domicílio, na cidade de Ribeirão Preto – SP. Eles tiveram o primeiro atendimento (caso novo) na clínica geriátrica de um hospital governamental no ano de 2001. Foram também incluídos os cuidadores familiares com condições de responder efetivamente às perguntas, isto é, pessoas conscientes e orientadas, caso o idoso apresentasse dificuldade para responder às questões. Para tanto, foi realizado encontro dialógico, visando situar o cuidador quanto ao tempo e ao espaço.

Os sujeitos foram identificados no Serviço Médico e Estatístico (SAME) do Hospital das

Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). No levantamento foram identificados 244 idosos residentes na zona urbana de Ribeirão Preto que haviam sido atendidos no ambulatório de geriatria no ano de 2001. Foram consultados os prontuários destes pacientes mediante agendamento no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico. Durante a consulta, os dados obtidos foram: a história clínica, diagnósticos e dados de identificação como endereço e telefone do paciente.

Depois de identificada a população de estudo, a amostra foi de 69 idosos. Tivemos acesso apenas a 60 prontuários, sendo que 09 encontravam-se no arquivo morto (óbito). Primeiro foi agendada a visita ao idoso por telefone, em até três tentativas, esclarecendo-se os objetivos da pesquisa. Quando não era possível o agendamento, o entrevistador ia diretamente à residência dos sujeitos para realizar a coleta dos dados com o idoso e/ou cuidador. Na avaliação individual dos 60 idosos no domicílio, 12 (20%) recusaram-se a participar da pesquisa. O total dos idosos que foram entrevistados e constituíram a amostra deste trabalho chegou a 47. A equipe foi composta por 3 entrevistadores, duas bolsistas e uma mestranda. Antes de saírem para o trabalho de campo foram treinados com a meta de padronizar as entrevistas.

Para a coleta de dados foi utilizada parte do questionário *Older Americans Resources and Services* (OARS), instrumento multidimensional para avaliação do estado funcional elaborado pela *Duke University* (1978)⁽⁷⁾, adaptado à realidade brasileira (1987)⁽⁸⁾ e complementado pela equipe deste estudo, visando ao referido objetivo. O instrumento consta de questões envolvendo 4 partes: identificação, perfil social do idoso, estado de saúde (nesta seção, uma lista de morbidades é seguida das opções: não tem; tem e interfere nas atividades da vida diária; e tem, mas não interfere nas atividades) e avaliação funcional (atividades básicas da vida diária – ABVDs, agrupadas em: nenhuma dificuldade, dificuldade em 1 a 3 atividades, dificuldade em 4 ou 6 atividades e dificuldade em 7 ou mais atividades; e atividades instrumentais da vida diária – AIVDs, agrupadas em: nenhuma dificuldade, dificuldade em 1 a 2 atividades e dificuldade em 3 ou mais atividades). Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, através do *software* EPI. 6.

Os dados obtidos foram digitados duplamente, para verificar a consistência interna, e o banco de dados foi submetido ao *validate* do EPIINFO até obter 100% de consistência interna. A análise estatística foi realizada com a utilização do *software Statistical Package of Social Sciences* (SPSS) versão 11.5, com descrição das frequências e da prevalência de incapacidades.

Com o objetivo de atender à Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo em fevereiro de 2003, mediante o processo n.º 550621/2002-4.

RESULTADOS

Dentre os 47 idosos participantes do estudo, 74,5% eram do sexo feminino. A idade média foi de 74,2 anos. A estrutura etária das mulheres é mais envelhecida que a dos homens: 78,6% possuem mais de 80 anos. Com relação ao estado conjugal, a maioria dos idosos era constituída de viúvos (44,7%). A proporção de viúvas entre as mulheres (81%) foi praticamente quatro vezes maior que entre os homens (19%). A escolaridade mostra que grande parte dos idosos teve oportunidade de estudar: 68,1% possuíam de 1 a 4 anos de escolaridade e 23,3%, de 5 a 12 anos.

A proporção de analfabetos foi maior entre as mulheres. A maior parte dos idosos recebia aposentadoria, apenas as mulheres referiram necessitar de pensão e aluguel para a sobrevivência. Poucos idosos trabalhavam para obter rendimentos, sendo que o número de homens foi maior.

Devido à sobremortalidade masculina, o número de mulheres idosas é muito maior que o de homens. Por outro lado, embora vivam mais que os homens, as mulheres apresentam maior incidência de doenças crônicas, que podem levar à dependência, demandando assim maior atenção. Esse aumento da expectativa de vida das mulheres também se reflete em um maior número de viúvas (81%). As mulheres se deparam nessa fase da vida com todas as desvantagens experimentadas no seu ciclo vital.

Grande parte delas nunca freqüentou a escola ou esteve no mercado formal de trabalho e conta com benefícios mínimos de aposentadoria. Em

nosso estudo, apesar de grande parte dos idosos ter freqüentado a escola, 75% das mulheres eram analfabetas e, além da aposentadoria, necessitavam de complementar o orçamento com aluguel e pensão. Poucos idosos trabalhavam para obter rendimentos. Este resultado leva a refletir sobre a capacidade funcional para trabalhar, oferta de serviços e empregos para esta população e a discriminação do idoso no mercado de trabalho. O envelhecimento associado a fatores socioeconômicos e culturais contribui para o aparecimento de fatores de risco e de incapacidades crônicas.

As dez morbidades mais referidas pelos idosos foram: hipertensão arterial (pressão alta) (61,7%), problema de coluna (49,0%), problema para dormir e problema cardíaco (38,3%), má circulação (38,2%), osteoporose (36,2%), artrite/artrose (31,9%), diabetes *mellitus* (27,7%), acidente vascular cerebral (derrame cerebral) (27,6%) e incontinência urinária (25,5%).

Verificou-se que no sexo masculino as doenças apresentam maior prevalência na faixa etária de 70 a 79 anos, enquanto no sexo feminino predominou a faixa etária de 80 anos ou mais. As idosas da faixa etária mais jovem, de 60 a 69 anos, possuem maior prevalência de morbidades que os idosos do sexo masculino do mesmo grupo etário. Entre estes observa-se a prevalência de hipertensão arterial (12,5%) e diabetes *mellitus* (25%), enquanto no sexo feminino predominam osteoporose (47%), problema de coluna (47,4%), artrite/artrose (41,6%) e má circulação (35,3%). Já no grupo etário de 70 a 79 anos, 100% dos idosos do sexo masculino referiram má circulação, derrame cerebral e incontinência urinária (Figura 1).

Entre as idosas, incontinência urinária (42,8%), problema cardíaco (41,6%), derrame cerebral e problema para dormir (40,0%) foram as morbidades predominantes. Na faixa etária mais envelhecida, 80 anos ou mais, os idosos referiram, principalmente, problemas para dormir (66,7%) e as idosas, incontinência urinária (57,1%), acidente vascular cerebral (50%), diabetes *mellitus* (44,4%), seguidos de artrite/artrose e problemas cardíacos (41,6%) e osteoporose e má circulação (41,1%). A hipertensão arterial manteve-se com a mesma porcentagem em todos os grupos etários femininos (33,3%). Ambos os sexos da faixa etária mais jovem não referiram incontinência urinária (Figura 1).

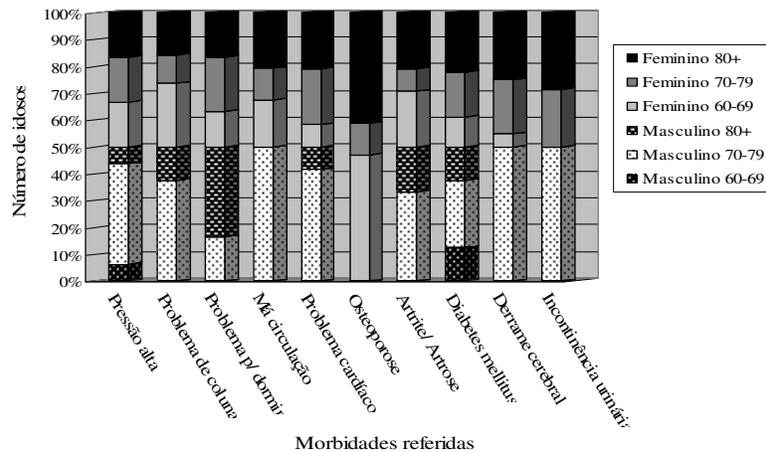


Figura 1. Distribuição das morbidades referidas pelos idosos, segundo sexo e faixa etária, Ribeirão Preto, SP, 2004.

Na amostra estudada, 68,1% dos idosos referiram possuir mais que uma doença crônica, caracterizando comorbidade. Vários estudos concluíram que o número de comorbidades é um fator fortemente associado às incapacidades funcionais e, conseqüentemente, à dependência⁽⁹⁾. Outros autores também afirmam que certas doenças crônicas são conhecidas por elevar o risco de declínio funcional, entre elas a artrite, o diabetes *mellitus* e acidente vascular cerebral⁽¹⁰⁾.

Estudo feito em um ambulatório geriátrico de referência, em Salvador, Bahia, trouxe como manifestações clínicas mais freqüentes a hipertensão arterial (62,2%), osteoartrose (40,0%) e incontinência urinária (35,2%), seguidas por dislipidemia (23,3%), instabilidade postural (22,2%) e diabetes *mellitus* (17,6%). A grande maioria (91%) apresentava entre um e cinco problemas crônicos e cinquenta e nove idosos (5,3%) não apresentaram nenhum dos problemas estudados⁽¹¹⁾.

No ambulatório de policlínicas no município de Viçosa, MG, as principais enfermidades foram as doenças cardiovasculares, entre elas a hipertensão arterial⁽¹²⁾. Alguns estudos longitudinais mostram que as doenças cardiovasculares têm associação com o desenvolvimento de incapacidades entre os idosos⁽¹³⁾, enquanto outros contrariam tal resultado⁽¹⁴⁾. Esta enfermidade pode ser um fator de risco para mortalidade por doença cardiovascular. Nossos resultados apontam que a hipertensão arterial foi a terceira morbidade mais freqüente relatada pelos idosos na interferência

nas ABVDs e nas AIVDs.

Na Figura 2 é evidenciado que a hipertensão arterial foi a morbidade mais referida (61,7%), mas não a que mais interferiu na execução das ABVDs e AIVDs, segundo avaliação dos idosos. Incontinência urinária (25,5%) e acidente vascular cerebral (derrame cerebral) (27,6%) foram as menos referidas, porém as que mais interferiram em ambos os tipos de atividade (88,9%). Além disso, para a realização de 7 ou mais ABVDs os idosos relataram também grande interferência da hipertensão arterial (71,4%), problemas para dormir e problemas cardíacos (50%), má circulação (44,4%), seguidos de osteoporose e artrite/artrose (40%). Dos indivíduos que possuem problema de coluna (29,4%), a maior parte (35,5%) referiu não ter nenhuma dificuldade para as ABVDs.

Segundo a OMS⁽¹⁵⁾, as causas de deficiência na velhice são semelhantes para homens e mulheres, embora as mulheres sejam mais propensas a apresentar problemas músculoesqueléticos, como artrite/artrose e osteoporose. Esta última é o segundo maior problema de saúde pública e a maior causa de fraturas ósseas nos idosos (70%). Nessa população, as doenças crônicas mais associadas com prevalência ou incidência de limitações de mobilidade incluem artrite, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crônica e diabetes *mellitus*⁽¹⁶⁾. Em nosso estudo, osteoporose e artrite/artrose acompanham as idosas durante todo o processo de envelhecimento, além do que a artrite/artrose foi a quarta morbidade mais freqüente relatada pelas idosas na interferência nas AIVDs.

No Brasil, apesar de poucos estudos de base populacional referentes às morbidades encontradas nos sistemas públicos de saúde em nível de atendimento ambulatorial, pode-se perceber que o perfil de morbidade ambulatorial encontrado neste estudo se assemelha com os estudos encontrados na literatura referentes às causas básicas de internação hospitalar e às taxas de mortalidade.

Quanto às AIVDs, um maior número de idosos apresentou dificuldade para realizar 3 ou mais atividades, e a interferência maior foi de hipertensão arterial (71,4%), artrite/artrose (60%), má circulação (55,6%), osteoporose, problema cardíaco e problema para dormir (50%), seguido de problema de coluna (35,3%). Dos idosos que relataram tal patologia, 47,1% referiram não ter nenhuma dificuldade para realizar as AIVDs (Figura 3).

Uma parcela dos sujeitos não referiu morbidades e é independente (35,7%), mas

26,3%, mesmo não referindo nenhuma morbidade, necessitavam de ajuda para a realização das ABVDs, enquanto para as AIVDs os idosos que são independentes e não referiram nenhuma morbidade representam 36%, e os que necessitam de ajuda, 27,3%. A realização das AIVDs foi mais comprometida entre os idosos que possuem de 1 a 5 morbidades e necessitam de ajuda (50%). Para os idosos que possuem de 6 a 9 e 10 ou mais morbidades, houve maior interferência das doenças na realização das ABVDs: 21,1% e 5,3%, respectivamente.

Uma parcela dos idosos não referiu morbidades e era independente, porém houve aqueles que, mesmo sem morbidades, necessitavam de ajuda para a realização das atividades diárias. Uma hipótese é que isso se deva às mudanças inerentes ao processo de envelhecimento ou senescência.

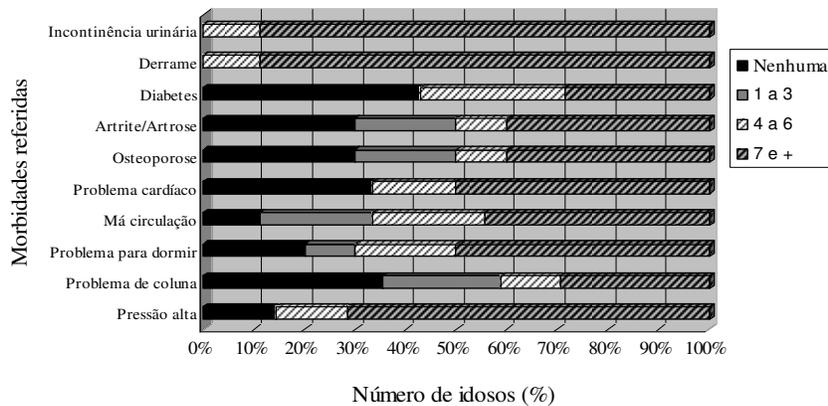


Figura 2. Frequência e porcentagem dos idosos que relataram interferência das morbidades no desempenho das atividades básicas da vida diária (ABVDs), Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2004.

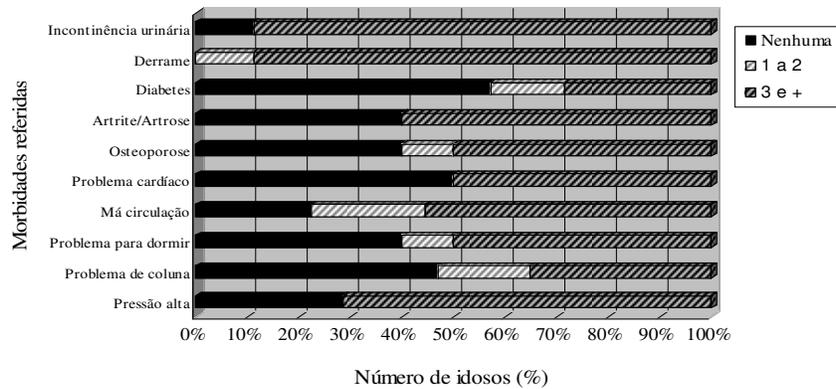


Figura 3. Frequência e porcentagem dos idosos que relataram interferência das morbidades no desempenho das atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2004.

Os idosos que possuem de 1 a 5 morbidades referiram maior interferência na execução das AIVDs, por outro lado, as ABVDs foram mais comprometidas pela presença de maior número de morbidades referidas. Pelo fato de as atividades instrumentais serem mais sensíveis às mudanças, pela sua maior complexidade, um pequeno aumento nas exigências do ambiente ou uma leve diminuição das habilidades de uma pessoa podem provocar mudanças consideráveis no desempenho das AIVDs sem afetar significativamente o desempenho das ABVDs⁽¹⁷⁾. Além disso, as dificuldades para realizar as AIVDs são as primeiras a aparecer, por isso se devem estabelecer mecanismos de seguimento que permitam detectar precocemente este tipo de incapacidade e assim manter íntegras as habilidades para realizar as ABVDs.

Incontinência urinária e AVC foram as morbidades que mais interferiram na realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, segundo a percepção dos idosos. Estes achados diferem dos encontrados por Farinasso⁽¹⁸⁾, que revelou que a maior interferência na vida diária foi causada por problemas de coluna, seguidos de problemas para dormir e hipertensão arterial.

Uma pesquisa sobre a percepção das mulheres em relação aos efeitos da incontinência urinária no cotidiano indicou que a perda de urina restringe o convívio social, por causar constrangimentos, levando à diminuição do lazer, influenciando no trabalho e contribuindo para o isolamento social, além de afetar a relação com o companheiro e associar-se com depressão e ansiedade⁽¹⁹⁾. As mulheres com incontinência urinária tiveram dificuldade em realizar as AVDs, o que pode ser devido à maior dificuldade para realizar os serviços domésticos, fazer compras e usar os meios de

transporte.

Em relação ao derrame, estudo⁽¹⁷⁾ comparativo em sete cidades da América Latina e Caribe encontrou que a doença cerebrovascular (AVC) é a terceira causa de morte e uma das principais causas de incapacidades nos países estudados, inclusive no Brasil. Outro estudo⁽²⁰⁾ no entanto, não encontrou relação entre as morbidades diabetes *mellitus* e doença cardíaca e declínio na capacidade funcional, porém para acidente vascular cerebral, a associação foi positiva.

O enfermeiro tem importante papel na prevenção de doenças, na promoção e manutenção da saúde. É importante buscar estratégias para motivação e conscientização dos idosos quanto à modificação do estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis que controlem, eliminem ou modifiquem os fatores de risco.

CONCLUSÃO

A dependência constitui fator de risco significativo para a mortalidade na população idosa, mais relevante do que as próprias doenças que levam a ela. Um prejuízo nas AIVDs contribui para um maior afastamento do entorno social e conseqüente tendência ao isolamento na residência, enquanto as ABVDs estão associadas a uma questão de sobrevivência. A atuação do enfermeiro junto ao idoso deve estar centrada na educação para a saúde. A avaliação funcional do enfermeiro deve estar centrada na pessoa e nos sistemas de apoio com que ela pode contar. Assim, consideramos que o enfermeiro, inserido numa equipe multidisciplinar, deve assistir ao idoso de maneira individualizada, levando em consideração as suas limitações físicas, psíquicas e ambientais.

REFERRED MORBIDITY AND FUNCTIONAL CAPACITY OF THE ELDERLY

ABSTRACT

This is a descriptive cross-sectional study, which aims to describe the morbidities reported by elderly individuals and analyze their influence over the individuals' functional capacity. The sample consisted of 47 elderly individuals aged over 60 years, who were assisted at the geriatric clinic of a public hospital in 2001, in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. Data were collected by consulting patient records and by interviewing elders/caregivers, using a functional capacity assessment instrument. Sociodemographic characteristics revealed a feminization of aging, an average age beyond life expectancy in Brazil, there were more widows than widowers, more illiterate women than men, and most had their retirement pension as the main financial resource. In terms of functional performance, urinary incontinence and stroke (cerebrovascular accident-CVA) were the least reported morbidities, but with the highest interference on the basic activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL). Women reported a greater number of morbidities and higher interference to their ADLs. Our results highlight the need to evaluate the functional capacities affected by morbidities, with a view to maintain and improve the quality of life of the elderly.

Key words: Health of the Elderly. Aging. Motor activity. Morbidity.

MORBILIDAD REFERIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL DE ANCIANOS

RESUMEN

Estudio transversal, descriptivo que se propone describir las morbilidades referidas por los ancianos y analizar la influencia en la capacidad funcional. Participaron en el estudio 47 ancianos, con 60 años o más, que tuvieron la primera atención en la clínica geriátrica de un hospital gubernamental de Ribeirão Preto, SP, en el 2001. Para la recolección de los datos se realizó consulta de las historias clínicas y entrevistas con los ancianos / cuidador en 2004, utilizando un instrumento de evaluación de la capacidad funcional. Las características socio-demográficas de los ancianos mostraron la feminización del envejecimiento, edad media arriba de la expectativa de vida del brasileño, mayor proporción de viudas, analfabetismo mayor entre las ancianas y jubilación como fuente de renta de la mayoría de los ancianos. Con relación al estado funcional, la incontinencia urinaria y el Accidente Vascular Cerebral (AVC) fueron las morbilidades menos referidas, pero fueron las que más interfirieron en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Las mujeres refirieron un mayor número de morbilidades y sufrieron mayor interferencia en la ejecución de las Actividades de la Vida diaria (AVD). Nuestros resultados refuerzan la necesidad de la evaluación de la capacidad funcional debido a procesos morbosos para mantener y mejorar la calidad de vida del anciano.

Palabras clave: Salud del anciano. Ejejecimiento. Atividade motora. Morbilidad.

REFERÊNCIAS

1. DATASUS. Censos demográficos e contagem populacional para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus. 2006 [acesso em 10 jun. 2007]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
2. Pescatello LS, Di Pietro L. Physical activity in older adults: an overview of health benefits. *Sports med.* 1993;15(6):353-64.
3. Lebrão ML, Laurenti RL. Condições de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília (DF): Organização Pan - Americana da Saúde; 2003. p. 73-91.
4. 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: UNATI; 2000.
5. Lawton MP, Brody EM. Assessment of old people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9:179.
6. Araoz GBF. Valoración funcional. In: Llera FG, Martin JPM. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson; 1994. p. 67-78.
7. Duke University Center for the Study of Aging and Human Development. Multidimensional functional assessment: the OARS methodology Duke University Center for the Study of Aging and Human Development. In: Durham: NC; 1978.
8. Ramos LR. Growing old in São Paulo, Brazil. Assess of health status and family support of the different socio-economic strata living in the community. [thesis]. London: University of London; 1987.
9. Gijzen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, Van Den Bos GAM. Causes and consequences of comorbidity: a review. *J Clin Epidemiol.* 2001;54:661-74.
10. Reynolds SL, Crimmins EM, Yasuhiko S. Cohort differences in disability and disease presence. *Gerontologist.* 1998;38:578-90.
11. Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(3):691-707.
12. Venturi I, Rosado LEFPL, Cotta RMM, Rosado GP, Doimo LA, Tinoco ALA, et al. Identificação da área de influência do serviço de atenção básica do sistema público de saúde à população idosa, município de Viçosa-MG. *Cienc Saúde Colet.* [periodico on-line]. 2006 [acesso em 10 jun. 2007]; 12:355. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=355.
13. Incalzi AR, Capparella O, Gemma A et al. A simple method of recognizing geriatric patients at risk for death and disability. *J Am Geriatr Soc.* 1992;40:34-8.
14. Mor V, Murphy J, Masterson-Allen S et al. Risk of functional decline among well elders. *J Clin Epidemiol.* 1998;42:895-904.
15. Organização Mundial da Saúde (OMS). Life in the 21st Century: A vision for All [Relatório Mundial de Saúde]. Genebra.
16. Verbrugge LM, Leokowski JM, Imanaka Y. Comorbidity and its impact on disability. *Milbank Q.* 1989;67:450-84.
17. Menéndez J; Guevara A, Árcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17(5/6).
18. Farinasso ALC. Perfil dos idosos em uma área de abrangência da estratégia de saúde da família. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.
19. Wyman JF, Harkins SW, Fantl JA. Psychosocial impact of urinary incontinence in the community-dwelling population. *J Am Geriatr Soc.* 1990;38:282-88.
20. Guralnik JM, LaCroix AZ, Abbott RD, Berkman LF, Stterfield S, Evans D., Wallace RB. Maintaining mobility in late life. I. Demographic characteristics and chronic conditions. *Am J Epidemiol.* 1993; 37:845-57.

Endereço para correspondência: Elizandra Cristina Pedrazzi. Rua Dom Pedro II, 1846. Campos Elíseos. CEP: 14085-580. Ribeirão Preto SP. E-mail: elizandra_p@yahoo.com.br

Recebido em: 23/8/2006
Aprovado em: 22/10/2007

