

## Demandas de saúde e qualidade de vida de idosos antes e após intervenções multidimensionais

Alessandra Justino Dionisio<sup>1</sup>  
Carla Noely Lima Pessoa<sup>2</sup>  
Maria Angélica Gomes Jacinto<sup>3</sup>  
Orientador: Gilson de Vasconcelos Torres<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte (E-mail: alessandrajustino2010@hotmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte (E-mail: carlinha\_lp96@hotmail.com)

<sup>3</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte (E-mail: angelicagj\_@outlook.com)

<sup>4</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte (E-mail: gilsonvtorres@hotmail.com)

### RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento populacional é decorrente do aumento da expectativa de vida, devido ao maior acesso aos serviços de saúde e a tecnologia. Atualmente os idosos anseiam por uma sobrevivência com melhor qualidade de vida e menor dependência, buscando sempre o envelhecimento ativo, com autonomia e boa saúde física, nutricional e mental. **Objetivo:** comparar a presença de demandas de saúde e os aspectos da qualidade de vida dos grupos intervenção e controle. **Metodologia:** Trata-se de um estudo comparativo, longitudinal, de abordagem quantitativa, composto por idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF). A amostra contou com 118 idosos que foram divididos em dois grupos, 60 no intervenção e 58 no controle. A coleta de dados ocorreu em dois momentos, antes das intervenções e após a implementação das mesmas. **Resultados:** Constatou-se que os idosos apresentaram três demandas de saúde, funcional, nutricional e sintomas depressivos. No que se refere a demanda de saúde funcional, observa-se uma melhora maior no grau de independência do GI com relação ao GC, o aspecto nutricional foi caracterizado pelo aumento de idosos com alterações nutricionais, tanto no IMC quanto na triagem, em ambos os grupos. Já nos sintomas depressivos houve melhora tanto do GI quanto do GC, contudo ressalta-se que o GI conseguiu melhorar essa demanda em um número maior de idosos. **Conclusão:** Diante do exposto, conclui-se que o GI apresentou melhores resultados do que o GC em todas as demandas de saúde, sendo os sintomas depressivos a demanda com melhor resultado após as intervenções.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do idoso, Qualidade de vida, Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

### Introdução

A expectativa de vida dos brasileiros segue aumentando em razão principalmente do maior acesso da população aos serviços de saúde e tecnologia. Nos últimos anos a inversão da pirâmide populacional, decorrente da redução das taxas de fecundidade, fertilidade e natalidade, a melhoria nas condições de saneamento e infraestrutura básica e o aumento da expectativa de vida, tem demonstrado um grande aumento da longevidade do ser humano<sup>1</sup>.

É possível observar que os idosos de hoje em dia desejam obter uma sobrevida maior, com uma qualidade de vida melhor, através da busca contínua pelo envelhecimento com autonomia e independência, com boa saúde física, nutricional e mental com a finalidade de evitar os efeitos deletérios do envelhecimento, realizando atividades físicas, reeducação alimentar e participando de programas que estimulem a interação social. Dessa maneira, a diminuição das alterações fisiológicas e sociais que acometem o envelhecimento passou a ser um dos principais fatores do aumento da expectativa de vida<sup>1,2</sup>.

O conceito de Qualidade de Vida (QV) abrange o equilíbrio entre os aspectos biopsicossocial, afetivo e de saúde. São levadas em consideração as concepções culturais que vive essa pessoa, seus objetivos de vida, suas expectativas, seu padrão de vida e preocupações pessoais, além de fatores relacionados à ausência de enfermidade<sup>6</sup>.

Contudo para alcançar uma boa qualidade de vida é necessário que haja um equilíbrio entre esses aspectos. Porém muitas enfermidades crônicas ainda atingem os idosos, tendo como principais as Doenças Cardiovasculares (DCV), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes.<sup>3-6</sup>

A Estratégia Saúde da Família (ESF) composta por uma equipe multiprofissional tem como finalidade recuperar, manter e promover a saúde, através de medidas, que em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), visa proporcionar o equilíbrio necessário para se obter uma QV satisfatória. No entanto, essa manutenção da QV para a pessoa idosa é difícil, visto as limitações que dificultam a procura pelo serviço de saúde, tornando a prestação do cuidado, a esse grupo, um serviço social e de saúde que visa promover autonomia e independência a essas pessoas para que haja progressivamente melhora das limitações envolvidas com a longevidade<sup>7</sup>.

Diante disto, percebe-se a importância de pesquisas que envolvam as demandas de saúde e a qualidade de vida no envelhecimento, a fim de identificar os principais problemas enfrentados pelos idosos na vida diária e para que os serviços de saúde façam planejamentos de estratégias para minimizá-los.

O presente estudo tem como objetivo comparar a presença de demandas de saúde e os aspectos da qualidade de vida dos grupos intervenção e controle, antes e após, a aplicação de intervenções multidimensionais.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo comparativo, longitudinal, de abordagem quantitativa, composto por idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) dos municípios de Natal e Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil. Em Natal, a pesquisa foi feita na zona norte da cidade, no bairro de Igapó e em Santa Cruz no bairro DNER, de dezembro 2015 a fevereiro de 2017.

A amostra do estudo foi composta por 118 idosos cadastrados na ESF, sendo 59 de Natal e 59 de Santa Cruz. A amostra foi dividida em 30 idosos de Natal e 30 de Santa Cruz para formação do Grupo de Intervenção (GI) e os outros 29 de cada cidade formaram o Grupo Controle (GC).

Como critérios de inclusão, os participantes deveriam ter 60 anos ou mais, visto que a Organização Mundial de Saúde (OMS) define que, para países em desenvolvimento, são idosos pessoas dentro dessa faixa etária<sup>8</sup>; deveriam estar cadastrados na ESF; e apresentar condições cognitivas para entender e responder os instrumentos. Este último critério foi analisado pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM)<sup>9</sup>. Foram excluídos dois idosos da pesquisa, visto que foram a óbito antes da segunda coleta.

A coleta de dados, foi realizada por meio de entrevista que ocorreu em ambiente domiciliar ou na própria unidade de saúde, utilizando-se os seguintes instrumentos:

- Caracterização sociodemográfica;
- Escala de Barthel (Escala de independência para Atividades Básicas da Vida Diária - ABVD);
- Escala de Lawton (Escala de independência para Atividades Instrumentais da Vida Diária - AIVD);
- Prisma 7 (Risco de declínio funcional a partir da sua percepção pessoal);
- Mini Avaliação Nutricional (Triagem para risco de desnutrição ou desnutrido);
- Índice de Massa Corporal (IMC);
- Escala de Depressão Geriátrica (avalia presença de sintomas depressivos - GDS);
- *Medical Outcomes Short-Form Health Survey* (Quantifica a qualidade de vida - SF-36).

Após isso, efetuou-se a análise dos dados, no qual constatou-se que os idosos apresentaram três demandas de saúde, funcional, nutricional e sintomas depressivos. Com base nisto foi possível planejar e implementar intervenções multidimensionais envolvendo as demandas de saúde encontradas. Foram implementadas sete estratégias, para a funcionalidade utilizou-se simulação de

supermercado, exercícios físicos e alongamentos, para a demanda nutricional realizou-se uma palestra sobre nutrição saudável, bingo dos alimentos e receitas para aproveitamento dos alimentos e para os sintomas depressivos, abordou-se a iniciação ao uso da tecnologia.

As intervenções foram aplicadas ao grupo intervenção que contou com a participação dos 60 idosos. Após esta etapa, foi realizada a coleta de dados do segundo momento, com objetivo de avaliar mudanças ocorridas no GI e comparar com as do GC.

Os dados coletados nas entrevistas foram organizados em banco de dados eletrônicos, digitação em planilha do aplicativo Microsoft Excel, e posteriormente exportados e analisados no programa estatístico SPSS 20.0. Nesse programa foram realizadas as análises descritivas, (frequências absolutas e relativas e mediana) teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnof), e em seguida testes não paramétricos (Qui-quadrado e Mc Nemar).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes CEP/HUOL, com o parecer nº 562.318 e CAAE 21996313.7.0000.5537. Houve o esclarecimento dos objetivos do estudo e da importância do trabalho à população alvo, bem como solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## **Resultados e Discussão**

Em relação ao perfil sociodemográfico, predominou-se pessoas do sexo feminino com faixa etária de 60 a 71 anos, aposentados. Na escolaridade identificou-se uma diferença entre os grupos, sendo o GC com mais idosos com baixa escolaridade 33 (28,0%), enquanto que no GI a maioria estudou mais que 3 anos 34 (28,8%). No que se refere às doenças crônicas, grande parte dos idosos apresentaram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ou HAS associada ao Diabetes Mellitus (DM), gerando um total de 67% da amostra. Além disso, identificou-se que 11 (9,3%) idosos não possuem doenças crônicas, de acordo com a tabela 1.

Na amostra do estudo predominou o número de mulheres, sendo os idosos mais jovens e de baixa escolaridade, o que também é apontado em outros estudos<sup>10-12</sup>. Quanto às doenças crônicas a HAS foi caracterizada como a mais prevalente entre os idosos de ambos os grupos, afirmando dados já trazidos, onde a hipertensão apresentou-se como a doença mais citada dentre os estudos<sup>13-15</sup>. Outra pesquisa identificou que grande parte dos idosos tinham HAS associada DM<sup>15</sup>.

**Tabela 1. Características sociodemográficas dos grupos intervenção e controle de idosos de Natal e Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil.**

Características Sociodemográficas		Grupo Intervenção	Grupo Controle	Total	Qui- quadrado p-valor
		n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Sexo</b>	Feminino	50 (42,3)	48 (40,7)	98 (83,0)	0,934
	Masculino	10 (8,5)	10 (8,5)	20 (17,0)	
<b>Faixa Etária</b>	60 a 71 anos	37 (31,4)	36 (30,5)	73 (61,9)	0,964
	72 a 91 anos	23 (19,5)	22 (18,6)	45 (38,1)	
<b>Escolaridade</b>	Até 3 anos	26 (22,0)	33 (28,0)	59 (50,0)	<b>0,045</b>
	> 3 anos	34 (28,8)	25 (21,2)	59 (50,0)	
<b>Estado Civil</b>	Com companheiro	30 (25,4)	29 (24,6)	59 (50,0)	1,000
	Sem companheiro	30 (25,4)	29 (24,6)	59 (50,0)	
<b>Situação de trabalho</b>	Aposentado	46 (39,0)	42 (35,6)	88 (74,6)	0,739
	Trabalhando	4 (3,4)	5 (4,2)	9 (7,6)	
	Afastado	0 (0,0)	1 (8,0)	1 (8,0)	
	Cuida de casa	10 (8,5)	10 (8,5)	20 (16,9)	
<b>Tipos de doenças crônicas</b>	HAS	20 (16,9)	26 (22,0)	46 (39,0)	0,192
	HAS e DM	18 (15,3)	15 (12,7)	33 (28,0)	
	Dor na coluna	11 (9,3)	3 (2,5)	14 (11,9)	
	DM	4 (3,4)	4 (3,4)	8 (6,8)	
	Dor nas pernas	1 (0,8)	3 (2,5)	4 (3,4)	
	Doença venosa	0 (0,0)	2 (1,7)	2 (1,7)	
	Não possui	6 (5,1)	5 (4,2)	11 (9,3)	

Na tabela 2, foi possível apontar as principais demandas de saúde apresentadas pelos idosos no que se refere aos aspectos funcional, nutricional e sintomas depressivos. Sobre a demanda de saúde funcional, observa-se uma melhora quando avaliado o nível de dependência para as AIVD, onde os idosos que apresentaram alterações no primeiro momento, melhoraram no segundo momento em ambos os grupos. O GI teve uma igualdade em relação a dependência para as ABVD e uma melhora no Prisma, enquanto no GC houve uma piora em ambos os instrumentos.

A demanda nutricional foi caracterizada pelo aumento de idosos com alterações nutricionais, tanto no IMC quanto na triagem, em ambos os grupos. Já nos sintomas depressivos



houve melhora tanto do GI quanto do GC, contudo ressalta-se que o GI conseguiu melhorar essa demanda em um número maior de idosos, embora essa diferença não tenha sido significativa.

**Tabela 2. Demandas de saúde dos grupos intervenção e controle dos idosos de Natal e Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil.**

Demandas de Saúde		Grupo Intervenção			Grupo Controle		
		1º Momento	2º Momento	Mc Nemar p-valor	1º Momento	2º Momento	Mc Nemar p-valor
		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
<b>Funcional</b>							
<b>Lawton</b>	Sim	48 (80,0)	46 (76,7)	0,727	50 (86,2)	48 (82,8)	0,688
	Não	12 (20,0)	14 (23,3)		8 (13,8)	10 (17,2)	
<b>Barthel</b>	Sim	21 (35,0)	21 (35,0)	1,000	24 (41,4)	27 (46,6)	0,648
	Não	39 (65,0)	39 (65,0)		34 (58,6)	31 (53,4)	
<b>Prisma</b>	Sim	20 (33,3)	26 (43,3)	0,238	31 (53,4)	35 (60,3)	0,503
	Não	40 (66,7)	34 (56,7)		27 (46,6)	23 (39,7)	
<b>Nutricional</b>							
<b>IMC</b>	Sim	36 (60,0)	40 (66,7)	0,219	33 (56,9)	36 (62,1)	0,549
	Não	24 (40,0)	20 (33,3)		25 (43,1)	22 (37,9)	
<b>Triagem</b>	Sim	22 (36,7)	27 (45,0)	0,405	26 (44,8)	31 (53,4)	0,405
	Não	38 (63,3)	33 (55,0)		32 (55,2)	27 (46,6)	
<b>Sintomas depressivos</b>	Sim	22 (36,7)	14 (23,3)	0,077	26 (44,8)	24 (41,4)	0,791
	Não	38 (63,3)	46 (76,7)		32 (55,2)	34 (58,6)	

Nota: Sim (idosos com alteração), Não (idosos sem alteração)

Em relação às demandas de saúde, identificou-se bastante variabilidade entre os aspectos. No que se trata do funcional, as AIVD demonstraram melhora mesmo que não significativa, apesar disso a maioria dos idosos apresentaram dependência neste aspecto, corroborando com outros estudos<sup>16-18</sup>. Esta dependência pode estar ligada ao nível de dificuldade mais acentuada e complexa dessas atividades, sendo mais facilmente exercidas por idosos mais autônomos e com alterações funcionais menores<sup>18</sup>. Contudo, outros estudos trouxeram um maior nível de independência dos idosos nas AIVD<sup>19,20</sup>.

Quanto as ABVD, nota-se uma maior independência já que são mais simples e consequentemente realizadas com maior facilidade<sup>21</sup>. Dentre estas, estão as atividades do cotidiano

que encontram-se diretamente ligadas a autocuidado, sendo perdidas mais tardiamente<sup>22</sup>. Como explica Barbosa et al. o declínio funcional acontece com o passar dos anos começando das atividades que demandam mais esforço para execução, seguida das atividades mais simples, de modo hierarquizado<sup>21</sup>.

Outra demanda de saúde encontrada foi a nutricional, onde observou-se que os idosos apresentavam alterações tanto no IMC quanto na triagem para risco de desnutrição ou desnutridos. Outros estudos abordam as mesmas peculiaridades quando se trata de idosos<sup>23,25</sup>, como explica Venturini<sup>24</sup>, mostrando que mais da metade da população entrevistada possuía baixo peso. Esta redução de peso está relacionada com o envelhecimento, visto que o avanço da idade aumenta a carência nutricional, podendo levar a desnutrição. Já o sobrepeso e obesidade aparecem associados com a classe social, ou seja, quanto maior a renda, maior o número de obesos<sup>25</sup>.

As alterações nutricionais encontradas podem estar ligadas as dificuldades enfrentadas pelos idosos tanto no que se refere a ingestão alimentar, visto que os idosos apresentam alta prevalência de inadequação de vitaminas e minerais, quanto na classe social, pois sabe-se que a renda tem efeito direto no tipo de alimentação<sup>25-26</sup>. Malta, Papini e Corrente constataram que a maioria dos idosos avaliados tinham “má qualidade” da dieta ou precisava de melhorias<sup>27</sup>.

Já os sintomas depressivos, se mostraram presentes em ambos os grupos. Estes sintomas estão relacionados a problemas de saúde prevalentes entre os idosos estudados, seja em um grau leve, moderado ou grave<sup>28</sup>, podendo se apresentar mais frequentemente na população idosa com menor renda e escolaridade que possuem alguma doença crônica, ou até mesmo pessoas com dependência física<sup>29</sup>.

No que se refere a Qualidade de Vida (QV), os domínios função social, físico, saúde mental e funcional, mostraram uma melhora do primeiro para o segundo momento no GI, enquanto que no GC esses valores só pioraram, exceto o domínio saúde mental que obteve leve melhora. O domínio dor no corpo apresentou uma piora em ambos os grupos. Sobre as dimensões, à saúde mental teve uma melhora no GI e piora no GC e a saúde física obteve piora em ambos os grupos, no entanto no GC a redução foi maior. Por último, em relação a QV total, observa-se que o GI obteve leve melhora, enquanto o GC obteve redução considerável, conforme quadro 1.

**Quadro 1. Qualidade de vida dos grupos intervenção e controle dos idosos de Natal e Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil.**

Qualidade de vida	Grupo Intervenção	Grupo Controle
-------------------	-------------------	----------------

	1º Momento	2º Momento	1º Momento	2º Momento
	Mediana	Mediana	Mediana	Mediana
<b>Domínios</b>				
Emocional	100,0	100,0	100,0	100,0
Função Social	87,5	100,0	87,5	87,5
Físico	87,5	100,0	62,5	25,0
Saúde Mental	80,0	92,0	76,0	80,0
Funcional	70,0	72,5	70,0	65,0
Vitalidade	70,0	70,0	70,0	65,0
Dor no Corpo	52,0	26,5	52,0	22,0
Estado Geral de Saúde	50,5	56,0	43,5	52,0
Total	70,0	72,2	66,0	61,9
<b>Dimensões</b>				
Saúde Mental	75,7	81,0	73,4	69,0
Física	61,5	59,3	58,9	53,5

Dentre os domínios da QV foi possível observar que o físico e o funcional apresentaram melhora no GI enquanto no GC piorou, como mostra Freitas et al. no seu estudo sobre Projeto de intervenção comunitária em que os idosos que participaram ativamente da proposta por mais de 12 meses tenderam a obter melhor desempenho nos testes realizados<sup>30</sup>. Em um outro trabalho sobre efeitos do treino cognitivo na QV e bem-estar psicológico dos idosos, Irigaray, Schneider e Gomes trazem que o grupo participante das intervenções teve resultados positivos em relação aos domínios físico, psicológico e qualidade de vida em geral<sup>31</sup>.

Outro aspecto da QV que demonstrou melhora no GI e piora no GC foi a dimensão saúde mental, onde os indivíduos que passaram por esse processo diferenciado puderam estar participando de atividades prazerosas, que não só influenciam diretamente no humor dos idosos como também enriquecem o seu dia a dia e melhora ativamente a QV dos mesmos<sup>32</sup>.

Diante disso, observa-se a importância do planejamento e implementação de intervenções focadas nas demandas de saúde da população para melhorar a QV e proporcionar um envelhecimento ativo, com o mínimo de limitações possível para o idoso.



## Conclusões

Portanto, a partir do presente estudo identificou-se três demandas de saúde apresentadas pelos idosos (funcional, nutricional e sintomas depressivos). Diante do aspecto funcional notou-se o nível de dependência da maior parte da amostra, principalmente no que se refere as AIVD. A demanda de saúde nutricional mostrou-se alterada em ambos os momentos nos dois grupos. Já os sintomas depressivos foram caracterizados pela melhora no GI, e piora no GC.

Quanto a QV foi possível verificar que os principais aspectos que demonstraram melhora foram os domínios função social, físico, saúde mental e funcional, o que se confirma quando confrontados com os valores do grupo controle, que na maioria pioraram. Pôde-se ainda, constatar que a QV desses idosos, em ambos os grupos, foi satisfatória, contudo conseguiu-se, através das intervenções, aumentar a QV total do GI, enquanto do GC diminuiu.

Diante do exposto percebe-se cada vez mais a necessidade de estudos que abordem os devidos temas, tendo em vista o crescimento populacional dos idosos e a importância da QV nessa população.

## Referências

- 1 - Vilela ABA, Carvalho PAL, Araújo RT. Successfully getting old representation of elderly. Rev. Saúde. 2006; 2(2):101-114.
- 2 - Lima AP, Delgado EI. A melhor idade do Brasil: aspectos biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento. Revista de educação física. 2010; 1(2):76-91.
- 3 - Belon AP, Francisco PMSB, Barros MBA, Galvão César CLG, Carandina L, Goldbaun M, et al. Diabetes em idosos: perfil sócio-demográfico e uso de serviços de saúde. In: Anais do XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2008 set. 29 a out. 03; Minas Gerais [Internet] Minas Gerais: ABEP; 2008.
- 4 - Lopes CAO. Adesão ao tratamento de pacientes idosos com hipertensão arterial sistêmica. [Internet]. Monografia de conclusão de curso (Programa de pós-graduação em enfermagem) – Centro de ciências da saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Rio Grande do Sul; 2016.
- 5 - Nogueira MF, Barreto BF, Lima MFS, Lucena IM, Freire IM, Alves MSCF. Exposição de idosos a fatores de risco para doenças cardiovasculares. Rev. enferm. 2014; 8(11): 3814-22.
- 6 - Seidl EMF, Zannon CMLC. Quality of life and health: conceptual and methodological issues. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(2): 580-588.

- 7 - Mendes CKTT, Moreira MASP, Bezerra VP, Sarmiento AMMF, Silva LC, Sá CMCP. Service for elderly in primary care health: social representations. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. 2013; 5(1):3443-52.
- 8 - Inagaki RK, Yamaguchi MH, Kassada D, Matsuda LM, Marcon SS. A vivência de uma idosa cuidadora de um idoso doente crônico. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2008; 7.
- 9 - Murden RA, McRae TD, Kaner S, Bucknam ME. Mini-mental state exam scores vary with education in blacks and whites. *J Am Geriatr Soc*. 1991; 39(2): 149-55.
- 10 - Paiva MHP, Pegorari MS, Nascimento JS, Santos AS. Factors associated with quality of life of elderly community macro-region of the south Triangle, Minas Gerais, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(11): 3347-56.
- 11 - Tavares DMS, Matias TGC, Ferreira PCS, Pegorari MS, Nascimento JS, Paiva MM. Quality of life and self-esteem among the elderly in the community. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(11): 3557-64.
- 12 - Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Self-perception of oral health in older adults from an urban population in Lisbon, Portugal. *Rev. Saúde Pública*. 2016; 50:53.
- 13 - Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho ACC. Factors associated with chronic diseases among the elderly receiving treatment under the Family Health Strategy. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(8): 2489-98.
- 14 - Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Júnior JBS, Reis AAC. Surveillance and monitoring of major chronic diseases in Brazil – National Health Survey, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18 (2 supl): 2:3-16.
- 15 - Radigonda B, Souza RKT, Junior LC, Silva AMR. Assessment of the follow-up of adult patients with arterial hypertension and/or diabetes mellitus by the Family Health Strategy and identification of associated factors in the city of Cambé, Brazil, 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2016; 25(1): 115-126.
- 16 - Virtuoso-Júnior JS, Tribess S, Menezes AS, Meneguci J, Sasak JE. Factors associated with functional disability in Brazilian older adults. *Rev Andal Med Deporte*. 2016; 1(10): 1-7.
- 17 - Novais MM, Araújo CM, Bôas SV, Prates RV, Pinto DS, Reis LA. Assessment of functional performance indicators of long-lived elderly people living at home. *Arq. Ciênc. Saúde*. 2016; 23(3): 67-72.
- 18 - Oliveira TA, Duarte SFP, Reis LA. Relationship between elderly body mass index and motor performance in peer groups. *Texto Contexto Enferm*. 2016; 25(4): 1-9.
- 19 - Oliveira BLCA, Barros MMP, Baima VJD, Cunha CLF, Silva AM. Life diary instrumental activities evaluation in old people in outskirts in São Luíz, Maranhão. *J Manag Prim Health Care*. 2012; 3(1): 43-47.
- 20 - Junior EPP, Silva IT, Vilela ABA, Casotti CA, Pinto FJM, Silva MGC. Functional dependency and associated factor in elderly living with relatives. *Cad. Saúde Colet*. 2016; 24(4): 404-412.
- 21 - Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(8): 3317-3325.

- 22 - Pinto AH, Lange C, Pastore CA, Llano PMP, Castro DP, Santos F. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(11): 3545-3555.
- 23 - Sousa KT, Mesquita LAS, Pereira LA, Azeredo CM. Baixo peso e dependência funcional em idosos institucionalizados de Uberlândia (MG), Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014; 19(8): 3513-3520.
- 24 - Venturini CD, Engroff P, Sgnaolin V, El Kik RM, Morron FB, Silva Filho IG. et al. Consumo de nutrientes em idosos residentes em Porto Alegre (RS), Brasil: um estudo de base populacional. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(12): 3701-3711.
- 25 - Pereira IFS, Spyrides MHC, Andrade LMB. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(5).
- 26 - Fisberg RM, Marchioni DML, Castro MA, Verly Junior E, Araújo MC, Bezerra IN. et al. Ingestão inadequada de nutrientes na população de idosos do Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. *Rev. Saúde Pública*. 2013; 47 suppl.1 São Paulo.
- 27 - Malta MB, Papini SJ, Corrente JE. Avaliação da alimentação de idosos de município paulista: aplicação do Índice de Alimentação Saudável. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18(2): 377-384.
- 28 - Cohen R, Paskulin LMG, Prieb RGG. Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2015; 18(2): 307-317.
- 29 - Hellwig N, Munhoz TN, Tomasi E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016 ; 21(11): 3575-3584.
- 30 - Almeida LFF, Freitas EL, Salgado SML, Gomes IS, SCC Franceschini, Ribeiro AQ. Projeto de intervenção comunitária “Em Comum-Idade”: contribuições para a promoção da saúde entre idosos de Viçosa, MG, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(12): 3763-3774.
- 31 - Irigaray TQ, Schneidera RH, Gomesa I. Efeitos de um Treino Cognitivo na Qualidade de Vida e no Bem-Estar Psicológico de Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2011; 24(4): 810-818.
- 32 - Ferreira HG, Barham EJ. O Envolvimento de idosos em atividades prazerosas: Revisão da Literatura sobre Instrumentos de Aferição. *rev. bras. geriatr. gerontol*. 2011; 14(3): 579-590.