

CARACTERIZAÇÃO DE IDOSOS RESTRITOS AO DOMICÍLIO E SEUS CUIDADORES

CHARACTERIZATION OF HOME RESTRICTED ELDERLY AND THEIR CAREGIVERS

Celita Salmaso Trelha¹, Elis Juliana Revaldaves², Shadia Mussa Yussef², Mara Solange Gomes Dellaroza³, Marcos Aparecido Sarria Cabrera⁴, Kyomi Nakanishi Yamada⁵, Sandra da Cruz Perdigão Domiciano⁶

¹ Professora Assistente no Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina

² Acadêmicas do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina

³ Professora Assistente no Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina

⁴ Professor Adjunto no Departamento de Clínica Médica da Universidade Estadual de Londrina

⁵ Professora Auxiliar no Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina

⁶ Professora Assistente no Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Londrina

Artigo baseado em Trabalho de Conclusão do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina.
Correspondência: Celita Salmaso Trelha (celita@dilk.com.br).

Resumo

O objetivo deste estudo foi caracterizar os idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores. Foi realizado estudo transversal descritivo e participaram idosos com 60 anos ou mais considerados restritos ao domicílio, da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde dos Conjuntos Habitacionais Ruy Virmond Carnascialli e Cabo Frio, região norte da cidade de Londrina/PR. Para a coleta de dados foi realizada entrevista estruturada abordando os seguintes aspectos: perfil demográfico, diagnóstico prévio de doença, dor osteomuscular, capacidade funcional e presença de cuidador. A amostra constituiu-se por 24 idosos, predominantemente do gênero feminino, com idades variando de 60 a 94 anos. A hipertensão arterial foi o diagnóstico mais freqüente entre os idosos. Verificou-se que 21(87,5%) apresentavam dor, principalmente na coluna lombar e nos membros inferiores. Verificou-se maior dependência dos idosos para as atividades referentes a tomar banho, pentear o cabelo, usar o toalete e vestir-se. Entre os cuidadores houve predomínio do sexo feminino. Em relação ao grau de parentesco com o idoso, verificou-se que a maioria eram filhos. Quanto ao número de horas de cuidados prestados ao idoso, observou-se 15 (65,2%) cuidadores com mais de 8 horas diárias. Estes idosos apresentam elevado grau de dependência decorrente das incapacidades funcionais e necessitam de cuidadores.

Descritores: Idoso; Pacientes Domiciliares; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

The objective of this study was to characterize the older people restricted to the home and their caregivers. A descriptive transversal study was accomplished and participated individuals over than 60 years of age and restricted to their home. All of them were from the inclusion area of the Health Basic Unit from the Housing Development Ruy Virmond Carnascialli and Cabo Frio, north area of the city of Londrina/PR, Brazil. The data were colleted using a structured interview approaching the following aspects: demographic profile, diagnosis previous of disease, pain musculoskeletal, functional capacity and caregiver. The sample consisted on 24 older people, predominantly female, with ages varying from 60 to 94 years. The arterial hypertension was the most frequent diagnosis. Observed that 21(87.5%) referred presented pain, mainly in lumbar column and inferior members. The older people showed to be dependent mainly in the bath, to comb the hair, to use the toilet and dressing. The female was the prevalent gender in the caregivers. In relation to the relationship degree with the older people was verified that most was son. The caregivers take care of the older people more than 8 hours a day. The older people investigated present high dependence degree due to the functional incapacities and need caregivers.

Key words: Aged; Homebound Persons; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial. Nos países desenvolvidos, esse processo ocorreu lentamente, em situação de evolução econômica, de crescimento do nível de bem-estar e redução das desigualdades sociais. Nos anos mais recentes, esse processo ganha maior importância nos países em desenvolvimento, com o aumento acelerado da população de sessenta anos e mais em relação à população geral. Aumentos de até 300% da população idosa são esperados nesses países, especialmente na América Latina.¹ Estima-se que, em 2025, os idosos no Brasil atingirão uma cifra aproximada de 30 milhões de pessoas, o equivalente a 15% da população.²

Em Londrina, esta tendência ao envelhecimento populacional já pode ser observada, representando 9,34% da população local.³ Há predomínio de idosos entre as idades de 60 a 69 anos correspondendo a 58,82% desta população, enquanto que os idosos com 80 anos ou mais representam 10,73%, de acordo com o censo 2000 com divisão territorial 2001.³

A partir desse processo de transição demográfica, observam-se como tendência o aumento das doenças crônicas que requerem cuidados continuados, adequado manejo clínico-funcional e a identificação de riscos de agravamento à saúde. Essas doenças crônicas podem ocasionar dores, uso exagerado de medicamentos, depressão e incapacidade funcional.⁴

Caracterizando o perfil de idosos, estudos revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor (10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas.⁵

Quando ocorre comprometimento da capacidade funcional a ponto de impedir o cuidado de si, a carga sobre a família e sobre o sistema de saúde pode ser muito grande. Historicamente, diferentes países do mundo têm desenvolvido variadas formas de apoio e cuidados aos seus idosos dependentes, e, em alguns países, o suporte oferecido é quase

exclusivamente de responsabilidade estatal, em outros, são predominantemente as famílias que desempenham todos os encargos.⁶

Assim, no início deste novo milênio, o acelerado crescimento da população idosa brasileira surge como um elemento central para a elaboração de novas políticas públicas. Neste contexto, trata-se de identificar quais são os problemas prioritários para a população idosa brasileira e de definir que ações devem ser privilegiadas para enfrentar esses problemas. Estudos epidemiológicos são essenciais para identificar problemas prioritários, de modo a orientar decisões relativas à definição de prioridades para intervenção.⁶

O objetivo deste estudo foi caracterizar os idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores, assistidos por equipes do Programa de Saúde da Família – PSF – de dois bairros na cidade de Londrina, Paraná.

MÉTODO

Neste estudo transversal descritivo, a população foi composta por idosos, moradores da área de abrangência das equipes do PSF das unidades básicas de saúde do Conjunto Habitacional Ruy Virmond Carnascialli e Cabo Frio, incluídos no Projeto de Assistência Interdisciplinar ao Idoso em Nível Primário – PAINP.

O PAINP é um projeto de extensão universitária da Universidade Estadual de Londrina onde um grupo de docentes dos cursos de graduação em medicina, enfermagem, fisioterapia, odontologia e serviço social desenvolvem, dentro da estratégia de pesquisa-ação, atividades envolvendo a instituição formadora (docentes e alunos), o serviço público de saúde dos conjuntos habitacionais Ruy Virmond Carnascialli e Cabo Frio

A amostra constituiu-se por idosos com 60 anos ou mais considerados restritos ao domicílio por incapacidade física ou mental, e atendidos pelas equipes do PSF. A definição da situação de restrição no domicílio foi determinada pela equipe do PSF que atendia diretamente aos idosos.

Quanto aos aspectos éticos, este estudo obteve o parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade Estadual de

Londrina, e os idosos e cuidadores foram esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram organizadas reuniões mensais com os cuidadores informais sob a supervisão da equipe do PAINP.

Para a coleta de dados foi realizada entrevista estruturada. As entrevistas foram realizadas em visitas domiciliares por acadêmicos (dos cursos de fisioterapia, enfermagem e medicina) participantes do PAINP. Em caso de idosos com afasia ou confusão mental, os cuidadores foram os informantes.

Foram analisadas as seguintes variáveis:

- Perfil demográfico: sexo, idade e estado conjugal;
- Referência do diagnóstico prévio de doenças: Acidente Vascular Encefálico, Infarto Agudo do Miocárdio, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Depressão, Alzheimer e lesões de pele ou escaras.
- Ocorrência de dor osteomuscular: presença de dor, localização, tempo e frequência, uso de medicação e influência no sono, apetite e humor;
- Capacidade funcional: capacidade em realizar as atividades de vida diária (AVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). As questões foram categorizadas em: sem dificuldade, pouca dificuldade, muita dificuldade, não realiza e não se aplica. A resposta "não realiza" refere-se à incapacidade física do idoso em realizar a atividade, enquanto a resposta "não se aplica" indica que o idoso nunca realizou tal atividade, mesmo quando tinha capacidade para tanto, por questões culturais, pessoais ou outras.^{7,8}

Também foi utilizado um roteiro para caracterização do cuidador com questões referentes a sexo, idade, grau de parentesco, anos de estudo, horas de cuidados, tipo de cuidado prestado e realização de outra atividade.

A análise estatística foi descritiva e consistiu na organização e descrição dos dados, na identificação de valores e na

quantificação da variabilidade presente nos dados.⁹ Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o software Excel da Microsoft.

RESULTADOS

A amostra constituiu-se predominantemente por idosos do sexo feminino. Dos 24 idosos estudados 16 (66,7%) eram mulheres e 8 (33,3%) homens, com idades variando de 60 a 94 anos, média de idade de 78,81 anos (Desvio padrão= 9,42 anos).

Em relação ao estado civil, verificou-se que 14 (58,3%) referiram ser viúvos, 7 (29,2%) casados, 2 (8,3%) separados e 1 (4,2%) solteiro. Quanto ao estado conjugal, também houve predomínio do sexo feminino dentre os viúvos, com 12 idosas representando 50% dos idosos analisados. Dentre os casados, constatou-se 3 (42,8%) do sexo feminino e 4 (57,2%) do sexo masculino. Os separados eram 2 (100,0%) do sexo feminino e o solteiro foi representado por uma idosa.

Os idosos foram questionados sobre diagnósticos de doenças e observou-se que a hipertensão arterial foi o diagnóstico mais freqüente entre os pesquisados 17 (70,8%), como pode ser observado na Tabela 1.

Os idosos foram questionados quanto à presença de dor osteomuscular e verificou-se que 21(87,5%) apresentavam dor. Os segmentos anatômicos acometidos pela dor foram principalmente os membros inferiores 13 (61,9%) e a coluna lombar como pode ser observado na Tabela 2.

Analisando o tempo de ocorrência de dor, constatou-se que 18 (85,7%) idosos apresentavam a queixa de dor por mais de 6 meses e apenas 3 idosos (14,3%) relataram queixa por tempo inferior a 6 meses.

Quanto à frequência da dor verificou-se que, dos 21 idosos com queixa de dor, 11 idosos (52,3%) referiram dores diariamente, 8 idosos (38,1%) com frequência variável, um idoso (4,8%) com queixa álgica semanalmente e um idoso (4,8%) com queixa inferior a uma vez por semana.

Tabela 1 – Distribuição dos idosos restritos em domicílio segundo o diagnóstico de doenças. Londrina, 2007.

DOENÇAS	SIM		NÃO		NÃO SABE	
	n	%	n	%	n	%
Hipertensão	17	70,8	6	25,0	1	4,2
Acidente Vascular Encefálico	8	33,3	13	54,2	3	12,5
Diabetes	8	33,3	15	62,5	1	4,2
Infarto do Miocárdio	5	20,8	19	79,2	-	-
Lesões de pele	5	20,8	19	79,2	-	-
Depressão	2	8,3	20	83,4	2	8,3
Alzheimer	2	8,3	16	66,7	6	25,0

* Idosos relataram mais de uma doença, por este motivo o número e o percentual apresentados correspondem às respostas obtidas e não ao número de idosos da amostra.

Tabela 2 – Frequência de dor osteomuscular em idosos restritos em domicílio por segmento anatômico. Londrina, 2007.

SEGMENTO ANATÔMICO	DOR OSTEOMUSCULAR			
	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Membros Inferiores	13	54,2	11	45,8
Coluna Lombar	12	50,0	12	50,0
Membros Superiores	6	25,0	18	75,0
Coluna Cervical	4	13,7	20	83,3

* Idosos relataram dores em mais de uma região anatômica, por este motivo o número e o percentual apresentado correspondem às respostas obtidas e não ao número de idosos da amostra.

Em relação ao uso de medicamento para controle da dor verificou-se que 4 (19,0%) idosos faziam uso diário, 5 (23,8%) referiram consumir medicamento de uma a três vezes por semana, 11 (52,4%) referiram utilizar o medicamento menos que uma vez por semana e apenas um (4,8%) referiu não utilizar medicamento para este fim.

Quanto à influência da dor no sono, apetite e humor constatou-se maior interferência no humor de 10 (47,6%) idosos, seguido pelo sono de 7 (33,3%) idosos. Nenhum idoso relatou interferência da dor no apetite.

Em relação às AVDs, verificou-se maior dependência dos idosos para as atividades referentes a tomar banho, pentear o cabelo, usar o toalete e vestir-se como pode ser observado na Tabela 3.

Já nas AIVDs, constatou-se maior dependência para fazer compras, pegar condução, fazer limpeza da casa e subir lance de escada, como pode ser observado na Tabela 4. Também foi encontrada a categoria "não se aplica" para 2 (8,3%) idosos que nunca fizeram compras sozinhos, 4 (16,7%) que não preparam refeições, 6 (25,0%) que nunca participaram da limpeza da casa e 5

(20,8%) que jamais utilizaram o telefone independentemente.

Em relação à mobilidade, 6 (25,0%) idosos referiram serem capazes de sair de casa com ajuda, 13 (54,2) referiram conseguir deambulação domiciliar e 5 (20,8%) idosos referiram estar restritos ao leito ou cadeira de rodas.

Dos 24 idosos em estudo, apenas um idoso não apresentava cuidador. Entre os 23 cuidadores houve predomínio do sexo feminino com 21 mulheres (91,3%). A idade dos cuidadores variou de 34 a 67 anos, com média de 47,83 anos (Desvio padrão= 5,49 anos).

Em relação ao grau de parentesco com o idoso, verificou-se que a maioria dos cuidadores eram filhos 18 (78,4%), cônjuges dos idosos 2 (8,7%) e o sobrinho 1 (4,3%), empregada mensalista 1 (4,3%) e vizinha 1 (4,3%).

Tabela 3 - Distribuição dos idosos restritos em domicílio de acordo com a AVD. Londrina, 2005.

CAPACIDADE/ AVDs	Sem Dificuldade		Pouca Dificuldade		Muita Dificuldade		Não Realiza	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tomar Banho	7	29,2	6	25,0	2	8,3	9	37,5
Pentear cabelo	11	45,9	2	8,3	2	8,3	9	37,5
Usar toalete	9	37,5	3	12,5	4	16,7	8	33,3
Vestir-se	7	29,2	5	20,8	4	16,7	8	33,3
Transferências	5	20,8	6	25,0	7	29,2	6	25,0
Andar no plano	7	29,2	5	20,8	8	33,3	4	16,7
Comer	17	70,9	2	8,3	2	8,3	3	12,5

Tabela 4 - Distribuição dos idosos restritos em domicílio de acordo com a AIVD. Londrina, 2005.

CAPACIDADE/ AIVD	Sem Dificuldade		Pouca Dificuldade		Muita Dificuldade		Não Realiza	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fazer compras	-	-	-	-	1	4,2	21	87,5
Pegar condução	1	4,2	-	-	3	12,5	20	83,3
Limpeza casa	-	-	-	-	-	-	18	75,0
Subir lance escada	1	4,2	-	-	6	25,0	17	70,8
Andar perto do domicílio	1	4,2	-	-	7	29,2	16	66,7
Preparar refeições	2	8,3	2	8,3	-	-	16	66,7
Tomar remédio	4	6,7	2	8,3	4	16,7	14	58,3
Usar Telefone	3	2,5	1	4,2	3	12,5	12	50,0

Analisando o tempo de estudo do cuidador, verificou-se que 7 (30,4%) cuidadores possuem mais de 8 anos de estudo, 12 (52,2%) cuidadores possuem entre 4 e 7 anos de estudo, 2 (8,7%) cuidadores estudaram entre 1 e 3 anos e 2 (8,7%) cuidadores referiram ser analfabetos.

Quanto ao número de horas de cuidados prestados ao idoso diariamente, observou-se 15 (65,2%) cuidadores prestando cuidados por mais de 8 horas, 3 (13,1%) cuidadores de 5 a 8 horas por dia e 5 (21,7%) cuidadores prestando cuidados por até 4 horas. Não houve relato de rodízio com outras pessoas na realização de cuidados aos idosos, entre 15 (65,2%) cuidadores.

Os cuidados prestados ao idoso foram em relação a: administração de medicamentos, 17 (73,9%), auxílio na movimentação 14 (60,9%), higiene corporal 9 (39,1%), realização de curativos 8 (34,8%) e administração de alimentação 7 (30,4%).

Verificou-se ainda que 21 (91,3%) cuidadores possuem outra atividade: estudo 1

(4,3%), atividade profissional 11 (47,8%) e 9 (39,1%) donas de casa.

DISCUSSÃO

Os idosos analisados apresentavam uma média de idade alta (78 anos) e com predomínio do sexo feminino. Nas faixas etárias muito elevadas (85 anos acima), a preponderância feminina é notável. Fatores biológicos, sociais e culturais são responsáveis pela maior expectativa de vida das mulheres. No Brasil, elas vivem aproximadamente sete anos a mais que os homens.¹⁰

Em Londrina, esta tendência também já é observada. Martin em 2002 analisou as informações contidas nas declarações de óbitos de idosos com mais de 60 anos, no período de 1980 a 1996, e verificou que as mulheres idosas estavam cada vez mais sozinhas que os homens.³ Neste estudo, também se observou este novo cenário conjugal, ou perfil social, onde 50% dos idosos eram viúvas.

Quanto à caracterização da dor osteomuscular houve predomínio da dor

crônica com caráter contínuo, com 45,8% dos idosos apresentando dor diariamente e com predomínio de dores osteomusculares. Segundo Pimenta e Teixeira, os relatos sobre a frequência de dor crônica em idosos variam entre 20% a 88%.¹¹

Os locais de maior queixa algica, encontrados no presente estudo, foram membros inferiores e coluna lombar. Teixeira e colaboradores referem que as dores articulares acometem cerca de 50% dos indivíduos com 65 a 85 anos de idade ou mais, principalmente nos membros inferiores em 37% a 50% e na região lombar em 40% a 45%.¹² Como consequência das dores em membros inferiores, podem surgir transtornos na marcha e quedas com possibilidades de fraturas, acarretando significativa incapacidade nos idosos.¹³

Foi observado um elevado índice de uso de medicação para o controle da dor (92,5%), sendo que muitos faziam uso de remédios diariamente (19%). Estudo realizado com indivíduos acima de 75 anos demonstrou que 40% dos idosos com dores músculo-esqueléticas utilizavam medicações analgésicas em decorrência da dor.¹⁴

Os principais aspectos de influência da dor na vida desses idosos se deram em relação ao humor e ao sono, já o apetite não apresentou alterações. Contudo, pode-se perceber durante a aplicação dos questionários grande dificuldade dos entrevistados em relacionar estes aspectos à dor osteomuscular, pois nunca haviam se atentado a tal fato.

O grau de comprometimento no que se diz respeito à capacidade funcional foi considerado de alto nível de dependência, quando observadas as categorias de respostas “muita dificuldade” e “não realiza” referentes às questões relacionando as AVDs e AIVDs.

Em relação às AIVDs, o grau de dependência foi ainda mais expressivo, tendo uma representatividade de 83,3%. Este dado mostrou que o maior déficit encontrado neste aspecto foi àquele concernente à relação de sobrevivência do idoso na comunidade e levanta a hipótese de que a restrição dos nossos idosos em seus domicílios seja, talvez, resultado de uma super proteção dos seus cuidadores. Geralmente, a não realização da tarefa pelo idoso é suprida pelo cuidador ou esta tarefa já faz parte de sua rotina, além do

fato de a maioria de nossos idosos não assumir a chefia da casa.

É preciso ressaltar ainda, que estas informações são auto-referidas e, portanto, podem sofrer influência das funções cognitivas, da cultura, da linguagem e da escolaridade. Dessa maneira, erros classificatórios de incapacidade dos idosos podem ter ocorrido em consequência desses vieses. É importante mencionar que medidas auto-referidas fornecem informações sobre a limitação funcional de idosos em um determinado contexto social, as quais dificilmente podem ser obtidas a partir de medidas diretas do desempenho funcional.¹⁵

O grau de capacidade funcional dos idosos também sofre influência da transição epidemiológica que vem modificando o perfil de saúde da população. Em vez de processos agudos que “se resolvem rapidamente” por meio da cura ou do óbito, as doenças crônicas não-transmissíveis passam a predominar e com elas mais incapacidades e maiores gastos com saúde.

É preciso considerar a diminuição da reserva funcional dos idosos, que somada aos anos de exposição a inúmeros fatores de risco, os tornam mais vulneráveis às doenças. Eles são geralmente portadores de múltiplas enfermidades crônicas e incapacitantes e, por isso, são importantes consumidores dos recursos orçamentários destinados à saúde. Conseqüentemente, esses idosos perdem autonomia e qualidade de vida.¹²

A alta prevalência das doenças cardiovasculares foi confirmada pelos nossos dados: Hipertensão Arterial (70,8%), Acidente Vascular Encefálico (33,4%) e Infarto Agudo do Miocárdio (20,8%). O Diabetes também mereceu destaque representando 33,3%, confirmando a tendência apontada por Martin.³

Apesar de muito freqüentes em idosos com alto grau de dependência, os problemas neuropsiquiátricos foram relatados pela minoria de nossos idosos. Isto se deve ao fato de serem doenças de difícil entendimento pela população e com limitada sensibilidade de identificação através de questionários de auto-referência.

Quanto à caracterização, observou-se que os filhos do sexo feminino continuam com maior representatividade entre os cuidadores. Ricci e colaboradores revelam que a tarefa de cuidador ainda é quase que exclusivamente

realizada por cuidadores informais, com predomínio do sexo feminino, em sua maioria exercida pela filha do idoso.¹⁶

Dentre os cuidados prestados pelo cuidador ao idoso, destacaram-se o controle de medicamentos e o auxílio à movimentação, seguidos pelos cuidados com a higiene pessoal, realização de curativos e, por fim a alimentação. De acordo com alguns estudos, as cuidadoras relataram maior dificuldade quanto à higiene pessoal e o cuidado com ferimentos, pois, muitas vezes estes idosos outrora foram maridos autoritários, que jamais aceitariam perder sua autonomia.¹⁷

Muitos cuidadores referiram cuidar do idoso mais de 8 horas por dia. Este tempo quase que integral dedicado ao idoso, muitas vezes afeta negativamente a relação idoso-cuidador, visto que tal relação abala a estrutura familiar, desde os âmbitos conjugais aos fraternais. Isto foi vivenciado em nossas visitas domiciliares, onde muitas vezes atuamos principalmente através da “terapia de ajuda” ouvindo relatos tanto dos idosos quanto dos cuidadores, pois ambos referiam mágoas surgidas pelo desgaste físico e psíquico durante a árdua tarefa de cuidar. Caldas revela que os cuidadores de idosos experimentam um fardo considerável e estão em maior riscos de morbidade psiquiátrica e física quando comparados à população geral e a grupos.¹⁸

Quanto ao rodízio de pessoas para cuidar do idoso, este estudo mostrou que a grande maioria dos cuidadores, não o realizam, sobrecarregando ainda mais esse cuidador. O fato mostra uma preocupação com a saúde dos cuidadores. Estudos mostram elevado índice de estresse e depressão em cuidadores.¹⁷

A maioria dos cuidadores do presente estudo é informal e ainda exercem atividades “extra-cuidador”, como atividades domésticas, estudar ou trabalho remunerado. Apenas um cuidador era cuidador formal. Isto comprova a idéia de Caldas, (2000) de que o cuidado do idoso dependente sempre coube à família brasileira.¹⁸

CONCLUSÕES

Diante do rápido envelhecimento populacional verificado nas últimas décadas, o qual já atinge o município de Londrina, percebe-se que a organização do sistema público de saúde ainda, não conseguiu se

desenvolver com a mesma rapidez. Apesar das mudanças ocorridas no cenário nacional em relação às políticas de proteção social ao idoso, estas ainda se apresentam muito restritas na oferta de serviços e programas de saúde pública, como na amplitude da sua intervenção.

Quando se trata de idosos restritos em domicílio, esta situação é ainda mais grave, pois esses idosos mostram um perfil diferenciado dos idosos que são alvo de discussões políticas. Estes idosos apresentam elevado grau de dependência decorrente das incapacidades funcionais, não se beneficiam da maioria dos programas relacionados à terceira idade que visam sua qualidade de vida e interação com a sociedade.

Desta forma, a problemática do idoso dependente acaba se tornando um fardo para as famílias, que não apresentam conhecimentos básicos sobre a temática necessária para o devido cuidado ao idoso. Esse despreparo resulta em desgastes familiares e se o cuidador não apresentar um equilíbrio físico e psicológico pode entrar em um conflito interno, podendo desenvolver processos depressivos e outras doenças.

REFERÊNCIAS

1. Truelsen T, Bonita R, Jamrozik K. Surveillance of stroke: A global perspective. *Int J Epidemiol* 2001; 30:11-16.
2. Silva MC. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. *Textos Envelhecimento* 2005, 8 (1). [citado 2006 Out 20] Disponível em: <http://www.unati.uerj.br>.
3. Martin GB. As repercussões do envelhecimento populacional na morbimortalidade e no sistema de saúde em Londrina [Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2002.
4. Paraná. Secretaria do Estado da Saúde. Instituto de Saúde do Paraná. Manutenção da Capacidade Funcional. [citado 2006 Out 20] Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br>.
5. Medina C, Shirassu M, Goldfeder M. Das incapacidades e do acidente cerebrovascular. São Paulo: Educ; 1998. p.199-214.

6. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:793-797.
7. Katz S. Assessing Self-Maintenance: activities of daily living, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc* 1983; 31:721-727.
8. Lawton MP, Brody EM. Assesment of older people self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologisty* 1969; 9:179-186.
9. Soares JF, Siqueira AL. Introdução à Estatística Médica. Belo Horizonte: Departamento de Estatística UFMG; 1999.
10. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. The ageing of the world's population: a new challenge. *Rev Saúde Pública* 1987; 21: 200-210.
11. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Dor no idoso. In: Duarte YAO, Diogo MJD, organizadores. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000. p.373-419.
12. Teixeira MJ. Epidemiologia da dor. In: Teixeira MJ, Figueiro JAB, organizadores. *Dor: epidemiologia, fisipatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento*. São Paulo: Moreira Júnior; 2001. p.1-7.
13. Montagnini M. Dor no doente idoso. In: Teixeira MJ, Figueiro JAB, organizadores. *Dor: epidemiologia, fisipatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento*. São Paulo: Moreira Júnior; 2001. p. 397-399.
14. Jakobsson U. Pain management among older people in need of help with activities of daily living. *Pain Management Nursing* 2004; 4:137-143.
15. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003; 37:40-88.
16. Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Rev Saúde Pública* 2005; 39: 655-662.
17. Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MFFA. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1509-1518.
18. Caldas CP. A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador. *Textos sobre envelhecimento* 2000; 3:29-41. [citado 2006 out 20] Disponível em: <http://www.unati.uerj.br>.

Recebido em 12/09/2006
Aprovado em 10/01/2007