

AVALIAÇÃO DE IDOSOS ATENDIDOS
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DO MUNICÍPIO DE IPATINGAAiane Xavier Felipe Batalha^a, Luísa Lage Souza Vidal^a,
Aiala Xavier Felipe da Cruz^b

RESUMO

PALAVRAS-CHAVE

Saúde do idoso,
avaliação geriátrica,
envelhecimento.

Objetivos: Investigar o perfil sociodemográfico e os principais fatores que interferem na qualidade de vida dos indivíduos idosos cadastrados em uma unidade de saúde da família do município de Ipatinga (MG). **Métodos:** Estudo de caráter descritivo e quantitativo, cuja amostra foi composta por 181 pacientes com idade acima de 60 anos. Aplicou-se um formulário contendo questões sobre variáveis sociodemográficas e posteriormente foi realizada uma avaliação multidimensional rápida através da tabela adotada pelo Ministério da Saúde. **Resultados:** As características gerais dos 181 idosos entrevistados foram as seguintes: 51,9% mulheres, 33,7% entre 60-65 anos, 63,5% casados, 56,4% católicos, 65,2% aposentados, 60,2% com apenas o antigo curso primário como estudo, 93,9% com renda entre 1-5 salários mensais, 42% moram com os cônjuges. Dentre as alterações de saúde, a doença mais prevalente foi a hipertensão arterial, e a alteração geriátrica mais recorrente foi a incontinência urinária (21,5%). **Conclusão:** A realização deste estudo forneceu indicadores para o planejamento de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde dos idosos.

ASSESSMENT OF ELDERLY PEOPLE ASSISTED IN A FAMILY HEALTH UNIT
IN IPATINGA CITY

ABSTRACT

KEY WORDS

Accidental falls,
aged, frequency.

Objectives: Investigating the socio-demographic profile and the main factors that affect the quality of life of elderly individuals enrolled in a family health unit in Ipatinga city (MG). **Methods:** A descriptive and quantitative study, whose sample consisted of 181 patients aged over 60 years. We applied a form containing questions about socio-demographic variables, and subsequently conducted a multidimensional assessment quickly through the table adopted by the Ministry of Health. **Results:** The general characteristics of the 181 subjects interviewed were as follows: 51.9% were women, 33.7% were between 60-65 years old, 63.5% were married, 56.4% Catholic, 65.2% retired, 60.2% had only primary as study, 93.9% with income between 1-5 monthly salaries, 42% live with their spouses. Among the changes in health, the most prevalent disease was hypertension and as the geriatric change the most recurrent was the urinary incontinence the most recurrent urinary incontinence (21.5%). **Conclusion:** This study supplied indicators for disease prevention action planning and for elderly healthy promotion.

^a Acadêmica do curso de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES – Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Responsável pela coleta de dados, pela edição do texto, pela análise estatística e pela revisão bibliográfica.

^b Especialista em Medicina de Família e Comunidade, docente do curso de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES – Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Responsável pela elaboração do projeto, pelas orientações gerais e pela revisão final.

Dados para correspondência:

Aiane Xavier Felipe Batalha
Rua Begônia, 145 apt. 402. Bairro Esperança – Ipatinga/MG – CEP: 35162-314
Telefones: (31) 3827-5581/ (31) 8749-5600
E-mail: aianexavier@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O Brasil, à semelhança dos demais países latino-americanos, passa por um processo de envelhecimento populacional acelerado. Em 1980, as pessoas com 60 anos ou mais representavam 6,3% da população; em 2025 passarão a representar 14%.¹

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2005, o número de pessoas com mais de 60 anos é superior a 18 milhões, o que corresponde a cerca de 10% da população total.²

O rápido processo de envelhecimento, no Brasil, não foi estudado suficientemente para fornecer os elementos necessários ao desenvolvimento de políticas adequadas para essa parcela da população.³

A prioridade na atenção à saúde dos idosos deve voltar-se para estratégias que possibilitem a vida mais saudável, além da monitoração de indicadores capazes de avaliar a morbidade, o impacto da doença e/ou a incapacidade na qualidade de vida dos idosos e de sua família. Dentre as ações que podem contribuir para o envelhecimento mais ativo e saudável aponta-se o diagnóstico situacional das condições de vida através da avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa, que pode ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde.⁴

A avaliação da pessoa idosa nos serviços de atenção básica tem por objetivo a avaliação global com ênfase na funcionalidade. A presença de declínio funcional pode sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas. Desse modo, pode-se fazer um balanço entre as perdas e os recursos disponíveis para sua compensação.⁵

O instrumento adotado pelo Ministério da Saúde consiste em uma abordagem rápida, que inclui a avaliação das seguintes áreas: nutrição, visão, audição, incontinência, atividade sexual, humor/depressão, cognição e memória, função dos membros superiores e inferiores, atividades diárias, domicílio, queda e suporte social.⁶

O presente estudo teve por objetivo investigar o perfil sociodemográfico e os principais fatores que interferem na qualidade de vida de indivíduos com mais de 60 anos, com base na avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa proposta pelo Ministério da Saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, de delineamento transversal, por amostragem, realizado com 181 pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, residentes no município de Ipatinga, cadastrados na Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro Vila Militar.

Foram excluídos do estudo os pacientes acamados e aqueles que se recusaram a participar ou assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e julho de 2012, e consistiu na aplicação de um questionário contendo as variáveis sociodemográficas (sexo, idade em anos, ocupação, estado civil, religião, renda em salários mínimos, arranjo domiciliar, doenças preexistentes).

O instrumento utilizado no estudo para avaliação multidimensional está representado na Tabela 1. O mesmo é adotado pelo Ministério da Saúde e se baseia no método desenvolvido por Lachs *et al.*⁷

Utilizou-se a escala de depressão geriátrica (GDS), em sua versão simplificada com 15 perguntas, proposta por Yesavage *et al.*⁸ e validada no Brasil por Stoppe Júnior *et al.*,⁹ a qual tem demonstrado confiabilidade na prática clínica.

As informações obtidas foram processadas no programa Epi Info, versão 3.5.3, e organizadas de acordo com o percentual, sendo apresentadas em tabelas.

Para a realização do estudo, houve autorização do Departamento de Atenção à Saúde do município e da equipe de saúde da unidade. O protocolo de pesquisa obteve aprovação em 14/12/2011 pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais/Unileste (nº 49.287.11). A coleta de dados foi realizada na unidade de saúde pelas acadêmicas, supervisionadas pela pesquisadora orientadora. Foi realizada uma capacitação para que não houvesse divergências em relação à abordagem dos entrevistados.

RESULTADOS

As principais características sociodemográficas e clínicas dos idosos são apresentadas nas Tabelas 2 e 3. Conforme a Tabela 2, as idades variaram de 60-90 anos, com média de 68,65 anos e desvio-padrão de 7,06 anos. Com 33,7%, a faixa etária que concentrou o maior número de idosos foi a de 60-65 anos.

Quanto ao sexo dos participantes, a maioria era de mulheres, com o total de 94 (51,9%), e 87 (48,1%) do sexo masculino. Em relação ao estado civil, 115 (63,5%) eram casados, 18 (9,9%) solteiros, 36 (19,9%) divorciados e uma minoria, 12 (6,6%), era de viúvos. Foi observado que 60,2% possuíam somente escolaridade primária. No arranjo domiciliar, apenas 25,4% dos idosos informaram residir sozinhos. Em relação às pessoas com as quais os idosos residiam, 42,0% moravam com o cônjuge.

No que se refere à ocupação, a grande maioria (65,2%) era de aposentados. A categoria “outra” (11%) é relativa aos idosos que não trabalham ou são dependentes financeiramente de alguém ou, ainda, trata-se do idoso aposentado que tem emprego. Quanto à religião prevalente nos entrevistados, 102 (56,4%) idosos eram católicos.

Tabela 1 Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa

Área avaliada	Avaliação breve
Nutrição	O(A) Sr.(a) perdeu mais de 4 kg no último ano, sem razão específica? Peso atual e altura. Calcular IMC
Visão	O(A) Sr.(a) sente dificuldade para ler, assistir televisão, dirigir ou executar qualquer outra atividade da vida cotidiana?
Audição	Teste do sussurro. O examinador se posicionava fora do campo visual da pessoa idosa a uma distância de aproximadamente 33 cm e “sussurrava”, em cada ouvido, uma questão breve e simples como, por exemplo, “qual o seu nome?”
Incontinência	O(A) Sr.(a) já perdeu urina ou sentiu-se molhado(a)?
Atividade sexual	O(A) Sr.(a) tem algum problema na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais?
Humor/depressão	O(A) Sr.(a) se sente triste ou desanimado(a) frequentemente? Em caso afirmativo, aplicação da escala de depressão geriátrica (GDS-15)
Cognição e memória	Solicitar que repita o nome dos objetos: maçã, mesa e dinheiro. Após 3 minutos, pedir que os repita
Função dos membros superiores	Proximal: capacidade de tocar a nuca com ambas as mãos Distal: capacidade de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta
Função dos membros inferiores	Capacidade de levantar da cadeira, caminhar 3,5 m, voltar e sentar-se sem ajuda
Atividades diárias	Sem auxílio, capaz de: sair da cama? vestir-se? preparar suas refeições? fazer compras?
Domicílio	Na sua casa há: escadas? tapetes soltos? corrimão no banheiro?
Queda	Quantas no último ano?
Suporte social	Alguém poderá ajudá-lo(a) caso fique doente ou incapacitado? Quem?

Fonte: Ministério da Saúde (2007, p. 48-49).⁶

Tabela 2 Características demográficas de idosos cadastrados no Programa de Saúde da Família (Ipatinga, Minas Gerais)

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	94	51,9
Masculino	87	48,1
Estado civil		
Solteiro	18	9,9
Casado	115	63,5
Divorciado	36	19,9
Viúvo	12	6,6
Ocupação		
Aposentado	118	65,2
Pensionista	26	14,4
Trabalhador	17	9,4
Outra	20	11,0
Escolaridade		
Analfabeto	49	27,1
Primário	109	60,2
Primeiro grau	12	6,6
Segundo grau	10	5,5
Curso superior	01	0,6
Renda familiar		
Menos de 1 salário mínimo	07	3,9%
1-5 salários	170	93,9%
Mais de 5 salários	04	2,2%

Tabela 3 Doenças preexistentes nos idosos cadastrados no Programa de Saúde da Família (Ipatinga, Minas Gerais)

Variável	n	%
Hipertensão arterial		
Sim	123	68,0
Não	58	32,0
Diabetes mellitus		
Sim	37	20,4
Não	144	79,6
Osteoporose		
Sim	16	8,8
Não	165	91,2
Artrose		
Sim	15	8,3
Não	166	91,7
Outras doenças		
Sim	24	13,3
Não	157	86,7
Nenhuma doença		
Sim	36	19,9
Não	145	80,1

Em relação ao rendimento mensal em salários mínimos, é importante destacar que a minoria dos idosos (2,2%) apresentou renda maior que cinco salários, enquanto 170 (93,9%) idosos apresentaram renda de 1-5 salários.

Conforme a Tabela 3, a doença mais prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica (68,0%) seguida pelo diabetes *mellitus* (20,4%).

Em relação à nutrição, observou-se que 7,7% tiveram perda de peso acima de 4 kg sem causa aparente no último ano.

Com relação à acuidade visual, 87,3% (n = 158) dos idosos afirmaram não ter dificuldades para realizar as atividades da vida diária devido a comprometimento visual. Dos idosos com comprometimento visual, um era cego desde o nascimento.

Quando aplicado o teste do sussurro, 90,1% (n = 163) responderam à pergunta feita no ouvido direito e 89,5% (n = 162) à pergunta no ouvido esquerdo.

Sobre incontinência urinária, 21,5% dos idosos relataram já ter perdido urina ou se sentir molhados.

A respeito da atividade sexual, 34,3% afirmaram não ter relações sexuais, enquanto 39,2% disseram não ter problema algum para desfrutar do prazer sexual.

Na Tabela 4, encontram-se as frequências da GDS-15, de modo que 11,60% dos avaliados foram classificados com sintomas de depressão leve ou moderada, e 2,2%, grave; 45,3% repetiram corretamente e 14,4% não

repetiram nenhuma das palavras solicitadas durante a avaliação do item cognição e memória.

Tabela 4 Resultados do rastreamento para depressão e nível de cognição e memória de idosos inscritos no Programa de Saúde da Família (Ipatinga, 2013)

Variável (100)	n (181)	%
Depressão		
Sem depressão	156	86,2
Depressão leve ou moderada	21	11,6
Depressão grave	4	2,2
Cognição e memória		
Repetição total	82	45,3
Repetição parcial	73	40,3
Sem repetição	26	14,4

A avaliação da mobilidade dos membros superiores e inferiores revelou que 97,2% (n = 176) e 98,3% (n = 178), respectivamente, foram capazes de realizar os movimentos solicitados.

Quase a totalidade dos idosos (95,3%) declarou independência para realizar as atividades diárias.

Dos entrevistados, 32,8% (n = 60) tiveram uma ou mais quedas nos últimos 12 meses. Com relação ao domicílio, foi identificada a presença de escada em 75,7% das casas, tapetes soltos em 76,2% e ausência de corrimão no banheiro em 96,1% dos domicílios.

Sobre suporte social, 92,8% contariam com alguém, sendo que o cônjuge e os filhos foram os mais citados, 87,5%.

DISCUSSÃO

A predominância de mulheres reforça a chamada “feminização da velhice”, porque a razão de feminilidade no grupo de idosos é crescente no Brasil.⁴ Ocorreu maior percentual de idosos do sexo feminino (51,9%). Embora o motivo para essa diferença não tenha sido pesquisado, possíveis justificativas referem-se à maior longevidade da mulher porque, entre outras causas, elas possuem menor exposição a fatores de riscos, como tabagismo e etilismo, além das diferenças de atitude entre homens e mulheres em relação ao controle e tratamento das doenças.^{6,7}

A faixa etária prevalente foi a de 60-65 anos, a qual se assemelha aos dados encontrados em pesquisas relacionadas ao envelhecimento.⁸ Por outro lado, a baixa participação de idosos com mais de 84 anos pode decorrer de maiores graus de dependência e comorbidades com o aumento da idade, limitando o acesso ao posto de saúde.⁹

Na variável estado civil, prevalece a condição de casado, seguido de divorciado. Em pesquisa mais recente foi encontrado percentual de casados que chega a 70%. Esse resultado se aproxima mais do presente estudo. Essa por-

centagem pode indicar que os idosos conseguem viver por mais tempo em união estável.⁹

Com referência à religião, foi demonstrado menor percentual de pessoas da religião católica (56,4%), em relação à população brasileira (77,8%), e maior número de evangélicos (40,9%), em relação ao perfil nacional (12,4%).¹⁰

Quanto à ocupação, observou-se que 65,2% dos idosos eram aposentados. Estudo acerca da situação de idosos no mercado de trabalho brasileiro revelou dados semelhantes, com 68,4% de aposentados.⁴ Pesquisas demonstram, ainda, que aposentadorias e pensões constituem a principal fonte de renda dos idosos brasileiros.¹¹ Apenas 9,4% dos idosos continuavam tendo uma ocupação profissional devido à necessidade de complementação da renda familiar porque, de acordo com os dados relativos à renda, mostrou-se que os idosos desse PSF possuem baixos salários, com muitos deles (93,9%) recebendo entre 1-5 salários mínimos.⁹

Essa realidade limita o acesso a bens de consumo de serviços, como um plano de saúde, por isso é dito que a renda do idoso é um dos principais determinantes do seu estado de saúde.¹¹

Quanto às variáveis socioeconômicas dos idosos, foi observada elevada taxa de analfabetos (27,1%), o que concorda com os resultados de pesquisas sobre o perfil educacional dos idosos brasileiros, que em regra é ruim.¹² Baixos níveis de educação e piores condições socioeconômicas estão associados a maiores riscos de deficiência e morte, pois idosos analfabetos podem estar mais sujeitos a dificuldades nas atividades da vida diária, como o simples ato de ler uma receita médica e segui-la corretamente.⁷

A situação familiar dos idosos revelou que 39% moravam em domicílio multigeracional, prevalecendo os domicílios com três gerações (presença de filhos e netos). Idosos que residem em domicílios multigeracionais tendem a ser mais pobres e mais dependentes, podendo representar mais que uma necessidade de sobrevivência do que uma escolha pessoal.⁴ O fato de dividirem o mesmo teto com netos, onde a maioria é de crianças, pode favorecer a priorização dos cuidados para a criança em detrimento dos idosos.¹³

Percentual significativo de idosos (25,4%) é dos que moram sozinhos, fato que não significa um problema em si, já que pode ser por opção. A OMS, entretanto, considera essa condição um estado de risco, haja vista a possibilidade de perda da autonomia, solidão e sentimentos de vulnerabilidade.⁹

A doença crônica mais frequente foi a hipertensão arterial. A prevalência da hipertensão arterial foi de 68%, o que diferiu expressivamente do observado na população idosa brasileira (43,9%) com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD).¹⁴

Estudos mostram que, durante o envelhecimento, os idosos queixam-se de dificuldade visual e auditi-

va.^{15,16} Com referência a essas alterações, os resultados encontrados foram semelhantes ao estudo realizado por Schneider *et al.*,¹⁷ cuja prevalência ficou em torno de 20%. Em se tratando do comprometimento auditivo, os dados obtidos foram concordantes com a avaliação feita por Hott e Pires,¹⁸ demonstrando baixa prevalência de déficit auditivo. Conforme citado por Schneider,¹⁷ a baixa porcentagem do déficit talvez se deva ao método empregado, por não ser o padrão-ouro (audiometria). Deve-se considerar uma limitação na comparação de estudos com resultados semelhantes, tendo em vista os diferentes protocolos, além de diferenças socioculturais entre os grupos pesquisados.

Corroborando os dados do presente estudo, com relação à atividade sexual, pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (Ibope) constatou que 55% dos adultos com idade de 55 anos ou mais negaram atividade sexual.¹⁹ Em outro estudo, Batista *et al.*²⁰ relataram que, quando questionados sobre a atividade sexual, 73,9% dos entrevistados referiram não ter vida sexual ativa. O mesmo justificou que, devido ao avanço da idade, é possível que a atividade sexual diminua, sobretudo em função do declínio das condições físicas.

A avaliação cognitiva mostrou que 54,7% dos idosos apresentaram triagem positiva para alterações cognitivas. Esses dados se assemelham ao estudo realizado por Machado *et al.*,²¹ no qual aproximadamente 36,5% dos idosos entrevistados apresentaram déficits cognitivos.

A presença de depressão na população estudada foi de 13,2%. Barcelos-Ferreira *et al.*,²² avaliando 1.563 idosos comunitários em São Paulo, encontraram prevalência de 13%. Estudo realizado por Hoffmann *et al.*²³ em uma comunidade no norte de Minas Gerais encontrou 20,9%, resultado semelhante ao encontrado no estudo de Lima *et al.*,²⁴ envolvendo 1.639 idosos, dos quais 325 (19,8%) apresentavam rastreio positivo para depressão. Por estar fortemente associada com os piores níveis de capacidade funcional, que por sua vez aumenta em muito o risco de morte, a sintomatologia depressiva, segundo Ramos *et al.*,²⁵ pode não ser fator determinante de mortalidade, mas certamente contribui para a perda funcional do idoso.

Pelos resultados obtidos neste estudo, destaca-se que parcela significativa (32,8%) de idosos já sofreu algum tipo de queda no último ano. Esse resultado é semelhante ao obtido por Nunes *et al.*¹¹ em estudo de população do sul de Minas Gerais, no qual 38,7% referiram quedas. As quedas têm como consequências, além de possíveis fraturas e risco de morte, o comprometimento progressivo em sua capacidade funcional ao longo do tempo, na medida em que, pelo medo de cair, os idosos podem se encontrar em situação de baixa autoconfiança para realizar atividades do dia a dia.²⁶

Estudos revelaram que a prevalência da incontinência urinária no idoso varia de 8%-34%.²⁷ No presente

estudo, manifestou-se em 21,5%. Essa variação da prevalência pode ser parcialmente explicada pelos diferentes tipos de questionários aplicados, pelas amostras populacionais distintas, pela falta de uniformização nas definições, pela ausência de seguimento em longo prazo das populações estudadas e pelo desconhecimento da história natural da incontinência urinária.²⁸

Para a Organização Mundial da Saúde, incapacidade funcional é definida como a dificuldade, por causa de uma deficiência, para realizar atividades típicas e pessoalmente almejadas na sociedade. Frequentemente, é avaliada através de declaração indicativa de dificuldade ou de necessidade de ajuda em tarefas básicas de cuidados pessoais e em tarefas mais complexas, necessárias para viver independentemente na comunidade. Em nosso estudo, 95,3% dos idosos declararam independência para sair de casa. Em se tratando de avaliação da mobilidade dos membros superiores e inferiores, 97,2% (n = 176) e 98,3% (n = 178), respectivamente, não apresentaram restrição para realização de movimentos.

Giacomin *et al.*²⁹ tiveram por objetivo estimar a prevalência da incapacidade funcional entre idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, e os resultados mostraram que 16% dos idosos apresentavam algum grau de incapacidade para realizar atividades da vida diária. Inquérito domiciliar realizado por Fiedler e Peres,³⁰ no sul, mostrou que 37,1% dos idosos apresentaram restrição para a realização das atividades da vida

diária. Segundo Rosa *et al.*,³¹ as atividades básicas da vida diária são as últimas a serem comprometidas em decorrência do envelhecimento ou dos agravos à saúde.

CONCLUSÃO

O estudo realizado permitiu rastrear indivíduos de maior risco e fornecer subsídios para intervenções precoces na promoção à saúde, visando à manutenção da autonomia e independência desses idosos, através de ações preventivas que poderão postergar ou evitar o aparecimento de uma massa de idosos com limitações físicas e mentais, e ao consequente custo econômico e social.

Entretanto, qualquer instrumento tem limitações e, sozinho, não é suficiente para o diagnóstico. Nada substitui a escuta qualificada realizada por profissional de saúde habilitado e a investigação de todos os aspectos que envolvem a vida da pessoa.

Embora os resultados encontrados no nosso estudo tenham sido semelhantes aos de outros estudos nacionais, não se encontrou outro estudo nacional que tenha utilizado o mesmo protocolo para avaliar o referido desfecho, devendo-se portanto considerar essa limitação ao serem feitas comparações diretas entre os resultados dos diferentes estudos.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não possuir nenhum conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

- Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na Região Sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública.* 1993; 27(2):87-94.
- IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. www.ibge.gov.br (Acessado em: 26/3/2013.)
- Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2002; 24(1):3-6.
- Victor JE, Ximenes LB, Almeida PC, Vasconcelos FF. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. *Acta Paul. Enferm.* 2009; 22(1):49-54.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.* Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- Borges PLC, Bretas RP, Azevedo SF, Barbosa JMM. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(12):2798-2808.
- Cecilio LCO, Marin MJS. Necessidade da saúde de idosos de uma Unidade de Saúde da Família. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2009; 12(1):63-76.
- Ursine PGS, Moraes CL. Prevalência de idosos restritos ao domicílio em região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva.* 2011; 16(6):2953-2962.
- Albuquerque AG, Oliveira GSM, Silva VL, Nascimento CB. Capacidade funcional e linguagem de idosos não participantes e participantes de grupos de intervenção multidisciplinar na atenção primária à saúde. *Rev. Cefac.* 2012; 14(5):952-962.
- IBGE. Censo demográfico 2000. Perfil de idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. 2000.
- Nunes DPires et al. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de saúde da família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2010; 15(6):2887-2898.
- Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2005; 39(3):383-391.
- Costa e Silva MD, Guimarães HA, Trindade Filho EM, Andreoni S, Ramos LR. Fatores associados à perda funcional em idosos residentes no município de Maceió, Alagoas. *Rev. Saúde Pública.* 2011; 45(6):1137-1144.
- Santos MB, Ribeiro SA. Dados sociodemográficos e condições de saúde de idosos inscritas no PSF de Maceió, AL. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2011; 14(4):613-624.
- Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(6):1575-1585.
- Nakatani AYK, Costa EFA, Teles SA, Silva LB, Rego MAB, Souza ACS et al. Perfil sociodemográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, Goiás. *Rev. Soc. Bra. Clín. Méd.* 2003; 1(5):131-136.
- Schneider RH, Marcolin D, Dalacorte RR. Avaliação funcional de idosos. *Scientia Medica.* 2008; 18(1):4-9.
- Hott AM, Pires VATN. Perfil dos idosos inseridos em um centro de convivência. *Revista Enfermagem Integrada.* 2011; 4(1):765-778.
- Paiva V et al. Uso de preservativos. Pesquisa Nacional MS/Ibope; 2003. [Acesso em: 20/3/2013] Disponível em: <http://www.aids.gov.br>
- Batista AFO, Marques APO, Leal MCC, Marin JG, Melo HMA. Idosos: associação entre o conhecimento da AIDS, atividade sexual e condições sociodemográficas. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2011; 14(1):39-48.
- Machado JC, Ribeiro RCL, Cotta RMM, Leal PFG. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2011; 14(1):109-121.

22. Barcelos-Ferreira R, Pinto Jr JA, Nakano EY, Steffens DC, Litvoc J, Bottino CM. Clinically significant depressive symptoms and associated factors in community elderly subjects from São Paulo, Brazil. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17(7):582-90.
23. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J. Bras. Psiquiatr*. 2010; 59(3):190-197.
24. Lima MTR, Silva RS, Ramos LR. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *J. Bras. Psiquiatr*. 2009; 58(1):1-7.
25. Ramos LR, Simões EJ, Albert MS. Dependence in activities of daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urban residents in Brazil: a 2-year follow-up. *J Am Geriatr Soc*. 2001; 49(9):1168-75.
26. Fabrício SCC, Rodrigues AP, Júnior MLC. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(1):93-9.
27. Piccoli CT, Sebben V, Guedes JM. Prevalência da incontinência urinária em idosos institucionalizados da Sociedade Beneficente Jacinto Godoy de Erechim, RS. *EFDeportes.com, Revista Digital*. 2012; 17(168). Disponível em <http://www.efdeportes.com>
28. Reis RB, Cologna AJ, Martins ACP, Paschoalin EL, Tucci Júnior S, Suaid HJ. Incontinência urinária no idoso. *Acta Cir. Bras*. 2003; 18(5):47-51.
29. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(6):1260-1270.
30. Fieldler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(2):409-415.
31. Rosa TEC, Benício MHA, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(1):40-48.

