



Condições de saúde de idosos jovens e velhos

Health conditions of young and old elderly

Cibelle Barbosa Reis¹, Rozeli Santos de Jesus¹, Carla Silvana de Oliveira e Silva^{1,2}, Lucinéia de Pinho^{1,2}

Objetivo: avaliar os idosos quanto ao perfil socioeconômico e condições de saúde nas faixas etárias de 60 a 75 anos de idade (idosos “jovens”) e acima de 76 anos (idosos “velhos”). **Métodos:** estudo transversal de base domiciliar. Coletaram-se os dados aplicando-se um questionário baseado no modelo desenvolvido pelo *Older Americans Resources and Services*. **Resultados:** participaram do estudo 118 idosos, sendo 68,6% “jovens”, 58,0% analfabetos, 85,2% com renda inferior a dois salários mínimos e 70,4% com pele não branca. Os idosos “velhos” tiveram maior proporção de perda do companheiro ($p=0,002$), doenças crônicas não transmissíveis ($p=0,023$) e dependência para realização de atividades de vida diária ($p=0,036$). Ambas faixas etárias tinham baixa atividade física, excesso de consumo de medicamentos e problemas de mastigação. **Conclusão:** o modelo de saúde voltado a idosos não deve se restringir ao tratamento de doenças, mas abranger sua capacidade funcional.

Descritores: Idoso; Envelhecimento; Nível de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

Objective: to evaluate the elderly about the socio-demographic profile and health conditions in the age groups from 60 to 75 years old (“young” elderly) and above 76 years (“old” elderly). **Methods:** this is a cross-sectional study and home based. The data were collected applying a questionnaire based on the model developed by the Older Americans Resources and Services. **Results:** 118 elderly participated in the study, being 68.6% “young”, 58.0% illiterate, 85.2% with income less than two minimum wages and 70.4% with non-white skin. The “old” elderly had a higher proportion of loss of the companion ($p=0.002$), non-communicable chronic diseases ($p=0.023$) and dependence to perform activities of daily living ($p=0.036$). Both age groups had low physical activity, excessive consumption of medicaments and chewing problems. **Conclusion:** the model of health facing the elderly, should not be restricted to treatment of diseases but cover their functional capacity.

Descriptors: Aged; Aging; Health Status; Primary Health Care.

¹Faculdades Santo Agostinho. Montes Claros, MG, Brasil.

²Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil.

Autor correspondente: Lucinéia de Pinho

Av. Osmane Barbosa, 937, JK, CEP: 39404-006. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: lucineiapinho@hotmail.com

Introdução

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial. A Organização Mundial de Saúde prevê que em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos no mundo, 34 milhões delas no Brasil, elevando-o à 6ª posição entre os países mais envelhecidos do mundo⁽¹⁾. Em países em desenvolvimento, são consideradas idosas pessoas com mais de 60 anos, enquanto em países desenvolvidos os idosos são os mais velhos que 65 anos⁽²⁾.

A velhice pode ser subdividida em subfases, o que é importante em estudos desse grupo uma vez que indivíduos de idades próximas apresentam resultados mais similares e também porque uma análise generalizada da população idosa não produz resultados confiáveis⁽³⁾. Assim, os idosos podem ser classificados em faixas etárias que compreendem aqueles mais ativos, joviais e vigorosos, ou aqueles que sofrem uma perda substancial das funções e possuem maior probabilidade de serem frágeis e enfermos e terem dificuldade para administrar algumas atividades da vida diária⁽³⁾.

À medida que a idade avança, existe uma progressiva perda de saúde e capacidade física⁽⁴⁾. O idoso é portador, em média, de pelo menos três doenças crônicas não transmissíveis, e tem uma maior probabilidade de internação hospitalar. Por isso, a atenção integral à saúde pelo Sistema Único de Saúde é primordial para promoção da qualidade de vida e saúde do idoso⁽⁵⁻⁶⁾, e inclusive está assegurada no Estatuto do Idoso.

O Sistema Único de Saúde deveria garantir o acesso universal e igualitário dos idosos aos serviços e ações para a prevenção da doença, bem como da promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente esse grupo etário. Entretanto, os próprios profissionais de saúde enfrentam desafios em relação a essa situação, devido à falta de conhecimento gerontológico, desvalorização da educação permanente e capacitação para o

atendimento de idosos⁽⁷⁾.

As condições de saúde e os fatores ambientais influenciam nas atividades de vida diária de idosos⁽⁴⁾. A saúde dos idosos não depende simplesmente da presença ou ausência de doença, mas do estado emocional, hábitos de vida (fumo, dieta, atividades físicas, lazer), fatores sociais (família, amigos)⁽⁸⁾ e fatores econômicos⁽⁹⁾. O envelhecimento ativo pode ser mais saudável que a ausência de doenças.

Existem políticas públicas abrangentes, com ações voltadas ao indivíduo idoso e para grupos sociais, que promovam a criação de um ambiente físico, social, político, econômico e cultural próprio para velhice e incentivem o esforço comunitário⁽⁵⁾. É o caso do programa do governo Estratégia de Saúde na Família, que entre seus objetivos contempla uma abordagem adequada da pessoa idosa como indivíduo que requer cuidado comunitário.

As equipes de Estratégia Saúde da Família necessitam, junto à família do idoso, proporcionar a ele um vínculo com o sistema de saúde local. Essas equipes podem ainda auxiliar na coleta de dados sobre as condições de saúde da população idosa que podem ser avaliadas por indicadores específicos, como perfil de morbidade e de mortalidade, problemas físicos e cognitivos e utilização de serviços de saúde.

Diante do exposto, o estudo do perfil dos idosos, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, é o melhor modo de se conhecer esse segmento da população, bem como promover planos de ação voltados às necessidades e contextualizados à realidade social.

Este trabalho teve como objetivo avaliar os idosos quanto ao perfil socioeconômico e de saúde dentro das faixas etárias de 60 a 75 anos de idade (idosos “jovens”) e acima de 76 anos (idosos “velhos”).

Métodos

O presente trabalho constitui-se em um estudo transversal de base domiciliar, realizado junto ao serviço de Estratégia Saúde da Família da zona urbana do município de Pedras de Maria da Cruz, Minas

Gerais, Brasil, no segundo semestre de 2011. O estudo contemplou os idosos (acima de 60 anos) registrados no Sistema de Informação de Atenção Básica, identificados nas Fichas de Cadastro das Famílias – Ficha A (N=197). Os prontuários foram identificados com o auxílio dos agentes comunitários de saúde que compõem a equipe da Estratégia Saúde da Família no município.

Para este estudo o procedimento de amostragem foi do tipo aleatório simples, a partir dos idosos registrados. Estimou-se a participação de no mínimo 114 idosos, considerando os seguintes critérios para o cálculo amostral: número total de idosos, nível de confiança de 95% e um erro amostral de 6,0% e a prevalência de agravos à saúde em 50,0% da população de idosos.

Participaram do estudo os idosos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: aceitaram participar da pesquisa; estavam cadastrados no Sistema de Informação de Atenção Básica durante o período de coleta de dados; foram encontrados na residência em até duas tentativas de contato; residiam no endereço cadastrado no serviço. Estavam inseridos na estratificação das faixas etárias foi de 60 a 75 anos (idosos jovens) e acima de 76 anos (idosos velhos).

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um questionário baseado no modelo da *Older Americans Resources and Services*, previamente utilizado em estudos transversais com idosos no Brasil⁽¹⁰⁾. O questionário foi modificado para colher dados sobre: identificação, perfil social do idoso, estilo de vida, avaliação funcional, estado de saúde e rede de apoio familiar e social. Para assegurar a clareza do instrumento, o mesmo foi avaliado em pré-teste antes da coleta de dados socioeconômicos (sexo, estado conjugal, escolaridade, renda, origem, cor, com quem mora, moradia) e sobre saúde (autopercepção da saúde, diagnóstico de doença crônica, uso regular de medicação, tabagismo, ingestão de bebida alcoólica, prática de atividade física, e dificuldades de mastigação, visão, audição e desempenho das atividades da vida diária.

Os dados obtidos foram analisados pelo programa computacional *Statistical Package for the Social Sciences para Windows*[®], versão 18.0 e os resultados foram apresentados em frequências simples (n) e percentuais (%). Foram conduzidas análises bivariadas e análises múltiplas através de regressão de Logística, de modo que a estratificação das faixas etárias de 60 a 75 anos (idosos jovens) e acima de 76 anos (idosos velhos) foi considerada variável dependente, enquanto as demais características dos idosos foram consideradas variáveis independentes. A magnitude da associação entre as variáveis dependentes e independentes foi avaliada através do odds ratio (OR), com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. As variáveis cuja significância estatística foi maior que 30,0% na análise bivariada foram selecionadas para análise múltipla pelo método forward. O modelo final foi composto pelos fatores que permaneceram associados às variáveis dependentes ao nível de 5,0% de erro. A qualidade do ajuste do modelo foi avaliada pelo teste de Hosmer and Lemeshow e o coeficiente de determinação foi calculado pelo teste de Nagelkerke

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Foram avaliados 118 idosos com idade média de 71,50 ($\pm 8,90$) anos, sendo 68,6% idosos “jovens” ($66,46 \pm 0,51$ anos) e os demais idosos “velhos” ($82,5 \pm 0,86$ anos) (Tabela 1). Quanto ao sexo, 56,0% eram mulheres. Pouco mais da metade possuía companheiro e a presença do companheiro foi significativamente menor entre os idosos “velhos” ($p < 0,05$). Quase 60,0% não possuíam educação formal. A renda dos idosos era em geral até dois salários mínimos. A grande maioria dos idosos era proveniente da zona rural, de cor de pele não branca, e residiam com outros familiares ou acompanhantes

particulares além dos companheiros em casa própria (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos idosos de acordo com a faixa etária

Variáveis	60-75 anos	> 76 anos	Razão de Chance _{bruta}	IC 95%	Valor de p*
	(n=81) n(%)	(n=37) n(%)			
Gênero					
Masculino	33(40,7)	19(51,3)	0,65	0,30-1,42	0,283
Feminino	48(59,3)	18(48,7)			
Estado conjugal					
Tem companheiro	51(63,0)	11(29,7)	4,02	1,74-9,28	0,001
Não tem companheiro	30(37,0)	26(70,3)			
Escolaridade					
Alfabetizado	34(42,0)	15(40,5)	1,06	0,48-2,34	0,883
Analfabeto	47(58,0)	22(59,5)			
Renda (salário mínimo)					
Mais de 2	12(14,8)	4(10,8)	1,44	0,43-4,79	0,557
Até 2	69(85,2)	33(89,2)			
Origem					
Urbano	13(16,0)	2(5,4)	3,35	0,72-15,66	0,125
Rural	68(84,0)	35(94,6)			
Cor					
Branca	24(29,6)	11(29,7)	0,99	0,43-2,33	0,991
Não Branca	57(70,4)	26(70,3)			
Com quem mora					
Acompanhado	67(82,7)	28(75,7)	1,54	0,60-3,96	0,372
Sozinho	14(17,3)	9(24,3)			
Moradia					
Própria	77(95,1)	36(97,3)	0,54	0,06-4,96	0,582
Alugada	4(4,9)	1(2,7)			

*Contraste entre faixas etárias entre 60 e 75 anos e acima de 75 anos; Valor do salário mínimo no período de coleta dos dados = R\$ 545,00; IC= Intervalo de Confiança

De acordo com a autoavaliação das suas condições de saúde (Tabela 2), poucos admitiram ter pouca saúde e a maioria se dividiu entre boa e regular. Nota-se que nos idosos “velhos” a incidência de doenças crônicas não transmissíveis foi maior que nos idosos “jovens” ($p < 0,05$). Nas entrevistas, a hipertensão foi relatada como a principal doença e problemas de coluna como os que mais interferem na vida. A maioria dos idosos usava medicamentos,

e mais frequentemente os idosos “velhos”. Esses medicamentos eram em geral receitados pelo médico embora os idosos fizessem uso de automedicação, especialmente analgésicos. Mais de 17,0% dos entrevistados eram fumantes e 25,0% ex-fumantes.

Tabela 2 - Aspectos relacionados à saúde dos idosos de acordo com a faixa etária

Variável	60-75 anos	> 76 anos	Razão de Chance _{bruta}	IC 95%	Valor de p*
	(n=81) n(%)	(n=37) n(%)			
Considera sua saúde					
Boa/ótima	36(44,4)	14(37,8)	1,12	0,48-2,61	0,807
Regular	37(45,7)	16(43,3)			
Má/péssima	8(9,9)	7(18,9)			
Doença crônica não transmissível					
Não	32(39,5)	6(16,2)	3,37	1,26-9,00	0,012
Sim	49(60,5)	31(83,8)			
Medicamentos					
Não	10(12,3)	1(2,7)	5,07	0,63-41,17	0,129
Sim	71(87,7)	36(97,3)			
Cigarro					
Nunca	49(60,5)	23(62,2)	0,53	0,18-1,60	0,261
Já usou e parou	20(24,7)	5(13,5)			
Sim	12(14,8)	9(24,3)			
Bebida alcoólica					
Nunca	46(56,8)	26(70,3)	0,89	0,24-3,22	0,853
Já usou e parou	8(9,9)	4(10,8)			
Sim	27(33,3)	7(18,9)			
Atividade física					
Sim	22(27,2)	7(18,9)	1,60	0,61-4,16	0,337
Não	59(72,8)	30(81,1)			

*Contraste entre faixas etárias entre 60 e 75 anos e acima de 76 anos; IC= Intervalo de Confiança

Com relação à prática de atividade física, menos de 25,0% reportaram fazer atividades leves como caminhadas. Quase 40,0% dos idosos relataram dificuldades para mastigar alimentos duros e outros tipos de alimentos (Tabela 2).

Pouco mais da metade relatou não apresentar dificuldade de visão, e poucos relataram ter dificuldades auditivas. A maioria dos idosos com menos de 75

anos de idade relatou não possuir nenhuma dificuldade em realizar atividades da vida diária, mas essa proporção diminuiu estatisticamente nos idosos velhos ($p < 0,05$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Dificuldades dos idosos quanto aos hábitos de vida de acordo com a faixa etária

Variável	60-75 anos	> 76 anos	Razão de Chance _{bruta}	IC 95%	Valor de p*
Mastigar					
Não	53(65,4)	18(48,6)	0,50	0,23-1,10	0,086
Sim	28(34,6)	19(51,4)			
Visão					
Não	41(50,6)	23(62,2)	0,63	0,28-1,38	0,244
Sim	40(49,4)	14(37,8)			
Audição					
Não	80(98,8)	36(97,3)	2,22	0,14-36,53	0,576
Sim	1(1,2)	1(2,7)			
Atividades de vida diária					
Não	67(82,7)	21(56,8)	3,65	1,53-8,69	0,003
Sim	14(17,3)	16(43,2)			

*Contraste entre faixas etárias entre 60 e 75 anos e acima de 76 anos; IC= Intervalo de Confiança

A análise de regressão logística ajustada foi modelada adicionando-se as variáveis: gênero, estado conjugal, origem, percepção da saúde, doença crônica, uso de medicamentos, uso de cigarro, uso de bebida alcoólica, dificuldade de mastigar, dificuldade de visão, dificuldade de audição e atividades de vida diária. Na Tabela 4 estão apresentados os resultados finais da análise multivariada das características associadas à faixa etária. Os fatores mais significativos no avanço de idoso “jovem” para “velho” foram o aumento da chance de apresentar doença crônica e dificuldade nas atividades da vida diária três vezes maior. Além disso, indicaram que a proporção de mulheres atingindo mais que 76 anos foi três vezes maior que a de homens, e a proporção de idosos velhos acima de 76 anos apresentaram uma chance 0,18 vezes maior de perderem seus companheiros.

Tabela 4 - Análise multivariada do perfil socioeconômico e de saúde dos “idosos jovens” “idosos velhos”

Variáveis	Razão de Chance _{ajustada}	IC 95%	Valor de p*
Gênero			
Masculino	1,00	1,20-8,58	0,020
Feminino	3,21		
Estado conjugal			
Tem companheiro	1,00	0,07-0,50	0,001
Não tem companheiro	0,18		
Doença crônica não transmissível			
Não	1,00	1,09-9,36	0,033
Sim	3,20		
Dificuldade nas atividades de vida diária			
Não	1,00	1,15-8,02	0,024
Sim	3,05		

*Contraste entre faixas etárias entre 60 e 75 anos e acima de 75 anos; Teste de Hosmer and Lemshow: $p=0,421$; $R^2_{Nagelkerke}$: 0,300; IC= Intervalo de Confiança

Discussão

Com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, é importante conhecer as comunidades de idosos de diferentes regiões do país, a fim de subsidiar ações para melhoria de sua qualidade de vida, em âmbito nacional e também local. Nesse sentido, o presente estudo descreve o perfil da população de idosos atendidos por uma Estratégia Saúde da Família na zona urbana do município de Pedras de Maria da Cruz, Minas Gerais, Brasil. Além disso, a pesquisa analisa os parâmetros estudados em duas faixas etárias, correspondendo a idosos “jovens” e “velhos”. Essa abordagem permitiu identificar os principais fatores e determinantes do declínio das condições de saúde ao longo da velhice.

O estudo de idosos em função das faixas etárias é importante porque, além do fato de 10,0% dos idosos brasileiros terem mais que 80 anos atualmente, problemas de saúde podem ser bastante agravados a partir dos 76 anos de idade. Identificar as condições de saúde dos idosos mais velhos possibilita intervenções direcionadas às suas demandas,

contribuindo para seu bem-estar, independência e dignidade e proporcionando um envelhecimento mais saudável, no qual seja agregada qualidade de vida aos anos, e não apenas anos à vida⁽¹¹⁾. Além disso, a adoção de medidas preventivas ao envelhecimento patológico pode contribuir à redução de custos do sistema de saúde e também à diminuição dos custos totais à sociedade em geral.

A população estudada, semelhante à de outras regiões brasileiras, enfrenta desigualdade social e pobreza. Os idosos tinham, em geral, origem rural e pele mestiça característica da região, onde há alta descendência da cultura quilombola e cor de pele negra. Eles tinham ainda baixa escolaridade, o que é comum na região no norte de Minas Gerais⁽¹²⁾, e baixa renda, proveniente de aposentadoria e/ou pensão. A renda relatada pode ser suficiente para o suprimento básico da família, mas não cobre gastos excessivos com, por exemplo, medicamentos de alto custo. Desse modo, a saúde dos idosos entrevistados dependia essencialmente dos serviços de saúde proporcionados pelo programa Estratégia de Saúde da Família do município.

Apesar das condições socioeconômicas ou de renda desfavoráveis, quase todos os idosos tinham casa própria e abrigavam outros familiares. A casa própria é resultado de patrimônio acumulado durante anos, e algumas ações do governo vem possibilitando a aquisição pela população idosa. A família pode ser considerada capaz de promover redes de sociabilidade e de solidariedade e, um arranjo familiar adequado pode associar-se à melhor qualidade de vida dos idosos, sugerindo o quão relevantes são as interações familiares, a organização e o apoio familiar⁽¹³⁾.

Algumas das variáveis de saúde avaliadas afetaram igualmente “jovens” e “velhos” idosos. Os idosos exibiram um alto índice de doenças crônicas não transmissíveis, e é provável que o tabagismo tenha contribuído para o desenvolvimento das mesmas visto que 20,0% dos entrevistados eram fumantes e quase 25,0% ex-fumantes. Outro agravante é o fato da grande maioria não exercer atividade física. A prática

de atividade física por idosos pode retardar o declínio funcional, diminuir o aparecimento de doenças crônicas, melhorar a saúde mental e promover contato social⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, ações para o combate ao tabagismo e incentivo às atividades físicas deveriam ser tomadas para promoção da saúde a nível local-regional.

O uso regular de medicamentos por mais de 90,0% dos idosos entrevistados pode ser considerado alto. Esta prática pode estar relacionada à automedicação. A automedicação pode constituir fator de risco na medida em que a utilização de medicamentos sem a prescrição médica aumenta o número de substâncias usadas pelos idosos, levando a interações medicamentosas inadequadas, presença de efeitos adversos, além de mascarar sintomas⁽¹²⁾. Apesar dos indícios, um estudo mais detalhado sobre essa questão seria necessário para entender os fatores associados ao alto consumo de medicamentos pela população estudada.

Os idosos não identificam problemas de visão ou audição, situação que pode ser decorrente da falta de oportunidade de fazer exames diagnósticos dessas deficiências, que são comuns nessa faixa etária⁽¹⁵⁾. Por outro lado, os idosos tinham uma clara percepção de dificuldades para mastigar, revelando a falta de cuidados com a saúde bucal na juventude e provavelmente falta de prótese dentária adequada. Com o envelhecimento, os hábitos de mastigação mudam, tanto nos homens como nas mulheres. Essas alterações na capacidade mastigatória são devidas ao aparecimento frequente de cáries e doenças periodontais; às próteses totais ou parciais inadequadas ou em péssimo estado de conservação, e à ausência de dentes. Em última instância, a dificuldade de mastigação pode interferir no estado nutricional do idoso⁽¹⁶⁾.

Na identificação de fatores de queda de qualidade de vida na passagem de “jovem” para “velho” idoso, um dos principais fatores identificados foi a maior proporção de mulheres que de homens idosos. Situação esperada visto que, no ano de 2011,

a expectativa média de vida das mulheres brasileiras de 80 era de 9,9 anos enquanto que a dos idosos do sexo masculino era de um ano a menos⁽¹¹⁾. Outro fator detectado foi perda do companheiro, especialmente por viuvez. O processo de luto, normal na velhice, tem impacto negativo sobre diversos aspectos da saúde, incluindo aumento do risco de transtorno mental⁽¹⁷⁾, enfermidades de saúde geral e mortalidade e diminuição da capacidade funcional⁽¹³⁾. De fato, um terceiro fator de debilitação da saúde detectado na transição do “jovem” para o “velho” idoso foi a maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis. Ainda assim, poucos idosos consideraram-se em más condições de saúde e a maioria se dividiu entre a percepção de saúde boa ou regular, corroborando um perfil apresentado em Campinas, São Paulo⁽¹⁸⁾.

O quarto fator que impactou nos idosos ao passarem para a fase de “velho” idoso foi o aumento na dependência para realização de atividades de vida diária. Essa dependência, reconhecida como um dos grandes componentes da saúde do idoso, vem emergindo como um fator chave para avaliação da saúde dessa população⁽¹⁹⁾, uma vez que dimensiona a capacidade funcional do idoso. Apesar da maioria dos idosos “velhos” entrevistados relatarem que executar normalmente suas atividades, a chance de desenvolver dependência aumentou nessa faixa etária, corroborando estudos anteriores que mostram a associação entre o avanço da faixa etária e aumento da dificuldade de execução de atividades de vida diária⁽¹⁹⁾. De fato, em uma análise histórica no país, revelou que a prevalência da incapacidade funcional em idosos permanece estável, pontuando que além do sofrimento pessoal e familiar, ela aumenta a demanda por serviços médicos e sociais, com custos correspondentes⁽²⁰⁾.

As limitações deste estudo são pertinentes ao delineamento transversal, que impedem que os resultados sejam tomados como causa e efeito, devido a não aferição da temporalidade. Além disso, o caráter particular da amostra de idosos, ou seja, do município de Pedras de Maria da Cruz, MG, que, por

sua vez, limita a extrapolação dos dados observados. Apesar de tais limitações, acredita-se que o panorama desvelado é importante para ações direcionadas aos idosos na Atenção Primária à Saúde.

Conclusão

A população estudada, de idosos de baixa renda e dependentes dos serviços públicos de saúde, reflete a realidade de muitos brasileiros. No presente estudo, identificou-se que os idosos de modo geral tinham falta de atividade física, excesso de consumo de medicamentos e problemas de mastigação. Além disso, a análise das condições de saúde entre a fase de idoso “jovem” e idoso “velho” foi relacionada ao aumento da incidência de doenças crônicas e aos fatores que comprometem a capacidade funcional.

Os resultados indicam que os profissionais inseridos nas equipes de Estratégia Saúde da Família, especialmente os enfermeiros, deveriam promover ações voltadas ao atendimento integral da pessoa idosa, incluindo o planejamento de cuidados e o desenvolvimento de atividades que visem a potencializar a capacidade funcional do idoso.

Colaborações

Reis CB e Jesus RS contribuíram para concepção do trabalho, coleta de dados, análise, interpretação dos dados, redação do artigo. Silva CSO contribuiu para redação do artigo. Pinho L contribuiu na redação e análise crítica do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Bandeira EMFS, Pimenta FAP, Souza MC. Atenção à saúde do idoso. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2007.
2. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Estatuto do idoso. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

3. Rosset I, Pedrazzi EC, Roriz-Cruz M, Morais EP, Rodrigues RAP. Tendencies of studies addressing the eldest individuals of aged population in the community: a (inter)national systematic review. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(1):264-71.
4. Tier CG, Santos SSC, Poll MA, Hilgert RM. Health conditions of elderly in Primary Health Care. *Rev Rene*. 2014; 15(4):668-75.
5. Carvalho MHR, Carvalho SMR, Laurenti R, Payão SLM. Tendência de mortalidade de idosos por doenças crônicas no município de Marília-SP, Brasil: 1998 a 2000 e 2005 a 2007. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014; 23(2):347-54.
6. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014; 23(1):45-6.
7. Tahan J, Carvalho ACD. Reflexões de idosos participantes de grupo de promoção de saúde acerca de envelhecimento e da qualidade de vida. *Saúde Soc*. 2010; 19(4):878-88.
8. Paskulin LMG, Córdova FP, Costa FM, Vianna LAC. Elders' perception of quality of life. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(1):101-7.
9. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(1):123-33.
10. D'Orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(4):685-92.
11. Rosset I, Roriz-Cruz M, Santos JLF, Haas VJ, Fabrício-Wehbe SCC, Rodrigues RAP. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(2):391-400.
12. Silva CSO, Neto JFR, Pereira MI, Barbosa DA, Yoshitome AY. Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, MG, Brasil. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(4):811-8.
13. Rabelo DF, Neri AL. The household arrangements, physical and psychological health of the elderly and their satisfaction with family relationships. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015; 18(3):507-19.
14. Cordeiro J, Del Castillo BL, Freitas CS, Gonçalves MP. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014; 17(3):541-52.
15. Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Socio-demographic and health characteristics of elderly individuals: support for health services. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(5):1230-8.
16. Dias-da-Costa JS, Galli R, Oliveira EA, Backes V, Vial EA, Canuto R, et al. Prevalência de capacidade mastigatória insatisfatória e fatores associados em idosos brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(1):79-88.
17. Fernandes MGM, Nascimento NFS, Costa KNFM. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Rev Rene*. 2010; 11(1):19-27.
18. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(4):769-80.
19. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Prevalência de incapacidade funcional e dependência em idosos atendidos em um centro de saúde-escola da Universidade de São Paulo. *Cogitare Enferm*. 2010; 15(1):12-8.
20. Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(9):3689-96.