



PERFIL DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

PERFIL DOS IDOSOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PROFILE OF ELDERLY USERS OF PRIMARY HEALTH CARE

Fabianne de Jesus Dias de Sousa¹ , Fabiana do Socorro de Andrade²

Histórico

Recibido:

25 de Enero de 2017

Aceptado:

20 de Abril de 2017

1 Maestría en Enfermería de la Universidad Federal de Pará. Profesora de la Facultad Integrada Brasil-Amazónica. Belén, Brasil. Autor de Correspondencia. E-mail: fabianesousa@hotmail.com

2 Maestría en Ciencia Animal. Universidad Estadual de Santa Cruz. Ilhéus-Bahia, Brasil. E-mail: fabi4000@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Las proyecciones indican que Brasil será el sexto país del mundo con el mayor número de adultos mayores. El objetivo de este estudio fue caracterizar las condiciones de perfil y de vida socio-demográficas y de salud de los usuarios adultos mayores de la atención primaria de un municipio en la región amazónica del Brasil. Es oportuno porque el envejecimiento de la población está creciendo rápidamente, especialmente en países en desarrollo como el Brasil. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal con una muestra de 441 individuos con edad inferior a 60 años de la población de usuarios de la atención básica en el municipio de Benevides, en la Amazonia brasileña. Os datos fueron obtenidos a través del *Elder notebook*, un protocolo clínico del Ministerio de la Salud. La prueba del chi-cuadrado con un nivel de significancia de 5% para explorar fue utilizada las asociaciones entre las variables de las condiciones de salud y de vida, y las variables socio-demográficas. **Resultados:** Se presentaron un perfil predominantemente joven adultos mayores (46.0%), que no practican actividad física ($p < 0.02$), con condiciones crónicas y uso de drogas para inducir el sueño ($p < 0.05$). **Discusión y Conclusiones:** El perfil de vida desfavorable y de salud encontrados en adultos mayores exige la adopción de medidas reforzadas, sobre la salud y los presupuestos de atención integral como un desafío para efectuar la colocación de sus necesidades, principalmente por la enfermería, en la Atención Básica de Salud en áreas más necesitadas de la región amazónica.

Palabras clave: Adulto Mayor; Atención Primaria de Salud; Enfermería en Salud Comunitaria.

RESUMO

Introdução: As projeções indicam que o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de idosos. O objetivo do estudo foi caracterizar as condições de perfil e de vida sócio-demográficas e de saúde de idosos usuários de atenção primária de um município na região amazônica do Brasil. É oportuna porque o envelhecimento da população está crescendo rapidamente, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal com uma amostra de 441 indivíduos com idade inferior a 60 anos da população de usuários da atenção básica no município de Benevides, na Amazônia brasileira. Os dados foram obtidos através do *Elder notebook*, um protocolo clínico do Ministério da Saúde. o teste do qui-quadrado com nível de significância de 5% para explorar foi utilizado as associações entre as variáveis de condições de saúde e de vida, e as variáveis sócio-demográficas. **Resultados:** Apresentaram um perfil predominantemente jovem idosos (46,0%), que não praticam atividade física ($p < 0,02$), com condições crônicas e uso de drogas para induzir o sono ($p < 0,05$). **Discussão e Conclusões:** A vida perfil desfavorável e de saúde encontrados em idosos exige a adoção de medidas reforçadas, sobre a saúde e os orçamentos de atenção integral como um desafio para efetivar a colocação das necessidades deles, principalmente pela enfermagem, na Atenção básica de Saúde em áreas mais necessitadas da região amazônica.

Palavras chave: Idoso; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária.

ABSTRACT

Introduction: Projections indicate that Brazil will be the sixth country in the world with the highest number of elderly. The objective of the study was to characterize the socio-demographic profile, living, and health conditions of elderly primary care users of a municipality in the Amazon region of Brazil. It is timely because ageing of the population is growing rapidly, especially in developing countries like Brazil. **Materials and Methods:** Cross-sectional study with a sample of 441 individuals with ages below 60 years from a population of basic care users in the municipality of Benevides, in the Brazilian Amazon. Data were obtained through the *Elder notebook*, a clinical protocol from the Ministry of Health. The chi-squared test with 5% significance level was used to explore the associations between the variables of health and living conditions, and the sociodemographic variables. **Results:** The study population presented a predominantly young elderly profile (46.0%), who do not engage in physical activity ($p < 0.02$), with chronic conditions and use of drugs to induce sleep ($p < 0.05$). **Discussion and Conclusions:** The unfavorable health and living profile found in the elderly requires the adoption of enhanced health measures and comprehensive care budgets as a challenge to effectively meet their needs, mainly by nursing, in basic health care in the neediest areas of the Amazon region.

Key words: Aged; Primary Health Care; Community Health Nursing.

Cómo citar este artículo: Sousa FJD, Andrade FS. Perfil de los adultos mayores usuarios de atención primaria. *Rev Cuid.* 2017; 8(2): 1573-81. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.376>



©2017 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

INTRODUCCIÓN

La población de adultos mayores crece rápido¹, es un periodo marcado por las características propias, y ese envejecimiento trae progresivas fragilidades y consecuentes incapacidades funcionales en varios niveles, causando gastos a los cofres públicos con los cuidados para la vida y la salud¹. Mantener a los ancianos independientes para las actividades de la vida diaria representa uno de los mayores desafíos de los profesionales de la salud, y debe ser destacado, que muchas veces el equipo de salud no reconoce los problemas funcionales que son informados por los usuarios, sub-notificando las quejas y sub-evaluando sus disfuncionalidades².

Brasil todavía es un “*Joven país de cabellos blancos*”³ cuya población de ancianos crece aceleradamente. El número de adultos mayores pasó de 3 millones, en 1960, para 7 millones en 1975 y llegando a 20 millones en el 2008. Las proyecciones indican que Brasil, en el año 2020, será el sexto país en el mundo con el mayor número de adultos mayores. El envejecimiento se traduce en una mayor carga de enfermedades, incapacidades y una mayor utilización de los servicios de salud³.

En menos de 40 años, Brasil pasó de un escenario de mortalidad propio de una población joven para un cuadro de enfermedades complejas y costosas típicas de los países longevos, caracterizado por 650.000 nuevos adultos mayores, la mayoría de ellos con enfermedades crónicas y algunos con limitaciones funcionales que perduran por años y exigen cuidados constantes y continuos³.

Así, la longevidad puede venir junto con el comprometimiento de la capacidad funcional, en un cuadro en el que se asocian edad avanzada, género femenino, baja renta y bajo nivel de escolaridad. En ese sentido, la longevidad debe ser acompañada de una buena calidad de vida, y cuyos aspectos relacionados incluyan a la capacidad funcional que se constituye como el atributo fundamental del envejecimiento humano, pues se trata de la interacción de las capacidades físicas y psicológicas-cognitivas para realizar las actividades cotidianas con las condiciones de salud mediadas por las habilidades y competencias desarrolladas a lo largo de la vida³⁻⁴.

Ante lo expuesto y considerando los pocos estudios realizados en la Región Norte del Brasil sobre este asunto, el objetivo del presente estudio fue describir el perfil sociodemográfico y estilo de vida de los adultos mayores tratados por las unidades de atención primaria para la salud, en las regiones más carentes en el periodo de 2013-2014.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y de tipo transversal realizado con usuarios adultos mayores a partir de 60 años y de ambos sexos, registrados en las unidades de Salud para la Familia (SF) del municipio de Benevides, y cuya población de 51.663 habitantes ocupa un área geográfica de 177.769 km². La zona urbana representa 56% de la población total contra 44% de la zona rural, con características peculiares y un considerable núcleo agrícola. La muestra de 441 adultos mayores fue calculada mediante la técnica de

muestreo aleatorio estratificado y proporcional de las unidades que funcionan en el municipio y por sexo, adoptándose un error de muestreo de 4,51%⁵. Se atendieron los criterios de inclusión de ancianos a partir de 60 años, registrados y acompañados por el equipo del Programa de Salud para la Familia.

El Comité de ética en Investigación de la Universidad Federal de Pará (UFPA) aprobó el estudio, como dispone la Resolución n. 466 del 12/12/12 del Consejo Nacional de la Salud, BR, con un parecer de aprobación protocolado bajo el número 514.297, CAAE n. 22819013.2.0000.0018. El estudio se consideró con un riesgo mínimo y guardó los principios éticos como el respeto, la autonomía, la beneficencia o malos eficiencia, imparcialidad y confidencialidad. Los participantes han firmado el término de consentimiento libre e informado.

Para responder al objetivo, se optó por obtener los datos utilizando el *Elder notebook* del Ministerio de Salud, ya que se considera como un instrumento único y clínico adoptado por todas las Unidades Básicas de Salud (UBS). Ese instrumento enfoca las condiciones clínicas de los adultos mayores, identificando los factores de riesgo para priorizar las acciones en la salud al incluir la obtención de datos socio-demográficos, hábitos perjudiciales para la salud como tabaquismo, uso de bebidas alcohólicas, sedentarismo, la red de apoyo e identificando quién cuidará del anciano cuando sea necesario, y también, con quien vive el mismo. El ítem sobre salud propiamente dicho incluye la autopercepción del estado de salud, problemas de salud (quejas), uso de medicamentos (polifarmacia), caídas y

hospitalizaciones sufridas en los últimos años. Este conjunto se constituye en variables que pueden identificar importantes indicadores de riesgo de agravamientos y fragilización^{6,7}. En esta oportunidad, solo se va a trabajar en función de la caracterización sociodemográfica y calidad de vida de los adultos mayores, las demás variables, pueden ser tenidas en cuenta para diseñar futuros proyectos de investigación, así como las estrategias de intervención. A fin de que dándole continuidad a estos proyectos, se logre mejorar su calidad de vida, así como la de los cuidadores y sus familias.

Los datos así obtenidos fueron procesados con los recursos del programa Excel 2010 y del software Statistica 6.0. La estadística descriptiva fue el procedimiento esencial para analizar y describir las variables obtenidas y caracterizar el estilo de vida de los adultos mayores del SF, en Benevides. Secundariamente, se exploró la asociación de algunas variables con los recursos de la estadística inferencial, como el test Chi-Cuadrado (χ^2). En el análisis fueron considerados como estadísticamente significativos los valores con un nivel de confianza del 95% teniendo en cuenta $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

En (Tabla 1), se observan las variables sociodemográficas de los 441 adultos mayores de la muestra. En ese sentido, predominaron las siguientes características: años entre 60 y 70 años (46,0%), género femenino (52,8%), casado o en unión estable (61,6%), jubilado (49,6%), escolaridad con enseñanza primaria incompleta (86,6%) y viviendo con el cónyuge (61,2%).

En las tablas subsecuentes se puede ver el análisis estadístico de correspondencia: (Tabla 2), condiciones de vida de los usuarios adultos mayores ($p \leq 0,01$): predominio de ancianos no fumadores (86,3%) y sedentarios (83,9%). En la (Tabla 3), la caracterización de las condiciones

de salud ($p \leq 0,04$): la mayor parte de los ancianos sufriendo con enfermedades crónicas no-transmisibles (81,8%) y usando hasta 2 medicamentos (58,7%) declararon que durante el último año no sufrieron ninguna caída (92,2%) y solamente, 7,0 %, uso medicación para dormir.

Tabla 1. Perfil socio-demográfico de los adultos mayores

Variables	Género				Total	
	Masculino		Femenino		N (441)	%
	n	%	n	%		
Años						
60 70	89	(20,1)	114	(25,8)	203	46,0
70 80	70	(15,8)	68	(15,4)	138	31,2
>80	49	(11,1)	51	(11,5)	100	22,6
Sexo	208	(47,1)	233	(52,8)	441	100,0
Estado Civil						
Casado/Unión Estable	144	(33,6)	128	(28,0)	272	61,6
Viudo	37	(8,3)	55	(12,5)	92	20,8
Soltero	27	(6,1)	39	(8,8)	66	14,9
Divorciado	5	(1,1)	6	(1,3)	11	2,4
Ocupación						
Jubilado	126	(28,5)	93	(21,0)	219	49,6
Escolaridad						
≤ 4 años	175	(39,6)	207	(46,9)	382	86,6
5 a 8 años	35	(8,1)	17	(3,9)	52	12,0
≥ 9 años	4	(0,9)	3	(0,6)	7	1,5
Vive con						
Cónyugue	143	(32,4)	127	(28,7)	270	61,2
Total					441	100,0

Fuente: Elaboración de las autoras.

Tabla 2. Hábitos de vida de los usuarios adultos mayores

Variable	Cantidad	Porcentaje
Hábito de fumar*		
Fuma	60	13,6
No fuma	381	86,3
Actividad física*		
Sedentario	371	83,9
Práctica	70	16,1
Tipo de actividad física*		
Caminar	67	95,7
Bicicleta	3	4,2
Duración de la actividad física*		
Hasta 30 minutos diarios	35	51,4
Hasta 60 minutos diarios	34	48,5

*Estatísticamente significativa p -valor $\leq 0,01$.

Fuente: Elaboración de las autoras.

Tabla 3. Condiciones de vida y riesgos de agravamientos de la salud de los usuarios adultos mayores

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Acometidos con DCNT**		
Sí	361	81,8
No	80	18,1
Uso de medicamentos** $p=0,010$		
Hasta 2 medicamentos	259	58,7
3 a 6 medicamentos	182	41,3
Caída en el último año $p=0,250$		
Sí	34	7,7
No	407	92,2
Frecuencia de caídas en el último año**		
Una vez	31	91,1
Más de 2 veces	3	8,8
Uso de medicación para dormir** $p=0,250$		
Sí	32	7,0
No	409	93,0
Tipo de medicamento para dormir**		
Benzodiazepínicos	12	38,7
Té casero	8	25,8
Antidepresivos	5	16,1
Neurolépticos	3	9,6
Tranquilizantes	3	9,6

**Estatísticamente significativa p -valor $\leq 0,04$.

Fuente: Elaboración de las autoras.

DISCUSIÓN

Las variables abordadas y provenientes del *Elder notebook* son de fácil comprensión y consideración en las unidades del Programa de Salud para la Familia (PSF). Por eso, fueron obtenidas tales informaciones con el propósito de subsidiar la promoción del cuidado integral, en contraposición al cuidado fragmentado que todavía domina la forma de actuación tradicional y biomédica en esa región. Es necesario que enfermería logre sus asociaciones con los demás profesionales de la salud, para que a tal vez de estos grupos logren optimizar los recursos disponibles en pro de la mejora de la calidad de vida de esta población.

En relación a las condiciones de infraestructura básica, aunque el municipio crezca desordenadamente, el estudio mostró que el abastecimiento de agua es provisto, fundamentalmente, por la red pública (84,1%), seguida por la cisterna o pozo de boca ancha (15,4%) y la red de cloacas también es realizada por el sector público (82,9%). Esos datos representan una conquista efectiva, posiblemente, por la participación de la gestión social y la gerencia comunitaria⁸⁻⁹.

Los resultados muestran un predominio de adultos mayores más jóvenes, entre 60 y 70 años de edad⁸, asemejándose a muchos otros estudios realizados, como el de los adultos mayores ribereños del archipiélago marajoara y los adultos mayores en la Delegación de Tláhuac (México)⁸⁻⁹. En los estudios con ese estrato social fueron observados, respectivamente, las frecuencias de 46,0% y 46,2%. Esos adultos mayores jóvenes componen un contingente que deberá tener, en un futuro próximo, un soporte de la red social a lo largo de la vida, pues necesitarán de cuidados para mantener un envejecimiento con la mejor calidad posible, una vez que los mismos tienen baja escolaridad y, siendo casados, viven también con las demandas propias de una familia y de sus domicilios. Además, en relación a la edad, esos mismos estudios revelaron un índice semejante de alrededor del 20%, de adultos mayores más longevos, de 80 años o más, denotando demandas específicas por cuidados continuos. Se puede ver que los adultos mayores más jóvenes tienen una capacidad funcional mejor, principalmente, para el desempeño de las actividades diarias cuando son comparados con los más viejos,

evidenciando que la capacidad funcional está fuertemente asociada con la edad¹⁰⁻¹². Por lo tanto, la capacidad funcional es un indicador importante de la salud, como consecuencia del proceso patológico de los individuos. Entonces, es sumamente importante conocer la capacidad funcional de los adultos mayores para poder programar acciones promotoras del envejecimiento activo y saludable, individual y colectivamente.

La feminización de la vejez también fue observada en el presente estudio (52,8%), corroborando el ya conocido dato demográfico del Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE). Esa feminización es atribuida a factores biológicos, como las hormonas femeninas que dan protección al sistema cardiovascular, y a los riesgos decurrentes del consumo de alcohol y tabaco, que son hábitos predominantemente masculinos que ocurren de una manera en esta población. En ese sentido, es de fundamental importancia implantar actividades que estimulen el cuidado efectivo e integral por medio de acciones educativas promotoras del desarrollo de actividades físicas y prácticas alimentarias correctas y la adquisición o preservación de otros hábitos o estilos de vida saludables¹³.

Con respecto a estado civil, la mayoría son casados o viven en un régimen de unión estable (61,7%). Tal característica es todavía observada entre la población anciana y constatada en muchos estudios de diferentes regiones del país^{8,13,14}, en frecuencias del 57,1%, 50,8% y 49,9%. Algunos de sus autores enfatizan que la convivencia en familia puede reducir el riesgo de fragilidad debido a las relaciones de ayuda y de autocuida-

do en la unidad doméstica-familiar.

En lo que se refiere a la escolaridad, los resultados del estudio revelan un mayor porcentaje de ancianos (87%) con enseñanza primaria incompleta, coincidiendo con muchos otros estudios entre ancianos que coinciden con el perfil nacional de que la mitad de la población anciana debe haber estudiado apenas hasta el nivel primario¹⁵⁻¹⁷.

La baja escolaridad representa una realidad de los países en desarrollo, pues en la infancia de los actuales ancianos la educación no era una prioridad. La baja escolaridad influencia directamente el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria, principalmente, en el uso de medios de transporte, medicamentos en dosis y horarios correctos y el control de las finanzas, pues su falta tiene relación directa con la pérdida de autonomía y el aislamiento social, debido a que otras personas pasarán a administrar la vida social del anciano y decidirán lo que el mismo debe o no debe hacer, resultando en un alto grado de dependencia⁴.

En el presente estudio y en relación a los hábitos de vida, el tabaquismo no predomina entre los adultos mayores, diferentemente de otros estudios realizados, en especial en las regiones del Sur y Sureste, donde prevalecen los ancianos fumadores, principalmente los hombres^{18,19}.

En este estudio muchas de las personas mayores sufren de enfermedades crónicas no transmisibles (81,8%), destacándose la hipertensión arterial, diabetes mellitus y otras metabólicas, entre las que sobresale la obesidad. En relación a las actividades físicas (AF), la mayoría de los

ancianos dice que no las practica aun sabiendo que la falta de ejercicios físicos es uno de los factores de riesgo para el surgimiento de enfermedades crónico-degenerativas en esa población. Esto se relaciona con los resultados de un estudio de cuidadores realizado en Colombia, en el cuál se encontró que cuanta más edad tiene el cuidador, mayor es el grado de sobrecarga por él experimentado²⁰. El trabajo coordinado de enfermería con el resto de los integrantes del equipo de salud es fundamental porque ocupa de fomentar la implantación y desarrollo de acciones educativas entre esa población de adultos mayores, para poder estimular la práctica de actividades físicas debidamente guiadas, según las condiciones específicas de vida y salud de cada individuo.

En cuanto a la utilización de medicamentos, los adultos mayores del presente estudio ingieren de uno a seis medicamentos, revelando un uso indiscriminado ya sea prescrito o no. Un estudio llevado a cabo en Portugal ha verificado que la población anciana consume, en promedio 3,2 medicamentos y el 27% de esos ancianos se envuelven en la polifarmacia, consumiendo más de cinco medicamentos per cápita²¹.

En la presente investigación, los factores de riesgo para el agravamiento del proceso de envejecimiento, como las caídas, fueron mínimas, tal vez por la muestra de adultos mayores más jóvenes o también por la sub-notificación de caídas de menores consecuencias y que no resultaron en fracturas. Así incluso ser considerado como mínimas, siempre serán un aspecto que requiere una intervención prioritaria como las acciones dirigidas a la implementación

y o fortalecimiento a la prevención de las caídas. La caída es definida como un accidente que coloca al individuo en una posición de nivel más bajo que su posición inicial. Un estudio llevado a cabo en el sur de Brasil, con ancianos mostró que las caídas son recurrentes y necesarios para poner en marcha acciones encaminadas a la prevención, con el objetivo de promover la capacidad funcional de la población²².

Por los resultados obtenidos, las demandas aquí expuestas alertan a los equipos de Estrategia para la Salud de la Familia a desarrollar actividades integradas, intersectoriales y con la perspectiva de que, al conocer tales condiciones, sea creada y esté disponible una red de soporte social comunitario para atender las necesidades de la población anciana. Esto se debe a que, aún con la ausencia de problemas físicos o patológicos inmediatos, los adultos mayores buscan las unidades de salud para satisfacer sus necesidades generales de vida y salud, las cuales pueden ser sostenidas desde una visión holística del ser humano e integradas al contexto cultural local o amazónico, y que estén orientadas apenas para un simple atendimento enfocado en el síntoma o en la patología de base. Es oportuno destacar que los profesionales utilicen recursos tales como actividades en grupo, para conseguir que esos individuos puedan enfrentar asuntos relacionados con su autonomía y su envejecimiento activo²³.

Desde esa perspectiva, la adopción de la línea del cuidado con la deseada integralidad y basándose en los principios fundamental del Sistema Único de Salud, se convierte en un desafío capaz de hacer efectivo el acceso a los servicios de salud. Todavía, carece de implementación por parte

de los profesionales de la salud, desviándose el enfoque de la fragmentación del actor profesional (enfermero, médico y profesionales de la salud) y volviéndolo para la implantación del equipo centrado en el modelo de interdisciplinariedad.

Al asumir la integralidad como principio del Sistema Único de Salud (SUS), sobreviene una gran dificultad desde su definición hasta su operacionalización por el desafío que representan todas sus implicaciones. La búsqueda por la integralidad del cuidado es una fuerza fundamental para evitar que la universalidad se reduzca a la mera formalidad, a una concesión legal para las prácticas socialmente desvalorizadas y que la equidad se vuelva un precepto abstracto e irrealizable en la práctica²⁴.

Este estudio tiene limitaciones porque la temática no agota, pero contribuye a llevar a cabo la investigación que hará avanzar las políticas públicas correspondientes a esta región pobre de Brasil.

CONCLUSIONES

El perfil desfavorable en cuanto al estilo de vida de los adultos mayores observado en un territorio de la región amazónica, impone esfuerzos para adoptar una línea de cuidado con los presupuestos de la integralidad, según los principios del Sistema de Salud adoptado en Brasil. El desafío es proveer, efectivamente, el acceso y acogimiento de los usuarios a los servicios de atención de la salud. Los profesionales de la salud deben adoptar, sobre todo el enfermero que es un profesional indispensable en el equipo, acciones reforzadas de cuidado continuo para el

efectivo acogimiento de las personas ancianas y sus necesidades. Además, se les debe ofrecer la atención básica de la salud ya que el PSF es uno de los pocos recursos disponibles para las poblaciones de las regiones más carentes en la Amazonia Brasileira.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. **Annes LM, Mendonça HG, Lima FM, Lima MA, Aquino JM.** Perfil sociodemográfico e de saúde de idosas que participam de grupos de terceira idade em Recife, Pernambuco. *Rev Cuid.* 2017; 8(1): 1499-508. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i1.365>
2. **Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson J, Anderson G.** Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2014; 59(3): 255-63. <https://doi.org/10.1093/gerona/59.3.M255>
3. **Veras R.** Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43 (3): 548-54. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000300020>
4. **Santos GS, Cunha IC.** Avaliação da Capacidade funcional de idosos para o desempenho das atividades instrumentais da vida diária: um estudo na atenção básica em saúde. *Rev Enferm Cent-Oeste Min.* 2013; 3(3): 820-28.
5. **Bolfarine H, Sandoval MC.** Introdução à Inferência Estatística. Rio de Janeiro: *SBM.* 2011.
6. **Goncalves LHT, Polaro SHI, Carvalho JN, Góes TM, Medeiros HP, Souza FJD.** Condições de vida e saúde de idosos amazônidas: realidade de comunidades periféricas de cidades paraenses. *Rev Enfermagem.* 2015; 9(1): 39-46.
7. **Ministério da Saúde-Brasil.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Caderneta de saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Ministério da Saúde.* 2008. 24 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
8. **Polaro SHI, Gonçalves LHT, Franhani CS, Feitosa**

- ES. Condições de vida e saúde de idosos residentes em áreas ribeirinhas. *Rev Enfermagem*. 2013;7(9): 5510-17.
9. **Monroy-Rojas A, Contreras-Garfias ME, García-Jiménez MA, García-Hernández ML, Cárdenas-Becerril L, Rivero-Rodríguez LF.** Estatus funcional de adultos mayores de Tláhuac, Ciudad de México. *Enfermería Universitaria*. 2016; 13(1): 25-30. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.01.005>
 10. **Murtagh KN, Hubert HB.** Gender differences in physical disability among an elderly cohort. *Am J Public Health*. 2004; 94(8): 1406-11. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.8.1406>
 11. **Brito TA, Fernandes MH, Coqueiro RS, Jesus CS, Freitas R.** Functional capacity and associated factors among longevous senior individuals living in community: a population study in Northeastern Brazil. *Fisioter Pesqui*. 2014; 21(4): 308-13.
 12. **Fiedler MM, Peresv KG.** Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(2): 409-15. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200020>
 13. **Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira EA, Bachion MM, Souza MR.** Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(6):2887-98. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600026>
 14. **Victor JF, Ximenes LB, Almeida PC, Vasconcelos FF.** Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2010; 22(1): 49-54. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000100008>
 15. **Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Amendola F.** Avaliação do risco nutricional em idosos atendidos por Equipes de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44 (4):1046-51. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342010000400027>
 16. **Pedrazzi EC, Motta TTD, Vendruscolo TRP, Fabrício-Webe SCC, Cruz IR, Rodrigues RAP.** Household arrangements of the elder elderly. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(1):18-25. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000100004>
 17. **Campos FG, Barrozo LV, Ruiz T, César CLG, Barros MBA, Carandina L, et al.** Distribuição espacial dos idosos de um município de médio porte do interior paulista segundo algumas características sócio-demográficas e de morbidade. *Cad Saúde Pública*. 2010; 25(1): 77-86. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100008>
 18. **Zaitune MPA, Barros MBA, Lima MG, César CLG, Carandina L, Goldbaum M.** Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). *Cad Saúde Pública*. 2012; 28 (3): 583-95. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300018>
 19. **Paskulin LMG, Vianna LAC.** Perfil sociodemográfico e condições de saúde autoreferidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(5):757-6. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000500010>
 20. **Ortiz YG, Lindarte AA, Jiménez MA, Vega OM.** Características sociodemográficas asociadas a la sobrecarga de los cuidadores de pacientes diabéticos en Cúcuta. *Rev Cuid*. 2013; 4 (1): 459-66. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v4i1.5>
 21. **Sousa S, Pires A, Conceição C, Nascimento T, Grenha A, Braz L.** Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. *Rev Port Clin Geral*. 2011; 27(2):176-82.
 22. **Gautério DP, Zortea B, Santos SSC, Tarouco BS, Lopes MJ, Fonseca CJ.** Risk Factors for new accidental falls in elderly patients at Traumatology Ambulatory Center. *Invest Educ Enferm*. 2015; 33 (1): 35-43.
 23. **Sousa F, Andrade FS, Silva M.** A cultura amazônica e sua aplicação nas práticas de educação em saúde e enfermagem. *Rev Cuid*. 2015; 6(2): 1103-7. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.110>
 24. **Ayres JRCM.** Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*. 2009; 18(2):11-23. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>