

## **Perfil sociodemográfico e situação de saúde de idosos acompanhados na Atenção Primária à Saúde em uma capital da Amazônia Ocidental\***

*Socio-demographic and health situation profile in elderly Primary Health Care in a Western Amazon Capital*

*Perfil sociodemográfico y estado de salud de las personas mayores seguidas en Atención Primaria de Salud en una capital de la Amazonía Occidental*

Polyana Caroline de Lima Bezerra  
Every Mateus Amaral dos Santos

**RESUMO:** É um estudo descritivo, realizado com indivíduos idosos acompanhados na Atenção Primária à Saúde de Rio Branco, capital do estado do Acre, região Norte do Brasil, com o objetivo de identificar o perfil sociodemográfico, de hábitos de vida e situação de saúde desses idosos. Os dados da pesquisa podem subsidiar políticas, ações e programas de prevenção e cuidados aos idosos da região, além de nortear a necessidade de serviços e implantação de programas específicos, como o de atenção à saúde da mulher no climatério/menopausa e atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

**Palavras-chave:** Perfil de Saúde; Saúde do idoso; Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT:** *This is a descriptive study, conducted with elderly individuals monitored in primary health care individuals followed up in Primary Health Care, within Rio Branco, capital of the state of Acre, northern region of Brazil, with the objective of identifying the sociodemographic profile, lifestyle and health situation of these elderly people. The research data can support policies, actions and programs for the prevention and care of the elderly in the region, in addition to guiding the need for services and the implementation of specific programs, such as the attention to women's health in the climacteric / menopause and the performance of the Health Centers. Support to Family Health.*

**Keywords:** *Health Profile; Health of the elderly; Primary Health Care.*

**RESUMEN:** *Se trata de un estudio descriptivo, realizado con ancianos seguidos en Atención Primaria de Salud en Rio Branco, capital del estado de Acre, región norte de Brasil, con el objetivo de identificar el perfil sociodemográfico, estilo de vida, y situación de salud de estas personas mayores. Los datos de la investigación pueden sustentar políticas, acciones y programas de prevención y atención al adulto mayor en la región, además de orientar la necesidad de servicios y la implementación de programas específicos, como la atención a la salud de la mujer en el climaterio / menopausia y el desempeño de los Centros de Salud. Apoyo a la salud familiar.*

**Palabras clave:** *Perfil de salud; Salud de los ancianos; Primeros auxilios.*

## **Introdução**

A tendência de envelhecimento populacional é um fenômeno mundial proveniente do aumento da expectativa de vida, devido à melhoria das condições de saúde, à diminuição da mortalidade infantil e ao progressivo declínio do número médio de filhos por mulheres nos últimos anos (IBGE, 2018). No Brasil, a modificação da estrutura etária populacional, nas últimas décadas, origina-se do avanço das tecnologias, valorização da atenção primária à saúde, desenvolvimento de políticas públicas saudáveis voltadas aos idosos e do novo paradigma da promoção da saúde, dentre outros fatores que contribuiriam para que os indivíduos envelheçam com mais saúde, chegando a idades cada vez mais avançadas (Mastroeni, MF, Eringer, Mastroeni, SSBS, Silva, & Marucci, 2007; Barbosa, & Concone, 2016).

Um estudo sobre a tendência de mortalidade dos idosos residentes na capital Rio Branco, estado do Acre, Brasil, entre 1980 a 2012, concluiu que a mortalidade geral apresenta tendência de declínio, com variação percentual de -2% ao ano ( $p$ -valor $<0,005$ ). O estudo sugere que, caso a tendência se mantenha ao longo do tempo, irá revelar o aumento da sobrevida local, necessitando de maior investimento para que a longevidade seja acompanhada de qualidade de vida (Bezerra, & Monteiro, 2018).

Esse perfil populacional exige novas demandas. Conhecer as necessidades de saúde das pessoas idosas, as condições sociais, os hábitos de vida e os fatores que determinam o uso de serviços de saúde são aportes consideráveis para o planejamento de ações de atenção à saúde a essa faixa etária (Paskulin, & Vianna, 2007). Por esse motivo, faz-se necessária a realização de estudos para conhecer o perfil sociodemográfico, de vida e de saúde, em idosos atendidos na atenção primária à saúde (APS), considerando-se as possíveis diferenciações regionais desse nicho populacional nos territórios brasileiros. Esta pesquisa tem como objetivo identificar os perfis dos idosos acompanhados em unidades de saúde da APS de uma capital da Amazônia Ocidental brasileira, Rio Branco, no Acre.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo descritivo, recorte de um estudo matriz denominado “Fragilidade e condições de saúde de idosos em Rio Branco”, realizada no período de outubro de 2016 a junho de 2017. Esta pesquisa original foi aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP/FIOCRUZ (CAAE n.º 58791716.5.0000.5240). A resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde foi seguida rigorosamente, respeitando-se os princípios éticos (Brasil, 2013).

A população-alvo deste estudo é constituída por indivíduos com 60 anos ou mais, residentes no município de Rio Branco, acompanhados em duas Unidades de Saúde (US) localizadas em duas regionais de saúde distintas, entre 2016 e 2017. Os critérios de seleção dessas duas unidades foram: maior proporção de idosos acompanhados pelas unidades de saúde e possuir cadastro atualizado das famílias.

Considerou-se, para o cálculo amostral, o tamanho populacional de idosos das USs selecionadas (N=953), 10% de prevalência estimada, 95% de grau de confiança e um erro amostral de 3%, com o acréscimo de 20% para possíveis perdas, restando uma amostra final de 365 idosos. Contudo, ao aplicar os critérios de exclusão e perdas, finalizou-se o estudo com a amostra de 298 idosos. Foi aplicado o fator de ponderação (n.º de cadastrados/n.º de efetivamente avaliados) entre as unidades da amostra para melhor acurácia dos dados, diante das perdas.

A seleção dos idosos para A entrevista foi feita por sorteio entre aqueles que residiam na área de atendimento das USs. Os critérios de exclusão utilizados foram: idosos institucionalizados e com situação de saúde que os impedia de participar, como os que possuíam diagnóstico de doenças cognitivas que os incapacitavam de responder à entrevista com autonomia. As perdas foram computadas nos casos em que os idosos se negaram a responder ao questionário, e aqueles que não foram encontrados em domicílio por duas vezes seguidas.

Para contemplar os objetivos do estudo, foi utilizado o questionário validado no estudo EPIFLORIPA ([www.epifloripa.ufsc.br](http://www.epifloripa.ufsc.br)), constituído de 13 blocos temáticos que contemplam os dados socioeconômicos e demográficos; saúde mental e cognição; condições de saúde e hábitos de vida; capacidade funcional e quedas; morbidades; uso de serviços de saúde; saúde bucal; alimentação; atividade física; percepção do ambiente relacionado à atividade física; uso de medicamentos e violência contra idoso.

Para atender o objetivo deste estudo, as variáveis exploratórias utilizadas para definir o perfil sociodemográfico foram assim descritas: sexo, idade, categorizada em 60 a 69 anos; 70 a 79 anos e  $\geq 80$  anos; cor da pele/etnia com opções de escolha entre branca, parda, negra, amarela, indígena; quanto à cidade de nascimento, os idosos podiam selecionar: Rio Branco, outra cidade do Acre, outras cidades da Região Norte, outras cidades do Brasil. A situação civil definia-se em: tem companheiro(a); vive sozinho(a); a Renda familiar incluía as opções:  $\geq 3$  s.m; 1 a  $<3$  s.m;  $< 1$  s.m; quanto à segurança do bairro, verificada através de resposta ao questionamento “durante o dia, o(a) sr.(a) acha seguro caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes perto de sua casa?”.

As variáveis referentes aos hábitos de vida e situação de saúde estudadas, foram as variáveis de hábitos tabagistas, descritas através das respostas: não (não fuma/fumou e parou] sim; quanto ao uso e excessivo de álcool, foi verificado por meio do questionário *Alcohol Use*

*Disorders Identification Test* (AUDIT), pelos estratos: sem consumo/baixo risco; abuso de consumo e Dependência alcóolica (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001).

A prática de atividade física foi obtida por meio das respostas aos seguintes questionamentos: “Sem contar qualquer caminhada em outros afazeres, em quantos dias durante uma semana normal, o(a) Sr.(a) caminha (lazer ou exercício físico) no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos contínuos?”; “Em quantos dias de uma semana normal, o(a) Sr.(a) faz atividades moderadas no seu tempo livre como, por exemplo: ginástica, hidroginástica, jogar voleibol recreativo, dançar por pelo menos 10 minutos contínuos?” ou: “Em quantos dias de uma semana normal, o(a) Sr.(a) faz atividades vigorosas no seu tempo livre como: correr, nadar rápido, musculação, enfim, esportes em geral, por pelo menos 10 minutos contínuos?”, sendo a somatória, dessas questões, os indivíduos que responderam afirmativamente a pelo menos 3 vezes por semana, considerou-se “sim” e, caso contrário, “não” para a prática de atividade física; Retirados do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) que avalia o nível da prática de atividade física: pratica 150 minutos ou mais de exercícios físicos por semana; ou insuficientemente ativo: pratica exercício físico menos de 150 minutos por semana) (Matsudo, *et al.*, 2001), as questões com respostas sim ou não.

O risco nutricional foi de acordo com a Mini-Avaliação Nutricional (MAN), que verificou o estado nutricional normal, risco de desnutrição e desnutrição; outra variável de risco nutricional foi denominada por meio desses estratos, classificados como “sem risco nutricional” os que tinham estado nutricional normal, e como “em risco nutricional” o que apresentaram risco de desnutrição ou desnutrição (Guigoz, Vellas, & Garry, 1994); o índice de Massa Corporal (IMC) foi realizado pela medida de peso dividida pela altura ao quadrado, segundo parâmetros para idosos da Organização Mundial de Saúde (OMS) sendo classificados em: Eutrófico 18,5 a 24,9; Baixo peso < 18,5; Sobrepeso 25 a 29,9; Obesidade 30 ou mais (OMS, 2005); Percepção de saúde (Muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim); Percepção de saúde bucal (Satisfatória (muito boa/boa) Insatisfatória (regular/ ruim/muito ruim); o “deficit cognitivo” foi investigado através do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), instrumento composto por diversas questões para avaliar funções cognitivas específicas, como: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, cálculo, memória de evocação, nomeação, repetição, comando, leitura, frase e desenho, que totalizam 30 pontos.

O ponto de corte para idosos com baixa escolaridade (< 8 anos de estudo) foi 17 pontos e, para aqueles com maior escolaridade ( $\geq 8$  anos de estudo), 25 pontos, respostas sim ou não (Bertolucci, Brucki, Campacci, & Juliano, 1994); a incapacidade funcional foi verificada através da Escala de Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária (incapacidade/dificuldade para realizar até três atividades vs incapacidade/dificuldade para realizar de 4 a 15 atividades), (Rosa, Benício, Latorre, & Ramos, 2003); a história de queda no último ano foi realizada de maneira dicotômica com respostas (não ou sim); a polifarmácia foi considerada pelo número de medicamentos em uso (<5 medicamentos [não]/ $\geq 5$  medicamentos [sim]) (Secoli, 2010).

A depressão foi avaliada pela *Geriatric Depression Scale* (GDS) com 15 questões e utilizou-se, como ponto de corte, cinco/seis (não caso/caso), denominada na pesquisa como sem risco/com risco par depressão, por considerar que é um instrumento de triagem (Almeida, & Almeida, 1999); morbidade autorreferida por meio da investigação das seguintes morbidades referidas pelos idosos como tendo tido diagnóstico médico em algum momento da vida para: doença de coluna ou costas; bronquite ou asma; artrite/reumatismo; câncer; diabetes; doença do coração ou cardiovascular; insuficiência renal crônica; tuberculose; cirrose; derrame/acidente vascular ou isquemia cerebral; osteoporose; hipertensão (pressão alta) e depressão); em seguida realizou a variável “tem morbidade autorreferida” de forma dicotômica (não ou sim) e morbidade autorreferida analisada pelo número de morbidades autorreferidas, por meio da somatória das afirmativas positivas da listagem das morbidades autorreferidas, categorizada (nenhuma, uma a três,  $\geq 4$  morbidades).

Semelhantemente, foram realizadas perguntas para verificar se os idosos tinham doenças de coluna (não ou sim), hipertensão (não ou sim), reumatismo, artrite, artrose (não ou sim), doença do coração/cardiovascular (não ou sim), osteoporose (não ou sim), depressão (não ou sim), diabetes (não ou sim), câncer (não ou sim). A Síndrome de Fragilidade foi obtida pela *Edmonton Frail Scale* (EFS) com ponto de corte 6/7 (não/sim) (Fabricio-Wehbe, *et al.*, 2009).

## Resultados

Dentre a população de estudo (n=298), a maioria foi do sexo feminino (61%) e com etnia/cor autodeclarada parda de 68%. A frequência de casados foi de 49%, sendo que os que se encontravam sem companheiro(a), por viuvez, divórcio, separação ou por serem solteiros

totalizaram 51% do total estudado. Quanto à escolaridade, 43% dos idosos afirmaram nunca ter estudado ou não ter completado ao menos um ano de estudo. Das 182 mulheres do grupo estudado, 35% ficaram entre as que não tinham instrução contra 54% do total de 116 homens sem instrução. Entre os que estudaram 11 anos ou mais a porcentagem de homens e mulheres ficou praticamente igual; homem 3% e mulher 2% (Tabela 1).

Apesar da idade, 16% dos idosos afirmaram ter uma ocupação laboral e 66% possuíam a aposentadoria como renda, sendo que 73% do grupo apresentou renda familiar de menos de um salário mínimo, 24% entre 1 e 3 salários mínimos, caracterizando uma população de baixa renda (Tabela 1).

Destaca-se, ainda, o percentual de idosos que moravam sozinhos (10%), e o fato de 87% da amostra considerar o local onde moram ser inseguro (Tabela 1). Quanto aos hábitos de vida, o tabagismo foi verificado em 55 idosos (18%). Houve uma porcentagem maior de abuso de álcool pelo sexo masculino em relação às mulheres (86% e 14%, respectivamente) (Tabela 1). Apenas 13% dos idosos afirmaram ser ativo fisicamente, enquanto o comportamento sedentário foi observado em 87% deles. Similarmente, 74% da amostra foi classificada como sobrepeso ou obeso, de acordo com o IMC apresentado e, ainda, 49% em risco nutricional. Sessenta e dois por cento dos entrevistados relatou uma percepção negativa da própria saúde. A capacidade cognitiva de 40% dos idosos apresentou déficit, a incapacidade funcional para as atividades de vida diária esteve presente em 27% e 43% indicou ocorrência de queda no último ano da entrevista, como mostra a Tabela 2.

Dentre os entrevistados, quase a totalidade apresentou ao menos uma morbidade autorreferida (96%). As mulheres apresentaram número de morbidade referida maior que dos homens (60% mulheres *vs* 37% homens). As mulheres ainda apresentaram percentual aumentado em relação aos homens com o fato de ter hipertensão arterial, artrite, doença do coração ou cardiovascular, osteoporose, diabetes, depressão e câncer.

Quanto à classificação dos estratos de Síndrome de Fragilidade dos idosos da amostra, segundo o sexo, a prevalência global revelou que 44,6% não apresentava fragilidade, 20,4% era aparentemente vulnerável, 15,6% tinha fragilidade leve, 11,3% fragilidade moderada e 8,2% severa. Portanto, 35,1% da amostra mostrou algum nível de fragilidade, sendo mais frequente entre as mulheres (37,5%) (p-valor<0,05) (Tabela 2). Quase a metade dos idosos com 75 ou mais anos de idade esteve entre os piores estratos de prevalência de SF (p-valor<0,05) (dado não apresentado em tabela).

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra dos idosos avaliados segundo o sexo. Rio Branco, Acre. 2016-2017

Variáveis	Total		Sexo						p-valor
	n 298	nExp 953	Masculino			Feminino			
			n 116	nExp 361	% 100	n 182	nExp 592	% 100	
Faixa etária									
60 a 69 anos	142	444 (46,6)	59	176	48,8	83	268	45,3	0,420
70 a 79 anos	104	323 (33,9)	40	122	33,8	64	201	34	
≥ 80 anos	55	185 (19,4)	20	63	17,5	35	122	20,6	
Cidade de nascimento									
Rio Branco	64	198 (20,8)	21	62	17,2	43	136	23	<0,001
Outra cidade do Acre	164	523 (54,9)	60	182	50,4	102	341	57,7	
Outras cidades da Reg. Norte	43	130 (13,7)	19	60	16,6	24	70	11,8	
Outras cidades do Brasil	32	101 (10,6)	19	57	15,8	13	44	7,4	
Etnia/cor autodeclarada									
Branca	49	153 (16,0)	20	57	15,7	29	96	16,2	0,561
Parda	203	645 (67,6)	79	246	68	124	399	67,4	
Negra	39	123 (12,9)	15	43	11,9	24	80	13,5	
Indígena	5	20 (2,1)	2	11	3	3	9	1,5	
Amarela	5	13 (1,4)	3	5	1,4	2	8	1,4	
Situação conjugal									
Casado/Com companheiro(a)	147	451 (47,4)	84	249	69,4	63	202	34,1	<0,001
Viúvo (a)	80	268 (28,2)	7	26	7,2	73	242	40,9	
Divorciado/Separado(a)	44	142 (14,9)	14	43	12	30	99	16,7	
Solteiro(a)	29	90 (9,5)	13	41	11,4	16	49	8,3	
Arranjo domiciliar									
Sozinho	29	93 (9,8)	10	36	10,1	19	57	9,6	0,862
Somente com o cônjuge	42	135 (14,2)	22	72	20,1	20	63	10,6	<0,001
Com o cônjuge e os filhos	29	84 (8,8)	18	48	13,4	11	36	6,1	<0,001
Com o cônjuge e os netos	18	57 (6,0)	11	32	8,9	7	25	4,2	0,003
Somente com filhos	39	132 (13,9)	9	30	8,4	30	102	17,2	<0,001
Arranjos trigeracionais	104	330 (34,7)	39	113	31,6	65	217	36,7	0,088
Somente com netos	22	71 (7,5)	2	5	1,4	20	66	11,1	<0,001
Outros	18	48 (5,1)	8	22	6,1	10	26	4,4	0,25
Escolaridade (anos de estudo) <sup>b</sup>									
Zero	127	405 (42,5)	63	190	52,6	64	215	36,4	<0,001
1 – 3 anos	57	159 (16,7)	16	45	12,5	41	114	19,3	
4 -7 anos	74	246 (25,8)	20	67	18,6	54	179	30,3	
8 – 10 anos	31	101 (10,6)	14	40	11,1	17	61	10,3	
11 ou mais	9	41 (4,3)	5	19	5,3	4	22	3,7	
Ocupação laboral <sup>b</sup>									
Sim	48	160 (17,9)	26	86	24,6	23	74	13,6	<0,001

Não	233	733 (82,1)	88	263	75,4	147	470	86,4	
Tipo de renda <sup>b</sup>									
Aposentadoria	197	632 (67,4)	85	258	77	112	374	62	0,029
Pensão	58	176 (18,8)	6	16	4,8	52	160	26,5	<0,001
Benefícios e outros	42	13,9	22	61	18,2	20	69	11,4	0,047
Renda familiar <sup>b</sup>									
< 1 s.m	218	677 (71,0)	87	253	69,9	131	424	71,7	0,613
1 a <3 s.m	73	243 (25,5)	28	98	27,1	45	145	24,5	
3 a <5 s.m	10	33 (3,5)	4	11	3	6	22	3,7	
Segurança do bairro									
Satisfatória	187	122 (13,0)	80	51	14,2	107	71	12,2	0,379
Insatisfatória	106	818 (87,0)	35	308	85,8	71	510	87,8	

Tabela 2 - Caracterização de hábitos de vida e saúde da amostra dos idosos avaliados segundo sexo. Rio Branco, Acre. 2016-2017

Variáveis	Total		Sexo						p-valor
	n	nExp	Masculino			Feminino			
			n	nExp	%	n	nExp	%	
298	953	116	361	100	182	592	100		
Hábito tabagista									
Não	94	278 (29,5)	33	91	25,8	61	187	31,7	0,037
Fumou e parou	148	480 (51,0)	58	180	51	90	300	50,9	
Sim	55	184 (19,5)	25	82	23,2	30	102	17,3	
Ingesta de bebida alcoólica									
Sem consumo/baixo risco	279	883 (92,8)	99	297	82,3	180	586	99,2	<0,001
Abuso de consumo	14	44 (4,6)	12	39	10,8	2	5	0,8	
Dependência alcoólica	8	25 (2,6)	8	25	6,9	0	0	0	
Prática de atividade física <sup>d</sup>									
Sim	64	205 (21,5)	29	90	24,9	35	115	19,5	0,049
Não	237	748 (78,5)	90	272	75,1	147	476	80,5	
Nível de atividade física <sup>e</sup>									
Fisicamente ativo	39	134 (17,4)	16	47	15,7	23	87	18,5	0,326
Insuficientemente ativo	192	636 (82,6)	79	252	84,3	113	384	81,5	
Risco Nutricional <sup>b,f</sup>									
Não	96	285 (38,2)	43	126	43,3	53	159	34,9	0,022
Sim	146	461 (61,8)	50	165	56,7	96	296	65,1	
IMC <sup>b,g</sup>									
Eutrófico	10	33 (4,4)	4	17	5,8	6	16	3,5	0,216
Baixo peso	10	33 (4,4)	2	9	3,1	8	24	5,3	
Sobrepeso	22	61 (8,2)	10	26	8,9	12	35	7,7	
Obeso	200	619 (83,0)	77	239	82,1	123	380	83,5	
Estado de saúde autorreferida <sup>b</sup>									

Muito bom	12	38 (4,1)	9	30	8,5	3	8	1,4	<0,001
Bom	97	292 (31,3)	41	118	33,5	56	174	30	
Regular	132	424 (45,4)	47	141	40,1	85	283	48,8	
Ruim	41	134 (14,4)	15	49	13,9	26	85	14,7	
Muito ruim	13	44 (4,7)	4	14	4	9	30	5,2	
Déficit Cognitivo <sup>b h</sup>									
Não	168	522 (57,2)	67	207	60,3	101	315	55,4	0,140
Sim	120	390 (42,8)	45	136	39,7	75	254	44,6	
Incapacidade funcional <sup>b j</sup>									
Não	215	666 (71,2)	94	288	79,6	121	378	65,9	<0,001
Sim	81	270 (28,8)	23	74	20,4	58	196	34,1	
História de queda no último ano <sup>b</sup>									
Não	167	530 (56,2)	73	226	63	94	304	52,1	0,001
Sim	128	413 (43,8)	85	133	37	85	280	47,9	
Polifarmácia <sup>b j</sup>									
Não	218	684 (71,9)	92	280	77,3	126	404	68,6	0,004
Sim	81	267 (28,1)	26	82	22,7	55	185	31,4	
Escala de depressão geriátrica <sup>b k</sup>									
Sem risco para depressão	68	229 (25,5)	34	110	31,9	34	119	21,5	<0,001
Com risco para depressão	218	670 (74,5)	79	235	68,1	139	435	78,5	
Síndrome de Fragilidade									
Não	195	342 (65,0)	81	249	69,0	114	369	62,6	0,006
Sim	103	333(35,1)	35	112	31,1	68	221	37,5	
Síndrome de Fragilidade									
Não apresenta Fragilidade	135	424 (44,6)	60	184	51	75	240	40,7	0,006
Aparentemente vulnerável	60	194 (20,4)	21	65	18	39	129	21,9	
Fragilidade leve	50	148 (15,6)	19	57	15,8	31	91	15,4	
Fragilidade moderada	32	107 (11,3)	9	27	7,5	23	80	13,6	
Fragilidade severa	21	78 (8,2)	7	28	7,8	14	50	8,5	
Morbidades autorreferidas <sup>b</sup>									
Não	10	34 (3,6)	7	26	7,2	3	8	1,4	<0,001
Sim	287	914 (96,4)	109	333	92,8	178	581	98,6	
N.º de morbidades autorreferidas <sup>b</sup>									
Nenhuma	10	34 (3,6)	7	26	7,2	3	8	1,4	<0,001
	<b>298</b>	<b>953</b>	<b>116</b>	<b>361</b>	<b>100</b>	<b>182</b>	<b>592</b>	<b>100</b>	
1 a 3	178	548 (57,8)	74	221	61,6	104	327	55,5	
≥ 4	109	366 (28,6)	35	112	31,2	74	254	43,1	
Hipertensão <sup>b</sup>									
Não	82	256 (27,1)	37	111	30,9	45	145	24,7	0,038
Sim	214	689 (72,9)	79	248	69,1	135	441	75,3	
Doença de coluna/costas <sup>b</sup>									
Não	118	380 (40,1)	49	149	41,6	69	231	39,2	0,465

Sim	179	567 (59,9)	67	209	58,4	112	358	60,8	
Reumatismo, artrite, artrose <sup>b</sup>									
Não	170	534 (56,3)	75	228	63,5	95	306	52	0,001
Sim	127	414 (43,7)	41	131	36,5	86	283	48	
Doença do coração/cardiovascular <sup>b</sup>									
Não	215	675 (71,3)	83	255	71,2	132	420	71,3	<0,001
Sim	82	272 (28,7)	33	103	28,8	49	169	28,7	
Osteoporose <sup>b</sup>									
Não	218	697 (73,5)	104	324	90,3	114	373	63,3	<0,001
Sim	79	251 (26,5)	12	35	9,7	67	216	36,7	
Depressão <sup>b</sup>									
Não	238	766 (81,2)	103	325	91	135	441	75,3	<0,001
Sim	57	177 (18,8)	12	32	9	45	145	24,7	
Diabetes <sup>b</sup>									
Não	228	713 (75,2)	94	291	81,1	134	422	71,6	0,001
Sim	69	235 (24,8)	22	68	18,9	47	167	28,4	
Câncer <sup>b</sup>									
Não	275	880 (92,8)	104	324	90,3	171	556	94,4	0,016
Sim	22	68 (7,2)	12	35	9,7	10	33	5,6	
Outras morbidades <sup>b</sup>									
Não	200	640 (67,5)	75	238	66,3	125	402	68,3	0,533
Sim	97	308 (32,5)	41	121	33,7	56	187	31,7	

Nexp = N expandido a partir dos pesos e o delineamento amostral; % = proporção a partir do N exp.; p-valor = teste Qui-quadrado de Pearson.

<sup>a</sup>Arranjo familiar com pessoa da mesma geração que o idoso e/ou com amigos/noras/genros, dentre outro. <sup>b</sup>As diferenças nos valores absolutos das frequências correspondem às perdas ou não se aplicam.

<sup>c</sup> Identificado por meio do *Alcohol Use Disorders Identification Test*.

<sup>d</sup> Ao menos 3x/semana.

<sup>e</sup> Segundo *International Physical Activity Questionnaire* <sup>f</sup> Utilizada a Mini-avaliação de risco nutricional.

<sup>g</sup> IMC= peso/(altura<sup>2</sup>), classificadas segundo a OMS.

<sup>h</sup> Mini-exame do estado mental.

<sup>i</sup> Atividades instrumentais de vida diária.

<sup>j</sup> ≥ 5 medicamentos.

<sup>k</sup> Escala de depressão geriátrica.

## Discussões

O número predominante de mulheres apresentado na pesquisa (61%), corrobora o fenômeno de feminização da velhice. A maioria da população idosa em todas as regiões do mundo são mulheres e a estimativa é de que as mulheres vivam de cinco a sete anos em média, a mais que os homens (Nicodemo, & Godoi, 2010).

Segundo, Goldania, *et al.* (1999), os homens vivem menos devido ao estilo de vida associado a fatores de risco como tabagismo e etilismo, além das diferenças de atitude entre homens e mulheres em relação ao controle e tratamento das doenças, enquanto que as mulheres dispõem, além disso, de fatores biológicos, como as vantagens propiciadas pelos efeitos dos hormônios, do ciclo menstrual e das diferenças de metabolismo associados às lipoproteínas, isso tudo agregado aos efeitos da genética.

Quanto à renda, os dados revelaram que a maioria (73%) dos idosos recebiam menos que um salário mínimo. Fator que limita o acesso a bens de serviços e de consumo, como alimentação e moradia adequadas, fato este que se agrava quando pesquisas atestam que grande parte dos idosos são provedores de suas famílias (Lebrão, & Laureti, 2005). O que está acordo com o evidenciado pelo arranjo familiar identificado na pesquisa e baixa renda familiar (71% moravam em domicílio multigeracional). No estudo apresentado por Victor, Ximenes, Almeida, & Vasconcelos (2009), o percentual de idosos residindo com filhos e com filhos e netos somam 88,49%, enquanto 11,7% moravam sozinhos. Pilger, Menon e Mathias (2011) verificaram que 88,9% dos idosos moram com alguém e apenas 11,1% moram sozinhos. Esse tipo de arranjo domiciliar sugere a garantia do sustento dos membros da família, já que a aposentadoria e outros benefícios do idoso, muitas vezes é a única renda da casa.

O arranjo domiciliar multigeracional, muitas vezes, pode se apresentar como fator gerador de conflitos familiares, visto que muitos idosos assumem os cuidados dos netos e essa rotina é extenuante para os mesmos, uma vez que já vivenciaram isso com os filhos (Victor, Ximenes, Almeida, & Vasconcelos (2009). Quanto à ocupação, observou-se que 66% dos idosos eram aposentados, seguidos por pensionistas (19%). Estudo acerca da situação de idosos no mercado de trabalho brasileiro revelou dados semelhantes, com 68,4% de aposentados. Lebrão e Laureti (2005) revelaram que a principal fonte de renda dos idosos brasileiros é constituída de aposentadorias e pensões.

A situação conjugal dos idosos pesquisados apresentaram 49% dos idosos casados e 27% viúvos. Resultados análogos aos apresentados por pesquisas de outros autores (Victor, Ximenes, Almeida, & Vasconcelos (2009). Sobre escolaridade, os dados revelaram que 43% dos idosos não passaram por processo de escolarização, 10% dos entrevistados afirmaram ter estudado uma média de 8 a 10 anos (ensino fundamental), e apenas 3% revelaram ter passado do ensino fundamental, estudando 11 anos ou mais. Estes resultados são semelhantes aos dados nacionais que são considerados ruins, entre a população de idosos.

O estudo constatou que 44% dos idosos referiram um estado de saúde regular, enquanto apenas 4% referiram um estado de saúde muito boa. Dos 44% com saúde regular, 29% são mulheres. Esse número de mulheres é facilmente explicável pelo fato de o gênero, geralmente apresentar maior percepção das doenças e maior tendência para o autocuidado (Parahyba, Veras, & Melzer, 2005). Diversos estudos têm demonstrado que a autopercepção negativa de saúde (regular/ruim/muito ruim) é um preditor de mortalidade, especialmente entre idosos (Molarius, 2002; Franks, Gold, & Fiscella, 2003; Vuorisalmi, Lintonen, & Jylha, 2005; Sadana, *et al.*, 2002; Sargent-Cox, Anstey, & Luszcz, 2010).

Outro fator preocupante foi o resultado apresentado na investigação sobre o IMC dos pesquisados. Observou-se um elevado índice de obesidade (67%). Esse índice exige atenção, pois as comorbidades costumam aumentar progressivamente com os valores do IMC, além do risco de morte. Devemos, porém, considerar as mudanças naturais que advêm do envelhecimento, como redução do teor de água, declínio da massa muscular esquelética, aumento da proporção da gordura corpórea, diminuição da estatura, cifose, dentre tantos outros que corroboram para o aumento do IMC (Thibault, Genton, & Pichard, 2012; Forbes, & Reina, 1970).

Chama-se a atenção para ao alto número de idosos com multimorbidades. Dentre as morbidades autorreferidas mais frequentes, identificadas na amostra, foram a hipertensão arterial, seguida por doenças da coluna, reumatismo, artrite, artrose, as cardiovasculares e a osteoporose. Houve referência, também, à depressão, diabetes e câncer, reafirmando resultados de pesquisas sobre morbidade em idosos. A predominância da hipertensão nos idosos do estudo foi de 72%; resultados semelhantes foram encontrados em outras pesquisas brasileiras com idosos comunitários (Victor, Ximenes, Almeida, & Vasconcelos (2009); Sturmer, Bettinelli, Amaral, Bortoluzzi, & Doring, 2017). De acordo com pesquisa realizada pela VIGITEL - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, em 2017, a predominância de hipertensão autorreferida elevou-se de 22,6% em 2006 para 24,3% em 2017. A hipertensão tende a aumentar com a idade. Em 2017, 60,9% dos casos de hipertensão no Brasil era de adultos com 65 anos e mais (Brasil, 2019).

A prevalência de hipertensão arterial detectada nesta pesquisa provavelmente está associada com as características gerais da amostra, já que a hipertensão se apresentou em maior índice nas mulheres e nos idosos com baixa condição socioeconômica, baixa escolaridade e obesidade, características presentes na maioria dos idosos do estudo.

Vale o destaque para os agravos à saúde do idoso identificados no estudo, da alta prevalência de risco de depressão e da síndrome de fragilidade. Ambos considerados fatores de agravamento de saúde, com maior risco para a perda de autonomia, independência e evolução para o óbito (Neri, & Batistoni, 2002; Dobrzyn-Matusiak, Marcisz, Bąk, Kulik, & Marcisz, 2014). Estima-se que, entre 1 a 9% dos idosos que moram em comunidade/domicílio apresentam depressão (Blazer, 2003). Os dados internacionais de prevalência da SF oscilam entre 10,7 a 26% (Fried, 2003; Collard, Boter, Schoevers, & Voshaar, 2012), resultados inferiores aos encontrados nacionalmente e, nesta amostra em Rio Branco (Regis, *et al.*, 2013; Lenardt, *et al.*, 2016).

Diante do perfil sociodemográfico, de vida e saúde acima descritas, conclui-se que estudos dessa natureza têm fundamental importância para a Enfermagem, pois traçar o perfil dos idosos proporciona um planejamento mais eficaz para a assistência e o cuidado dessa população.

Nesse sentido, Mathias, Jorge e Laureti (2004), revelam que conhecer as características dos pacientes, além de proporcionar a descoberta de hipóteses causais, colabora para o melhor desempenho de toda a equipe de saúde, como também contribui para a criação de programas e políticas de saúde efetivas e eficazes.

Na assistência e cuidado do idoso, o diagnóstico de indicadores e a apresentação dos problemas e necessidades dos mesmos, propicia a um enfermeiro o planejamento, coordenação e monitoramento do cuidado. Como afirmam Barbosa e Concone (2016, p. 123), '(...) a chamada "população idosa" é de fato heterogênea, e as políticas centralizadas que não levam em conta a diversidade – etária, local, regional, entre outras – correm o risco de não funcionar como se esperava”.

Os mesmos autores complementam em termos dos encaminhamentos a serem tomados: “Em resumo, as autoridades, especialmente municipais e estaduais, devem estar atentas para a necessidade de investigação e do aperfeiçoamento de profissionais para responder em sentido ampliado aos desafios do envelhecimento” (Barbosa, & Concone, 2016, p. 123).

## Conclusão

A população pesquisada compõe-se, em sua maioria, de mulheres, de idosas que vivem sem companheiro, quer seja por viuvez, divórcio ou separação, em arranjos familiares

multigeracionais, com uma renda inferior a um salário mínimo, proveniente de aposentadoria. Referiram um estado de saúde regular, multimorbidades, com maior frequência de hipertensão e doenças cardiovasculares e alta prevalência de idosos frágeis, além de haver predomínio de idosos obesos, segundo o IMC, fator relevante que deverá fomentar planejamento e estratégias de atenção e saúde que visem ao atendimento e à melhoria da qualidade de vida e saúde dos idosos atendidos, através de programas educacionais de conscientização sobre hábitos saudáveis, informações sobre nutrição e atividade física, com monitoramento e avaliação do estilo de vida.

A realização de estudos dessa natureza, que ressaltam as características sociodemográficas de vida e saúde dos idosos atendidos em UBS, é de suma importância, especialmente para os profissionais de Saúde (enfermeiros, médicos, agentes de saúde) e gestores locais, visto que viabilizam um planejamento eficaz com desenvolvimento de ações preventivas, através da promoção da saúde, respaldadas por um contexto real, validados por diagnósticos e indicadores de saúde, podendo, inclusive, ser replicados em outros locais.

Apesar de os resultados deste estudo, pela natureza do seu delineamento não possa ser extrapolado para toda a população idosa residente na Capital do Acre, traçar um perfil populacional dos idosos investigados nessas duas USs de regionais de saúde distintas, pode contribuir na produção de ações direcionadas que atendam eficazmente ao público-alvo; além disso, subsidiar demandas reais na localidade, além de considerar que o desenho de estudo contempla, de certa forma, o padrão de vida e de saúde dos idosos acompanhados da atenção primária à saúde da cidade de Rio Branco, Acre.

Diante do perfil sociodemográfico e da situação de saúde dos idosos identificados no presente estudo, constitui-se, assim, uma situação epidemiológica desafiadora, sugerindo a necessidade de maior investimento público em ações integradas e intersetoriais.

Ações integradas e intersetoriais que exigem, por sua vez: investimento na qualidade de vida para todos os ciclos de vida, a fim de viabilizar o envelhecimento autônomo e saudável; implantação efetiva do programa de Saúde da Pessoa Idosa na APS; capacitar técnicos e profissionais em saúde da APS para elaboração de planejamento do cuidado integral ao idoso; apresentar ações locais inclusivas, que valorizem a pessoa do idoso, promovendo a integração com seus familiares e cuidadores, prestando assistência adequada, conhecendo-se, assim, suas condições de vida; desenvolver programas e estratégias para desenvolver a capacidade funcional do idoso, através de ações que envolvam atividades físicas, disponibilizando equipamentos e profissionais especializados que acompanhem e orientem as atividades

corporais, desportivas, inclusive aquelas relacionadas ao lazer (caminhadas, passeios e outras atividades relacionadas às preferências e interesses de cada idoso).

## Referências

- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Short version of the Geriatric Depression Scale: A study of their validity for the diagnosis of major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 14*(10), 858-865. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: 10.1002/(sici)1099-1166(199910)14:10<858::aid-gps35>3.0.co;2-8.
- Barbosa, A. P., & Concone, M. H. V. B. (2016). Uma proposta de paradigma: capacidade funcional e qualidade de vida de idosos. Fonseca, S. C. (Org.). *O Envelhecimento Ativo e seus Fundamentos*, 113-125. São Paulo, SP: Portal Edições.
- Brasil. (2012). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466, 2012. *Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, DF (13 jun., 2013. Seção 1, p. 59). Recuperado em 30 julho, 2019, de: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Brasil. (2019). Ministério da Saúde. Saúde e A a Z: *Hipertensão*. Brasília, DF. Recuperado em 30 julho, 2019, de: [http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/sus\\_a%20\\_z.pdf](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/sus_a%20_z.pdf).
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT—The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care*. (2nd ed.). Genebra, Suíça: World Health Organization. Recuperado em 30 julho, 2019, de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6a.pdf;jsessionid=E19940F466D02FD51E26F4B6FCCEC8F1?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf;jsessionid=E19940F466D02FD51E26F4B6FCCEC8F1?sequence=1).
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuropsiquiatr, 52*(1), 1-7. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: <https://doi.org/10.2147/CIA.S69741>.
- Coelho, F. J. M., & Ramos, L. R. (1999). Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública, 33*(5), 445-453. Recuperado em 30 julho, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101999000500003>.
- Collard, R. M., Boter, H., Schoevers, R., & Voshaar, R. C. O. (2012). Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic Review. *J Am Geriatr Soc, 60*(8), 1487-1492. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: 10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x.
- Dobrzyn-Matusiak, D., Marcisz, C., Bąk, E., Kulik, H., & Marcisz, E. (2014). Physical and mental health aspects of elderly in social care in Poland. *Clin Interv Aging, 9*, 1793-1802. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: <https://doi.org/10.2147/CIA.S69741>.
- Fabricio-Wehbe, S. C. C., Cruz, I. R., Haas, V. J., Diniz, M. A., Dantas, R. A. S., & Rodrigues R. A. P. (2009). Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale, EFS, em uma amostra de idosos brasileiros. *Rev. Latino-Am. Enfermagem, 17*(6), 1043-1049. Recuperado em 30 julho, 2019, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000600018>.

- Franks, P., Gold, M. R., & Fiscella, K. (2003). Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Soc Sci Med*, 56(12), 2505-2514. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: 10.1016/s0277-9536(02)00281-2.
- Forbes, G. B., & Reina, J. C. (1970). Adult lean body mass declines with age: some longitudinal observations. *Metabol*, 19(9), 653-663. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: 10.1016/0026-0495(70)90062-4.
- Goldani, A. M. (1999). Mulheres e envelhecimento: desafios para novos contratos intergeracionais e de gênero. In: Camarano, A. A. (Org.). *Muito além dos 60 os novos idosos brasileiros*, 75-113. Rio de Janeiro, RJ: IPEA.
- Guigoz, Y., Vellas, B., & Garry, P. J. (1996). Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutricional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev*, 1(54), 59-65. Recuperado em 30 julho, 2019, de: DOI: 10.1111/j.1753-4887.1996.tb03793.x.
- IBGE. (2018). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/ IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento*. Recuperado em 20 outubro, 2019, de: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppr.def>.
- Lebrão, M. L., & Laurenti, R. (2005). Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol*, 8(2), 127-141. Recuperado em 20 outubro, 2019, de: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/05.pdf>.
- Lenardt, M. H., Carneiro, N. H. K., Binotto, M. A., Willig, M. H., Lourenço, T. M., & Jéssica Albino, J. (2016). Fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde. *Rev. Bras. Enferm*, 69(3), 478-483. Recuperado em 20 outubro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690309i>.
- Mastroeni, M. F., Eringer, G. F., Mastroeni, S. S. B. S., Silva, N. N., & Marucci, M. F. N. (2007). Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo domiciliar. *Rev. Bras. Epidemiol*, 10(2), 190-201. Recuperado em 20 outubro, 2019, de: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n2/06.pdf>.
- Mathias, T. A. F., Jorge, M. H. P. M., & Laurenti, R. (2004). Doenças cardiovasculares na população idosa: análise do comportamento da mortalidade em município da região Sul do Brasil no período de 1979 a 1998. *Arq. Bras. Cardiol*, 82(6), 533-541. Recuperado em 20 outubro, 2019, de: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v82n6/20704.pdf>.
- Matsudo, S., Araújo, T., Matsudo, V., Andrade, D., Andrade, E., Oliveira, L. C., & Braggion, G. (2001). Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde*, 6(2), 5-18. Recuperado em 20 outubro, 2019, de: DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.6n2p5-18>.
- Molarius, A., & Janson, S. (2002). Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *J Clin Epidemiol*, 55, 364-370. Recuperado em 20 outubro, 2019, de: DOI: 10.1016/s0895-4356(01)00491-7.
- Neri, A. L., & Batistoni, S. S. T. (2012). Fatores psicossociais da depressão. In: Bottino, C. M. C., Blay, S. L., & Laks, J. (Orgs.). *Diagnóstico e tratamento dos transtornos do humor*, 177-195. São Paulo, SP: Atheneu.
- Nicodemo, D., & Godoi, M. P. (2010). Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *Rev. Ciênc. Ext.*, 6(1), 40-53. Recuperado em 20 outubro, 2019, de: [https://ojs.unesp.br/index.php/revista\\_proex/article/view/324](https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/324).

Parahyba, M. I., Veras, R., & Melzer, D. (2005). Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 39(3), 383-391. Recuperado em 20 outubro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300008>.

Paskulin, L. M. G., & Vianna, L. A. C. (2007). Perfil sociodemográfico e condições de saúde autorreferidas de idosos de Porto Alegre. *Rev. Saúde Pública*, 41(5), 757-768. Recuperado em 20 outubro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000500010>.

Pilger, C., Menon, M. H., & Mathias, T. A. de. (2011). Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5), 1230-1238. Recuperado em 20 outubro, 2019, de: DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000500022>.

Regis, M. O. R., Alcântara, D., & Goldstein, G. C. de A. (2013). Prevalência da Síndrome da Fragilidade em idosos residentes em Instituição de Longa Permanência na cidade de São Paulo. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 16(3), 251-262. ISSNprint 1516-2567. ISSNNe 2176-901X. Recuperado em 30 julho, 2019, de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18802/13985>.

Rosa, T. E. C., Benício, M. H. D. A., Latorre, M. R. D. O., & Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*, 37(1), 40-48. Recuperado em 20 outubro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000100008>.

Sadana, R., Tandon, A., Murray, C. J. L., Serdobova, I., Cao, Y., Xie, W. J., Chatterji, S., & Ustün, B. L. (2002). *Describing population health in six domains: comparable results from 66 household surveys*. Genebra, Suíça: World Health Organization. (Global Programme on Evidence for Health Policy, Discussion Paper, 43).

Sargent-Cox, K. A., Anstey, K. J., & Luszcz, M. A. (2010). The choice of self-rated health measures matter when predicting mortality: evidence from 10 years follow-up of the Australian longitudinal study of ageing. *BMC Geriatr*, 10(18), 01-12. Recuperado em 20 outubro, 2019, de: DOI: 10.1186/1471-2318-10-18.

Secoli, S. R. (2010). Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev. Bras. Enferm*, 63(1), 136-140. Recuperado em 20 outubro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100023>.

Sturmer, J., Bettinelli, L. A., Amaral, P. P. do, Bortoluzzi, E. C., & Doring, M. (2017). Perfil sociodemográfico e clínico de idosos usuários das estratégias de saúde da família. *Rev Enferm UFPE*, 11(Supl. 8), 3236-3242. Recuperado em 20 outubro, 2019, de: DOI: 10.5205/reuol.11135-99435-1-ED.1108sup201707.

Thibault, R., Genton, L., & Pichard, C. (2012). Body composition: Why, when and for who? *Clinical Nutrition*, 31(Issue 4), 435-447. Recuperado em 20 outubro, 2019, de: DOI: 10.1016/j.clnu.2011.12.011.

Victor, J. F., Ximenes, L. B., Almeida, P. C., & Vasconcelos, F. F. (2009). Perfil Sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. *Rev. Acta Paul Enferm*, 22(1), 49-54. Recuperado em 20 outubro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000100008>.

Vuorisalmi, M., Lintonen, T., & Jylha, M. (2005). Global self-rated health data from a longitudinal study predicted mortality better than comparative self-rated health in old age. *J Clin Epidemiol*, 58(7), 680-687. Recuperado em 20 outubro, 2019, de: DOI: 10.1016/j.jclinepi.2004.11.025.

Recebido em 23/03/2020

Aceito em 30/03/2020

---

**Polyana Caroline de Lima Bezerra** – Doutora, Programa de Doutorado em Saúde Pública e Meio Ambiente (ENSP/Fiocruz). Atualmente é docente da Universidade Federal do Acre, UFAC, orientadora no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, PPSC/UFAC e Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Líder do grupo de pesquisa EPOPI, Estudos da População Idosa. Coordenadora da Comissão de Legislação e Normas, como conselheira do Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa do Acre, CEDI/AC. Rio Branco, Acre, Brasil.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0491-4515>

E-mail: [polyana.caroline71@gmail.com](mailto:polyana.caroline71@gmail.com)

**Every Mateus Amaral dos Santos** – Graduado em Enfermeiro, Universidade Federal do Acre. Rio Branco, Acre, Brasil.

E-mail: [everymateus@gmail.com](mailto:everymateus@gmail.com)

---

\* Artigo resultante do desdobramento de reflexões a partir do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação de Enfermagem do segundo autor, sob a orientação da primeira autora, defendido em 2019, na Universidade Federal do Acre, na capital Rio Branco.