



FATORES ASSOCIADOS A FUNCIONALIDADE DA PESSOA IDOSA PORTADORA DE CONDIÇÕES CRÔNICAS

Autor: Maria Cristina Umpiérrez Vieira(1); Co-autor: Maria Emília Marcondes Barbosa (1); Co-autor: Evani Marques Pereira(1); Co-autor Marcos Aparecido Sarria Cabrera(2).

¹Universidade Estadual do Centro Oeste do Paraná; ²Universidade Estadual de Londrina
crisump@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Identificar o impacto de fatores socioeconômicos na funcionalidade de idosos portadores de condições crônicas. **Método:** Estudo quantitativo com 346 participantes. Foi avaliada a funcionalidade para Atividades Básicas e instrumentais da Vida Diária utilizando o índice de Katz e a escala de Lawton. Os dados socioeconômicos e de saúde foram analisados descritivamente, sua associação com a funcionalidade foi verificada utilizando os testes de Qui-quadrado e Exato de Fisher. **Resultados:** A dependência para Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária esteve associada com as variáveis sexo, renda, arranjo domiciliar e faixa etária. Escolaridade e bairro de moradia se associaram apenas com Atividades Instrumentais. A variável pluripatologia não foi significativa ao ser correlacionada com dependência funcional. **Conclusões:** Os dados confirmam a necessidade de considerar os determinantes sociais da perda funcional ao programar ações de enfermagem, pois a medicalização desarticulada da promoção da saúde é insuficiente para gerenciar o processo de adoecer cronicamente.

Palavras-chave: Idoso, Doença crônica, Avaliação geriátrica, Atividades cotidianas, Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Identify the impact of socioeconomic factors in the functionality of elderly individuals with chronic conditions. **Method:** Quantitative research with 346 participants. Functionality for Basic Activities of Daily Living was evaluated using the Katz index and the functionality for Instrumental Activities of Daily Living applying the Lawton scale. Socioeconomic and health data were analyzed descriptively, their association with the functionality was verified using the Chi-square and Fisher's exact tests. **Results:** Dependence on Basic and Instrumental Activities of Daily Living was associated with variables of gender, income, living arrangement and age group. Education and housing neighborhood were associated only with Instrumental Activities. The variable multiple pathologies was not significant when correlated with functional dependence. **Conclusions:** These data confirm the need to consider the social determinants of the sicken process when scheduling nursing actions, because the disjointed medicalization of health promotion is insufficient to manage the process of getting sick chronically.

keywords: Elderly individuals, Chronic disease, Geriatric evaluation, Daily Activities, Nursing.

INTRODUÇÃO

A avaliação funcional como componente essencial na abordagem do idoso, no contexto da geriatria e gerontologia, consolidou-se como estratégia para descortinar problemas muitas vezes atribuídos ao processo natural de envelhecimento, e, portanto, subestimados. A capacidade funcional para atividades básicas de vida diária é definida como a habilidade física e mental que uma pessoa precisa para realizar tarefas necessárias para cuidar de si, sem necessitar de ajuda. A Capacidade funcional para atividades instrumentais de vida diária é conceituada como a habilidade do idoso para administrar o ambiente em que vive, interagindo socialmente, de forma a preservar sua autonomia e independência na realização das atividades cotidianas.¹

As Atividades da Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) são medidas utilizadas para avaliar a capacidade funcional do idoso. As AVDs constituem-se por quatro atividades e uma função: tomar banho, vestir-se, se alimentar, usar o toalete e continência urinária, respectivamente.² As AIVDs são constituídas por atividades inerentes à vida social.

A portaria MS/GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006⁴ assinala que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. Neste sentido, aponta que a meta primordial é promover o envelhecimento ativo, aderindo assim à proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁵ de articular ações para a promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo a cuidado primário e de longo prazo, a fim de contribuir com a preservação da independência à medida que as pessoas envelhecem.

Embora a legislação brasileira⁴, relativa à saúde da pessoa idosa, esteja em consonância com os princípios preconizados internacionalmente de desenvolver políticas que asseguram “a obtenção da melhor qualidade de vida possível, pelo maior tempo possível e para o maior número de pessoas possível”⁵ por meio de intervenções baseadas na comunidade, respeitando os contextos e as influências culturais e as questões éticas relacionadas à saúde e ao bem estar no envelhecimento⁵, a prática ainda não acompanha esses avanços.

O sistema de saúde não está preparado para atender às demandas decorrentes do aumento do número de pessoas idosas, pois o pilar que sustenta a atenção nesta faixa etária é a identificação de doenças, sem considerar a necessidade de preservar a independência e a autonomia, o que requer promover o funcionamento integrado e equilibrado da cognição, do humor, da mobilidade e da funcionalidade.⁶

A OMS aponta que 60% dos custos decorrentes de doenças no mundo são determinados por problemas crônicos. Estima-se que em 2020, nos países em desenvolvimento, esta taxa será de 80%.⁷ Com o objetivo de controlar esta situação, prevenir agravos e promover a qualidade de vida de pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), o Ministério da Saúde (MS) implementou o programa Hiperdia como estratégia de tratamento e acompanhamento.⁸

O HIPERDIA é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento visando a reorganização da atenção a pacientes com HAS e DM em todas as unidades de saúde. Objetiva o acompanhamento integral do paciente, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, a definição do perfil epidemiológico dos portadores de HAS e DM e o consequente desencadeamento de estratégias de saúde pública que contribuam com a qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social da doença crônica.⁹ É importante ressaltar que 80% das pessoas cadastradas no programa são idosos.¹

A primeira condição para poder implementar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa⁴ e do envelhecimento ativo⁵ é reconhecer que a maior longevidade deve ser acompanhada de constantes oportunidades de saúde, participação e segurança, conquistar esta meta requer identificar quais são as variáveis relacionadas à perda funcional a que estão expostos os idosos, é necessário que se construa uma base de dados nacionais que permita o monitoramento destes fatores. A proposta do MS é que sejam realizados grandes inquéritos de abrangência nacional, regional e local para avaliar os fatores de risco para dependência e o impacto provocado por Doenças Crônicas Não Transmissíveis.¹⁰

Essa proposta foi a desafio que gerou a necessidade de investigar os fatores associados à funcionalidade de idosos portadores de condições crônicas, no município de

Guarapuava, PR, visando contribuir com a identificação de variáveis relacionadas à perda da independência em pessoas com 60 ou mais anos. No contexto onde este estudo foi desenvolvido, as ações do programa Hiperdia estavam principalmente centradas na distribuição de medicamentos. Ações conjuntas da equipe interdisciplinar junto à família, focadas na preservação e promoção da funcionalidade eram inexistentes ou não eram priorizadas. É importante ressaltar que a medicalização, desarticulada de outras ações de saúde, é insuficiente para promover o envelhecimento ativo, o qual tem como meta fundamental a manutenção da autonomia e independência.⁵

A questão norteadora deste estudo foi: quais são os fatores associados significativamente ao comprometimento funcional em idosos portadores de condições crônicas? O objetivo foi identificar fatores associados à dependência para Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária (AIVD e AVD) na população idosa cadastrada no programa Hiperdia no município de Guarapuava - PR.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, transversal, exploratório e descritivo. A coleta de dados foi realizada no município de Guarapuava/Paraná, Brasil, no período de junho de 2011 a julho de 2012. A população do estudo foi constituída por todos os idosos cadastrados no programa HIPERDIA, que residiam nas áreas de abrangência de quatro unidades básicas de saúde.

Os critérios de inclusão foram: ter acima de 60 anos e ser cadastrados no programa HIPERDIA. Os critérios de exclusão foram apresentar condições clínicas que impedissem a realização do levantamento de dados, como por exemplo, alteração do nível de consciência e incapacidade de comunicação, a impossibilidade de encontrar o idoso em domicílio após realizar três visitas e mudança de bairro durante o estudo.

O projeto teve aprovação do comitê de ética e pesquisa da Universidade Estadual do Centro Oeste do Paraná (parecer 051/2011).¹¹ A coleta dos dados foi realizada no domicílio dos participantes. Utilizou-se um questionário semi-estruturado e pré-testado.

A variável dependente foi a capacidade funcional, para avaliá-la foram utilizados o índice de Katz² (AVDs) e a Escala de Lawton³ (AIVDs). Os participantes foram classificados como independentes quando realizavam todas as atividades sem ajuda e dependentes quando necessitavam de auxílio para desenvolver uma ou mais atividades.¹

Os dados coletados foram organizados em tabela Excel e analisados utilizando o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Os dados foram apresentados em valores absolutos e relativos (n e %). Para verificar as associações entre as variáveis clínicas, sociodemográficas, separadas por sexo, foram empregados os testes de Qui-quadrado (X^2) e Exato de Fisher, quando necessário. A significância estatística adotada foi de $p < 0,05$. As variáveis associadas com valor de *p* menor que 20% foram inseridas no modelo de regressão logística binária. A partir do valor de Odds Ratio (OR) gerado, as variáveis que mesmo ajustadas exibiram significância foram destacadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 367 idosos cadastrados no programa HIPERDIA, 4 foram a óbito durante o levantamento de dados, e 17 foram excluídos, pois não se adequavam aos critérios de inclusão, resultando em 346 idosos.

Entre os participantes do estudo 131 (37,8%) eram homens e 215 (62,2 %) eram mulheres. Os idosos foram classificados em três faixas etárias, na qual predominou a de 70 a 79 anos (36,4%). Os dados socioeconômicos identificados com predominância foram: idosos da cor branca (81,9%); renda de até um salário mínimo (64,5%); alfabetizados com 4 ou menos anos de estudo (73,7%); acompanhados na residência por familiar (54,3%). Com relação à variável saúde, predominaram idosos portadores de somente uma patologia (60,5%).

Ao analisar as características principais da população desta investigação, houve predominância de mulheres, o que reflete a realidade nacional.¹² Este predomínio pode estar relacionado à maior sobrevivência do sexo feminino, mesmo quando suporta uma carga de condições crônicas maior, quando comparada ao sexo masculino.¹³

A distribuição entre as faixas etárias não reflete os dados do IBGE¹², pois na população em geral há maior concentração de idosos com idade entre 60 e 69 anos, nesta pesquisa o maior número tinha entre 70 e 79 anos. Esta diferença pode estar relacionada ao fato de que a população do estudo foi constituída por idosos portadores de condições crônicas, as quais apresentam maior prevalência à medida que avança a idade.¹²

A renda dos idosos era proveniente da aposentadoria, predominantemente de até um salário mínimo. Considera-se que esta característica econômica pode estar associada a condições de vida árdua, a uma maior exposição a fatores de risco, a menor acesso à saúde e maior vulnerabilidade social, fatores que favorecem o comprometimento funcional.¹⁴ A baixa escolaridade da população do estudo reflete a realidade de décadas passadas, quando a educação formal não era valorizada e é um importante preditor de perda da autonomia e dependência funcional.¹⁵⁻¹⁶

Com relação ao arranjo domiciliar dos idosos, verificou-se que a maioria coabitava com o cônjuge, filhos(as), genros e noras. Estes dados corroboram que os arranjos multigeracionais são mais que uma característica sociocultural, são uma forma de sobrevivência dos idosos, pois o fato de morar sozinhos esteve associado à maior dependência para AVDs e AIVDs.¹⁷ Esta situação merece atenção especial da enfermagem, já que idosos com maiores demandas de cuidados, não contavam com apoio familiar.

A prevalência de HAS neste estudo corresponde a dados de estudos nacionais,¹⁸⁻¹⁹ que demonstram sua associação com altas taxas de morbidade e mortalidade. Esta patologia, quando não controlada, acarreta graves complicações cardíacas e cerebrovasculares que contribuem com maior dependência funcional. Assim sendo, é necessário que a enfermagem atue na prevenção dos fatores de risco para HAS e promova a realização de atividade física, alimentação saudável e adesão ao tratamento.

20-21

Ao analisar quais são os fatores preditores de perda funcional, se constatou que houve associação significativa das variáveis sexo feminino, renda até um salário mínimo, morar sozinho e faixa etária avançada com dependência para AIVDs e AVDs. As variáveis escolaridade e local de moradia (bairro) se associaram somente com dependência funcional para AIVDs, conforme Tabela 01, onde as variáveis significativas estão em negrito. Para definir a significância estatística destes dados foram utilizados os testes X² e Exato de Fischer:

TABELA 01 Funcionalidade para AVDs e AIVDs conforme variáveis sócio demográficas e doença crônica. Guarapuava – PR. 2011/2012.

	AVD				P	AIVD				P
	Independente		Dependente			Independente		Dependente		
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Sexo					0,049					0,020
Feminino	150	43,4%	65	18,8%		73	21,1%	142	41,0%	
Masculino	104	30,1%	27	7,7%		61	17,6%	70	20,3%	
Raça					0,606					0,153
Branco	205	59,2%	75	21,7%		104	30,1%	176	50,9%	
Negro	10	2,9%	06	1,7%		07	2,0%	09	2,6%	
Pardo	36	10,4%	11	3,2%		20	5,8%	27	7,8%	
Outros	03	0,9%	00	0,0%		03	0,8%	00	0,0%	
Renda					0,037					0,041
Até 1 salário	155	44,8%	68	19,7%		77	22,3%	146	42,2%	
Mais que 1 salário	99	28,6%	24	6,9%		57	16,5%	66	19,0%	
Escolaridade					0,719					0,000
Analfabeto	65	18,8%	26	7,5%		19	5,5%	72	20,8%	
Alfabetizado	189	54,6%	66	19,1%		115	33,2%	140	40,5%	
Arranjo Domiciliar					0,038					0,018
Acompanhado	147	42,5%	41	11,8%		84	24,3%	104	30,1%	

Sozinho	107	30,9%	51	14,8%	50	14,4%	108	31,2%	
Faixa etária					0,000				0,000
60-69	96	27,7%	14	4,0%	61	17,6%	49	14,2%	
70-79	91	26,3%	35	10,1%	43	12,4%	83	24,0%	
80 ou mais	67	19,4%	43	12,5%	30	8,7%	80	23,1%	
Local					0,153				0,003
Bairro 01	32	9,2%	13	3,8%	16	4,6%	29	8,4%	
Bairro 02	76	22,0%	21	6,1%	33	9,5%	64	18,5%	
Bairro 03	80	23,1%	40	11,6%	38	11,0%	82	23,7%	
Bairro 04	66	19,1%	18	5,1%	47	13,6%	37	10,7%	
Patologias					0,466				0,900
Até 1 Patologia	150	43,4%	59	17,1%	82	23,7%	127	36,7%	
Pluripatologia	104	30,1%	33	9,4%	52	15,0%	85	24,6%	

Fonte: Dados dos Autores

Ao analisar os determinantes associados com perda funcional em idosos portadores de hipertensão e/ou diabetes nota-se que estes são de natureza social e se relacionaram com dificuldade de acesso aos serviços de saúde, escassez de informação e com comprometimento da manutenção das condições funcionais e físicas ao envelhecer.²²

As mulheres apresentaram maiores taxas de dependência tanto para AVDs como para AIVDs, Isto significa que elas vivem mais, porém não vivem melhor.

A maior taxa de dependência para funcionalidade básica e instrumental concentrou-se na faixa de renda de até um salário mínimo. Ser idoso e de baixa renda significou perda de capacidades básicas para o autocuidado e o convívio social. A baixa renda influencia a saúde pela falta de recursos para cuidar de si.²³

Os dados comprovam que a falta de suporte da família associa-se ao incremento das dificuldades para manter o domínio e o controle das AVDs e AIVDs, pois o fato de morar sozinhos esteve associado a maior dependência. A família pode ser fonte de apoio para o autocuidado e promover a integração no contexto cultural.²⁴

Em todas as atividades pesquisadas, a dependência apresentou uma tendência de aumento ao avançar a idade, existindo uma maior demanda de serviços de saúde associada a esta condição.¹⁶

O analfabetismo também esteve relacionado com maior dependência para AIVDs, a associação negativa desta variável com funcionalidade foi amplamente demonstrada em diferentes estudos.^{13-17, 22, 24} Esta variável tem implicações importantes para a saúde pública, visto que o reconhecimento e o tratamento da incapacidade funcional podem ser protelados, ao considerar que as dificuldades de interação social e de administrar a vida cotidiana, são naturais em pessoas analfabetas que envelhecem.

A Tabela 02 apresenta as variáveis associadas à dependência funcional (AVDs e AIVDs) após ajuste para as variáveis predictoras associadas ($p < 0,20$) na análise preliminar. É destaque o efeito da idade (>80 anos) e do analfabetismo no aparecimento da dependência funcional. Pode-se observar que não houve efeito significativo da associação de mais de uma condição crônica (pluripatologia) na possibilidade de dependência funcional para AVDs e AIVDs. Nesta tabela as variáveis que não apresentaram significância ao ser ajustadas não foram inseridas no modelo Logístico, as mesmas estão identificadas com**.

Tabela 02 - Variáveis inseridas em modelo de regressão logística binária (OR).
 Guarapuava-PR. 2011/2012.

	AVD				AIVD			
	OR	IC 95,0%		P	OR	IC 95,0%		p
60-69 anos	1,00				1,00			
70-79 anos	2,59	1,30	5,14	0,007	2,84	1,53	5,29	0,001
80 ou mais	4,15	2,10	8,24	0,000	4,53	2,15	9,58	0,000
Alfabetizado	**	**	**	**	1,00			
Analfabeto	**	**	**	**	2,61	1,44	4,77	0,002
Até 1 Condição Crônica	1,00				1,00			
Pluripatologia	1,03	0,64	1,67	0,884	0,779	0,46	1,30	0,344

Fonte: Dados dos autores

O teste OR revelou que a pluripatologia não interferiu diretamente na funcionalidade da pessoa idosa portadora de hipertensão e/ou diabetes.

Ao inserir os dados no modelo logístico (OR), houve relação direta entre dependência funcional e faixas etárias avançadas: enquanto os idosos de 60 a 69 anos apresentavam uma chance de apresentar dependência para AVDs e AIVDs, a razão de chances entre os que tinham mais de 80 anos foi de 4,15 e 4,53, respectivamente. Ao

analisar os fatores associados à perda de autonomia, constatou-se que idosos maiores de 85 anos apresentavam pior capacidade funcional, dado que vem ao encontro de achados em outros estudos.^{13,15-17, 22}

Com relação à escolaridade, enquanto os alfabetizados apresentavam uma chance de dependência para AIVDs, os analfabetos tinham 2,61 chances de serem dependentes. A escolarização permite que o idoso desenvolva habilidades que facilitam a solução de problemas e contribui para evitar ou protelar problemas de saúde.

Reconhecer a importância dos determinantes sociais do processo de adoecer cronicamente é fundamental para fortalecer modelos inovadores de atenção e de educação em saúde, pois o modelo tradicional informativo e prescritivo costuma ignorar este aspecto. É necessário considerar a realidade social e as necessidades enfrentadas pela população idosa na tomada de decisão em saúde, já que promover a autonomia funcional do idoso requer estratégias que favoreçam escolhas responsáveis em seu modo de viver. Isto tem implicações práticas no cotidiano do serviço de saúde, que deve resgatar a dimensão social do usuário e estabelecer novos modos de relação entre profissionais e idosos.

CONCLUSÕES

Os fatores associados à perda da capacidade funcional da população idosa residente em quatro bairros de Guarapuava/PR foram socioeconômicos. Os resultados do estudo mostraram que idosos analfabetos e os que não tinham acessibilidade a bens básicos e segurança no ambiente comunitário, apresentaram maior dependência para AIVDs. Este tema exige novas pesquisas para examinar a associação entre funcionalidade e aspectos do contexto ambiental urbano, a fim de oferecer subsídios que permitam formular políticas públicas que garantam a qualidade de vida nas cidades. Esta realidade desafia a enfermagem a estreitar o vínculo com a comunidade para conhecer as especificidades locais e desenvolver ações de cuidado, considerando as mudanças decorrentes do processo de envelhecer e adoecer cronicamente como também as

limitações impostas pelo ambiente. Promover mudanças que contribuam com a saúde do idoso nesse contexto, requer a participação ampla da sociedade e das instituições governamentais

Ser mulher, morar sozinho, ter mais de 70 anos e baixa renda foram características associadas a perda funcional tanto para AVDs como AIVDs . Esta realidade remete à necessidade de ações de cuidado interdisciplinar que busquem estruturar redes de apoio ao idoso, articulando recursos da família, da comunidade e do sistema de saúde. Esta situação merece atenção especial da enfermagem, pois idosos com maiores demandas de cuidados, não tinham recursos financeiros suficientes para atender suas necessidades e não contavam com apoio familiar.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa – Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)
2. Katz S, Amasa BF *et al.* Studies of Illnes in the Aged: The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963;185(12):914-919.
3. Lawton MP, Brody EM. “Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living.” Gerontologist 9:179-186, (1969).
4. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria MS/GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2005.
6. Moraes EM. Atenção a saúde do Idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de políticas de saúde. Plano de reorganização da atenção á hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

8. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Vigilância em Saúde, Série pacto pela saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008.
9. Ministério da saúde (BR). Programa Hipertensão. Portal da saúde, Brasília (DF), 2010.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Vigilância em Saúde. Situação e desafios atuais. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. Ministério da Saúde, Brasília (DF); 2005.
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Ministério da Saúde. Brasília (DF), 2011.
12. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade. Brasil. 2010.
13. Alves LC, Leite LC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. Rev. Saúde Pública. 44(3): 468-478. 2010.
14. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. Rev. Saúde Pública. 42(4): 733-740.2008.
15. Pereira EEB, Souza ABF, Carneiro SR, Sarges ESNF. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. Rev. bras. Geriatr. Gerontol. 17(1): 165-176. Marc 2014.
16. Fialho CB, Lima CMF, Giacomini KC, Loyola FAI. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública. 30(3): 599-610. Mar 2014.
17. Gratão ACM, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. Rev. esc. enferm. USP. 47(1): 137-144; Fev 2013.
18. Brandão AA., Magalhães MEC, Ávila A, Tavares A, Machado CA, Campana EMG et al . Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. J. Bras. Nefrol.2010.
19. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA et al . Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto - SP. Arq. Bras. Cardiol. Jul 2008.
20. Liberman A. Aspectos epidemiológicos e o impacto clínico da hipertensão no indivíduo idoso. Rev Bras Hipertens vol.14(1): 17-20. 2007.
21. Melina MT, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial: Uma Nova Óptica Para um Velho Problema. Texto Cont. Enferm. Abr-Jun; 16(2): 233-8. Florianópolis. 2007.

22. Pinto JM, Neri AL. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibrá. Ciênc. saúde coletiva .18(12): 3449-3460. Dez 2013.

23. Buss PM, Pellegrini FA. A saúde e seus determinantes sociais. Physis 17(1): 77-93. Abr 2007.

24. Drummond A, Alves ED. Perfil socioeconômico e demográfico e a capacidade funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Paranoá, Distrito Federal. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2013 dez;16(4):727-38.

