

Envelhecimento, Mobilidade Urbana e Saúde: Um Estudo da População Idosa na Clínica da Terceira Idade em um Município no Agreste de Pernambuco

Aging, Urban Mobility and Health: A Study of the Elderly Population in the Elderly Clinic in a Municipality in the Agreste of Pernambuco

Envejecimiento, Movilidad Urbana y Salud: Un Estudio de la Población Anciana en la Clínica de la Tercera Edad en un Municipio en el Agreste de Pernambuco

Elane Francisca da Silva | elanefrancisca7@gmail.com

Centro Universitário Tabosa de Almeida (Asces- Unita), Caruaru, Brasil.

Michelle Krisllen Pereira da Silva | michelle_krisllen2@hotmail.com

Centro Universitário Tabosa de Almeida (Asces- Unita), Caruaru, Brasil.

Fernanda Maria de Melo Antunes | fernandambm@yahoo.com.br

Centro Universitário Tabosa de Almeida (Asces- Unita), Caruaru, Brasil.

Resumo

O envelhecimento é um fenômeno complexo que está exigindo, cada vez mais, estudos multidisciplinares para seu melhor entendimento e compreensão. Parte do pressuposto de que envelhece significa favorecer oportunidades para que os indivíduos possam optar por estilos de vida saudáveis. O estudo objetivou descrever a capacidade funcional da população idosa, da Clínica da Terceira Idade do Município no Agreste de Pernambuco. Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, com uma amostra representativa de 50 idosos, como critério de inclusão: a faixa etária a partir de 60 anos definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Várias ações individuais dos idosos foram observadas, como: Sair de casa utilizando um transporte 88% (n=44), sair de casa para curtas distâncias 92% (n=46), preparam sua própria refeição 86% (n=43). Referindo-se à capacidade funcional do grupo estudado, os relatos dos sujeitos envolvidos revelaram o perfil desses idosos, o vínculo familiar e a procura pelos serviços de saúde.

Palavras- Chaves: Envelhecimento, Qualidade de vida, Serviços de Saúde;

Abstract

Aging is a complex phenomenon that is increasingly requiring multidisciplinary studies for its better understanding and understanding. Part of the assumption that one ages means favoring opportunities for individuals to opt for healthy lifestyles. The objective of this study was to describe the functional capacity of the elderly population of the Municipality of the

Third Age in Agreste of Pernambuco. This is a descriptive, cross-sectional study with a representative sample of 50 elderly people, as inclusion criterion: the age group from 60 years of age defined by the World Health Organization (WHO). Several individual actions of the elderly were observed, such as: Leaving home using a transport 88% (n = 44), leaving the home for short distances 92% (n = 46), preparing their own meal 86% (n = 43). Referring to the functional capacity of the group studied, the reports of the subjects involved revealed the profile of these elderly, the family bond and the demand for health services.

Keywords: Aging, Quality of life, Health Services;

Resumen

El envejecimiento es un fenómeno complejo que está exigiendo, cada vez más, estudios multidisciplinarios para su mejor entendimiento y comprensión. Parte del supuesto de que envejece significa favorecer oportunidades para que los individuos puedan optar por estilos de vida saludables. El estudio objetivó describir la capacidad funcional de la población anciana, de la Clínica de la Tercera Edad del Municipio en el Agreste de Pernambuco. Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra representativa de 50 ancianos, como criterio de inclusión: el grupo de edad a partir de 60 años definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se observaron varias acciones individuales de los ancianos, como: Salir de casa utilizando un transporte 88% (n = 44), salir de casa para cortas distancias 92% (n = 46), preparan su propia comida 86% (n = 43). En cuanto a la capacidad funcional del grupo estudiado, los relatos de los sujetos involucrados revelaron el perfil de estos ancianos, el vínculo familiar y la demanda por los servicios de salud.

Palabras clave: Envejecimiento, Calidad de vida, Servicios de Salud;

Introdução

O processo de envelhecimento da população se deu a partir das primeiras décadas do século XX quando foi evidenciando um aumento na longevidade da humanidade, num primeiro momento esse processo teve início nos países desenvolvidos e, em seguida, nos países subdesenvolvidos em detrimento do desenvolvimento¹.

O envelhecimento é um fenômeno complexo que está exigindo, cada vez mais, estudos multidisciplinares para seu melhor entendimento e compreensão. Parte do pressuposto de que envelhece significa favorecer oportunidades para que os indivíduos

possam optar por estilos de vida saudáveis e, ainda, fazer controle do próprio status de saúde e melhorar sua qualidade de vida.

De acordo também com a OMS², qualidade de vida é a “percepção do indivíduo de sua posição na vida em relação ao contexto e sistemas de valores nos quais se insere bem como seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 como a Era do Envelhecimento. Enquanto nas nações desenvolvidas, no período de 1970 a 2000, o envelhecimento populacional observado foi de 54%, nos países em desenvolvimento atingiu 123%³.

No Brasil, assim como em diversos países em desenvolvimento, o aumento da população idosa vem ocorrendo de forma muito rápida e progressiva, sem a correspondente modificação nas condições de vida⁴. Tal aumento colocará o Brasil, em 2025, como a sexta população de idosos do mundo, em números absolutos⁵.

Os idosos brasileiros vivem constantemente em situações de desvalorização social, medo, depressão, falta de assistência a diversas atividades como lazer, sofrem obstáculos para acessar os planos de saúde e, principalmente, convivem com o preconceito. O preconceito, a falta de informação juntamente à falta de investimentos em políticas públicas para a terceira idade, faz com que as prioridades específicas aos idosos sejam inadequadas e insuficientes para sua sobrevivência⁶.

As mudanças no padrão do perfil demográfico e conseqüentes alterações no perfil epidemiológico da população brasileira, com o predomínio de agravos de saúde específicos, tais como as doenças crônicas não transmissíveis e incapacidades⁷, resultaram na maior demanda pelos serviços de saúde e no aumento no uso de medicamentos para o combate dessas doenças⁸.

O envelhecimento populacional é um fenômeno que ocorre de forma mundialmente e que adquire características muito peculiares no Brasil, dada a velocidade com que vem se instalando, com isso os objetivos trabalhados, poderá contribuir em revelar características relacionadas à atividade de vida diária, acerca de uma parcela particular de idosos inseridos na Clínica da Terceira Idade no município de Caruaru - PE. A fim de que possamos ir construindo o desenho do idoso caruaruense; e subsidiar o

planejamento das ações de saúde referente ao idoso, visando atendimento e intervenção eficazes, como também no controle social e formulação de políticas públicas.

Com esse novo paralelo conceitual da qualidade de vida do idoso os determinantes sociais de saúde influenciaram ao longo dos anos de forma diretamente na qualidade de vida do idoso sendo afetada diretamente pelas condições de vida, ausência de vínculos sociais, acesso escasso aos espaços de lazer, sedentarismo, falta de hábitos alimentares saudáveis entre outros.

Diante disso, se faz necessário a realização de estudos que possibilitem a promoção de políticas sanitárias que contemplem os determinantes sociais de saúde, abordando mudanças no estilo de vida desse público vulnerável, amenizando a pobreza e exclusão social, fatores que contribuem para desigualdade de oportunidades. O estudo objetivou descrever a capacidade funcional da população idosa, da Clínica da Terceira Idade do Município de Caruaru.

Metodologia

Tratou-se de um estudo descritivo de corte transversal; realizado em Clínica de Terceira Idade do município de Caruaru – PE. O mesmo oferece atendimentos assistenciais, referente aos serviços de geriatria, cardiologia, odontologia e fisioterapia. Foram incluídos idosos do sexo feminino e masculino, residentes e não residentes no município, com idade igual ou superior a 60 anos.

A coleta de dados utilizou as sessões I, II e III do instrumento utilizado multidimensional para estudos comunitários na população idosa, já validado no Brasil, o *Brasil Old Age Schedule – BOAS*⁹. As sessões abordaram: I características gerais dos entrevistados (perfil sócio-epidemiológico); III utilização de serviços médicos e dentários; IV atividades de vida diária; VII saúde mental.

O calculo amostral definiu uma amostra representativa de 50 idosos, num Intervalo de Confiança (IC) de 95% e margem de erro de 0,04, de ambos os sexos atendidos na clínica da 3ª Idade do município de Caruaru. Foram considerados como critério de inclusão: a faixa etária a partir de 60 anos como critério definido pela Organização

Mundial de Saúde (OMS), órgão das Nações Unidas (ONU) e estatuto do idoso, que considera como idoso os indivíduos acima dessa faixa etária.

A abordagem foi realizada entre os meses de junho e dezembro de 2016 após consentimento, e devida aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE: 70057617.9.0000.5203, número do parecer: 2.196.992), assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussões

Um total de 50 idosos foi incluído no presente estudo, sendo relatadas suas características gerais. A faixa-etária predominante foi de 60 a 70 anos, onde a maioria residia no município de Caruaru (Tabela 1), quanto ao sexo as representações foram de 30% (n=15) do gênero masculino e 70% (n=35), do gênero feminino. As diferenças entre homens e mulheres, mostram que há uma feminilização do quadro, e que os aspectos relacionados ao envelhecimento mostraram diferenças entre a população estudada confirmando com o estudo de Salgado¹⁰ que fala que “a velhice se feminilizou, converteu-se em um assunto de mulheres” confirmando assim diferenças no envelhecimento entre gêneros existindo 11,3 mulheres acima de 60 anos, e o homens 9,8¹¹.

O aumento da população idosa no Brasil se dá de forma rápida e progressiva, e mesmo que a velhice não seja universalmente feminina, possui um forte componente de gênero¹². A maior sobrevida feminina pode ser explicada, pois segundo Salgado¹⁰ “as mulheres vivem, em média, sete anos mais do que os homens e estão vivendo mais do que nunca”, e faz com que essa taxa cresça cada vez mais. Isso se deve a comportamentos específicos do homem e da mulher; como o fato das mulheres frequentarem mais as unidades de saúde, homens estão mais expostos a acidentes de trabalho e de trânsito e as somativas taxas de prevalência ao alcoolismo, drogas e tabagismo – vícios que afetam também mulheres, mas em menor proporção¹³. Outro fator relevante é a vulnerabilidade que tornam o idoso menos capaz de manter a homeostase quando submetido a alguma fator de estresse, tornando-o mais susceptível ao adoecimento, morte e crescente vulnerabilidade. Os idosos, principalmente as mulheres, apresentam altas taxas de dependência e declínio da capacidade funcional, o que as leva

a maior fragilidade, perda da autonomia e acaba impedindo-as de realizarem suas atividades cotidianas¹⁴. Um estudo feito pela OMS² revela que embora as mulheres tenham uma esperança de vida maior que a dos homens, a proporção de anos vividos com doença também é maior¹³.

Tabela 1: Características gerais das pessoas idosas entrevistadas que frequentam a Clínica de terceira idade no município de Caruaru-2016.

Sexo	N	%
Feminino	35	70
Masculino	15	30
Faixa-etária	N	%
60 –70	39	78
70 – 80	7	14
80 – 90	4	8
Cidade de Nascimento	N	%
Agrestina	6	12
Bahia	1	2
Bezerros	1	2
Botafogo	1	2
Caruaru	28	56
Gravata	2	4
Maraial	1	2
Paraíba	1	2
São Caetano	7	14
Vitoria de Santo Antônio	2	4
Escolaridade	N	%
Fundamental Completo	27	54
Fundamental Incompleto	5	10
Médio	2	4
Curso superior	1	2
Nenhum	14	28
N.S	1	2
Estado Conjugal	N	%
Casado(a)	23	46
Divorciado (a)	6	12
Viúvo (a)	20	40
Nunca casou	1	2

Sobre o grau de escolaridade, foi identificada que 54% (N=27) dos entrevistados possuem ensino fundamental completo. Por outro lado, foi observado que 28% (N=14) não possuem nenhum grau de escolaridade. Para este alto quadro de analfabetismo Berzins¹⁵ relatou que, apesar do avanço do crescimento no percentual de idosos alfabetizados no país, em 2000, ainda existiam 5,1 milhões de idosos analfabetos e 64,8% declararam que sabiam ler e escrever pelo menos um bilhete simples.

Tabela 2: Características do ambiente familiar e satisfação das pessoas idosas.

Filhos	N	%
Um	5	10
Dois	12	24
Três	12	24
Quatro	7	14
Cinco	5	10
Seis	2	4
Sete	3	6
Dez	1	2
Onze	1	2
Não tem	2	4
Pessoas na casa	N	%
Um	18	36
Dois	9	18
Três	15	30
Quatro	6	12
Seis	1	2
Oito	1	2
Sentimento em relação a vida	N	%
Satisfeito	39	78
Insatisfeito	11	22

Diante do quadro de constituição do ambiente familiar os idosos, em sua maioria tiveram predominantemente de 2 a 3 filhos; e dentro desse arranjo familiar o idoso divide o domicílio com seus filhos e netos, esse tipo de arranjo é chamado de multigeracional (vínculo familiar), acomodando 50% de idosos¹⁶.

Segundo Rocha et. Al¹⁷; revela que o bem-estar psicológico dos idosos está estreitamente associado à sua satisfação em relação ao seu ambiente residencial. O idoso, ao manter-se em sua casa, vivencia um sentimento de autoestima na medida em que esse fato demonstra aos outros que ele ainda mantém sua autonomia e independência.

Diante da próxima etapa a ser relacionada com as condições médicas e odontológicas que envolvem os idosos entrevistados, salientamos que os serviços de saúde em toda a sua complexidade; desde a atenção básica até a média e alta dos serviços de saúde, deve estar envolvida no aporte das políticas de saúde que são instituídas para esta determinada faixa de idade.

Abordamos primeiramente a parte cínica e logo após a odontológica dos serviços de assistência à saúde; que estão presentes no cotidiano das famílias que vivenciam o cuidado ao idoso com doença crônica de várias maneiras, como, por exemplo, por meio do fornecimento de medicamentos de uso contínuo no tratamento da doença e também pelo trabalho da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual realiza consultas domiciliares, organiza reuniões com a população, faz orientações coletivas e individuais, entre outras ações¹⁸. Quando estas ações não são desenvolvidas integralmente com visitas da equipe de saúde, estes idosos ficam vulneráveis a procurar as instituições públicas para esses cuidados, onde 94% deles relatam que vão à procura dos serviços, como mostra a tabela 3.

Tabela 3: Serviços médicos procurados e principais dificuldades enfrentadas.

Onde procura atendimento médico	N	%
Serviço médico de uma instituição pública	47	94
Ninguém ou não procura o medico há um tempo	2	4
Liga para o filho	1	2
Não procura atendimento por que	N	%
Teve dificuldade para ir ao serviço	14	28
Não precisou	36	72
Satisfeito com os serviços de saúde	N	%
Sim	48	96
Não	2	4
Toma remédio	N	%
Sim	45	90
Não	5	10
Problemas de custo quanto aos serviços médicos (privados)	N	%
Sim	37	74
Não	13	26
Problemas quanto ao tempo de espera para ser atendido(a) no consultório	N	%
Sim	23	46
Não	27	54

Problemas quanto a demora das marcações de consultas e exames	N	%
Sim	18	36
Não	32	64

No estudo de Carreira e Rodrigues¹⁸, observa-se a relação das mesmas problematizações enfrentadas pelos idosos e os familiares; apontando várias dificuldades para a utilização do serviço público de saúde, entre eles estão; os problemas da não continuidade dos programas realizados pelas unidades básicas de saúde (integração continuada das redes de saúde), situação que ocorre principalmente com a mudança de governo, na qual algumas políticas públicas de saúde são modificadas, 36% (n=18) afirmam a demora nas marcações de exames e consultas, e 46% (n=23) relataram que o tempo de espera também foi um dos fatores apontando.

Haja vista que esse idoso por estar em período de sofrimentos atribuídos aos desconfortos da doença que é controlada com uso de medicamentos contínuo com passar dos anos as doenças crônicas tende a apresentar seus sintomas, que conforme observou neste estudo 30% (n=15) faziam uso de Losartana, 22% (n=11) faziam uso de Captopril, que são medicamentos utilizados para controle da Hipertensão Arterial e 14% (n=7) relatam fazer uso da Insulina, este último, utilizado para controle causado pela deficiência dos níveis de glicose. Como as doenças cardiovasculares constituem frequentemente o quadro de causas de morbidade e mortalidade na população idosa e como os distúrbios mentais são mais constantes, os fármacos cardiovasculares (55%) e psiquiátricos (11%) são os mais comuns e prescritos para esta população¹⁹.

Nesse contexto da pesquisa, a família foi apontada em ter grande participação do cuidado a este idoso. Quando questionados sobre se caso ficasse doente ou incapacitado quem poderia cuidar; 72% (n=44) atribuíram-se a filha, 28% (n=14) ao filho e 18% (n=9) aos (as) esposos (as). A Atenção Básica tradicional caracteriza-se pelo distanciamento da realidade dos usuários e famílias e a assistência é focada na demanda espontânea, sem investimento na prevenção, o que resulta no diagnóstico tardio das doenças²⁰. Com a implantação da ESF, o foco da atenção profissional à saúde tem sido direcionado às famílias²¹. Atribui-se à família o papel de cuidadores desses idosos, pois se pressupõe que no ambiente familiar existam relações pessoais e trocas de afeição.

Tabela 4: Serviços Odontológicos e aparelhos auxiliares de uso pessoal

Usa normalmente próteses dentárias, ponte.	n	%
Sim	28	56
Não	22	44
Usa normalmente óculos ou lente de contato	n	%
Sim	43	86
Não	7	14
Usa normalmente bengala	n	%
Sim	6	12
Não	44	88
Usa normalmente aparelho de surdez	n	%
Sim	2	4
Não	48	96
Tratamento dentário, onde procura	n	%
Serviço dentário de uma instituição pública	25	50
Dentista Particular	2	4
Ninguém ou o entrevistado não procura	20	40
Outros (ASCES)	1	2
N.S	2	4
Não procura dentista por que	n	%
Dificuldade de ir ao dentista	1	2
Não precisou	48	96
N.R	1	2

Esses idosos além de procurar o controle da sua saúde na medicina clínica, recorem também os serviços clínicos odontológicos (tabela 4), onde constata-se que 50% (n=25) deles relatam a procura em instituições da rede pública. Com a integração dentro da rede de atenção odontológica do município e suas diretrizes consolidadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), busca-se a conservação e os estado dos dentes desses idosos, acesso à saúde bucal e o baixo endetulismo (ausência total ou parcial de dentes), garantindo ao idoso o seu bem – estar, auto – estima e qualidade de vida.

Segundo Santos et. Al²², o endetulismo é um problema de saúde pública gerando uma alta reposição protética. Como relatado acima na tabela 4, onde 56% (n=28) tem a necessidade da utilização das próteses dentária, evidenciando a falha em ações reabilitadoras ofertadas pelos serviços de saúde públicos, e confirmando a ausência de políticas públicas de saúde bucal voltada especificamente para este público²³.

Alem da preocupação e do envolvimento com base na saúde na forma clinica-hospitalar e no bem estar social, neste ponto da pesquisa o público alvo relatam as atividades de vida diária, onde foram obtidas respostas diferenciadas e significativas nas ações que desenvolviam sozinhos ou com a ajuda de parentes e/ou vizinhos e quanto à satisfação aos momentos de lazer. O conceito de qualidade de vida relaciona-se à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma grande gama de aspectos, tais como: capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores culturais, éticos e religiosidade, estilo de vida, satisfação com o emprego e/ou com as atividades da vida diária e com o ambiente em que se vive²⁴, como mostra a tabela 4; onde os entrevistados relataram que 94% (n=47) recebem ajuda para fazer suas atividades diárias e quanto aos níveis de satisfação quanto as atividades realizadas em tempo livre 84% (n=42) apontaram estar satisfeito.

Tabela 5: Atividades diárias

Recebe ajuda para fazer algumas tarefas	n	%
Sim	47	94
Não	3	6
Satisfeito/atividades que desempenha no tempo livre	n	%
Sim	42	84
Não	7	14
N.S./N.R	1	2

Várias ações individuais dos idosos foram observadas neste estudo, como: Sair de casa utilizando um transporte 88% (n=44), sair de casa para curtas distâncias 92% (n=46), preparam sua própria refeição 86% (n=43), arrumam a casa e a sua cama 82% (n=41), tomam os seus remédios 96% (n=48), vesti-se sozinhos 98% (n=49), pentear seu cabelos 100% (n=50), caminhar em superfície plana 100% (n=50), subir/ descer escadas 74% (n=37), deitar e levantar da cama 90% (n=45), tomar banho 98% (n=49), cortar as unhas dos pés 40% (n=20), ir ao banheiro em tempo 92% (n=46).

Observa –se que o idoso mantém uma vida autônoma, dando condições de gerir suas necessidades básicas, sua vida diária e a capacidade de viver independentemente, pode influenciar na manutenção das suas capacidades cognitivas²⁵. Ainda assim, contam

com auxílios dos vínculos que estes idosos estabelecem no decorrer da vida que são formados pelo grupo familiar, e por amigos na comunidade onde moram. Essas relações propiciam uma sensação de pertencimento e, esse fator, tem sido reconhecido como aspecto fundamental para um envelhecimento com qualidade de vida. Essas redes de apoio ajudam os idosos durante seu processo de envelhecimento, assegurando maior autonomia, independência, bem-estar e saúde²⁶.

Conclusão

O crescimento da população idosa inspira o aprimoramento de políticas de promoção e prevenção tanto na saúde da medicina clínica quanto na bucal, visando à qualidade no envelhecimento das práticas de ações ativas desses idosos, possibilitando a redução das doenças crônicas nessa faixa etária até a redução do edentulismo ocasionando melhoria das condições gerais de saúde e vida. Isto demanda a busca e a implantação dos investimentos que garantam o acesso e estimulem a utilização dos serviços clínicos e odontológicos, melhorando o quadro atual e prevenindo as desigualdades.

No que se refere a capacidade funcional do grupo estudado, os relatos dos sujeitos envolvidos revelaram o perfil desses idosos, o vínculo familiar e a procura pelos serviços de saúde. O atendimento recebido por eles, abordaram aspectos positivos e negativos e colocam por exemplo; a satisfação com os serviços de saúde, a procura pelas instituições públicas e a própria assistência na unidade como positivos e o tempo de espera e demora no agendamento como negativos.

No contexto atual, ocorre que a saúde pública nos próximos anos tem um papel desafiador de incorporação e de garantia aos idosos quanto a um envelhecimento saudável, integral, junto aos vínculos de parentes e amigos; com garantia de cidadania, dignidade, autonomia e independência, proporcionando uma velhice sem preconceitos. Onde essa vulnerabilidade na terceira idade não pode ser vista separadamente, mas com que todos os aspectos estejam de modo integrado.

Dessa forma, evidencia-se a necessidade e a sensibilização de enxergarmos o idoso além das suas limitações, e colocarmos como cidadão digno de seus direitos numa saúde integral nos níveis de complexidade em que a saúde abrange. É desafiador ainda para o contexto e compreensão da sociedade, pois cabem aos profissionais da saúde e

principalmente aos gestores, o planejamento estratégico e uma linha de rede de cuidado pautada nos direitos adquiridos que esse público conquistou.

Referências

1. Godman, S. N. Velhice e direitos sociais. Envelhecer com cidadania: quem sabe? Envelhecer com cidadania: quem sabe? ; Rio de Janeiro: CBCISS, 2000.
2. OMS. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde/ World Health Organization. Brasília, DF: OPAS; 2005.
3. Siqueira, R. L.; Botelho, M. I. V.; Coelho, F. M.G.. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência & saúde coletiva*, v. 7, n. 4, p. 899-906, 2002.
4. Cervato, A. M., Derntl, A. M., Latorre, M. R. O., & Marucci, M. F. N. (2005). Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para Terceira Idade. *Revista de Nutrição*, 18(1), 41-52.
5. Kalache, A., Veras, R. P., & Ramos, L. B. (1987). O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, 21(3), 200-210
6. Veras, R. Fórum envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 23, v. 10, p. 2463-2466, out. 2007.
7. Schramm, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.
8. Loyola, A. I. F. de et al. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 545-553, mar./abr. 2005.
9. Veras, R. P. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
10. Salgado, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 4.2002.
11. Ibge. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia. Censo demográfico 2010. [site na Internet]. Acessado em: 27/07/2017. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
12. Serasa. Guia Serasa de orientação ao cidadão. Disponível em: Acesso em: <http://www.serasa.com.br/guiaidoso>. Acessado em: 01 Agosto 2017.

13. Chaimowicz, F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. FREITAS et alii, p. 106-130, 2006.
14. Paz, A.; L. Beatriz R.; EIDT, Olga R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. Acta Paulista de Enfermagem, v. 19, n. 3, 2006.
15. Berzins, M. A. V. Silva. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. Revista Serviço Social e Sociedade, v. 75, p. 19-34, 2003.
16. Ramos, L.Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cadernos de Saúde Pública, 2003.
17. Rocha, et; al. Como mulheres viúvas de terceira idade encaram a perda do companheiro. RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, 65-73 - jul./dez. 2005.
18. Carreira L., Rodrigues R. A. P. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. Rev. bras. enferm. 2010 nov/dez;63(6):939-9.
19. São paulo. CIM Informa. Centro de Informação de Medicamentos, Uso de medicamentos pelo Idoso. n.1 ano 1- Fev/Mar 2003. Acessado em: 01-09-2017. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/assistenciafarmaceutica/cim-informa0101.pdf>
20. Trindade LL, Pires DEP. [Implications of primary health care models in workloads of health professionals]. Texto & Contexto Enferm [Internet]. 2013 [cited 2014 Sep 15];22(1):36- 42. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_0_5.pdf Portuguese..
21. Alvarez A. M., Gonçalves L.H.T. Nursing and care for the elderly at home. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 [cited: 2014 Sep 15]; 65(5):715-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/en_01.pdf
22. Santos, R. M. et. al. Necessidades de próteses dentárias entre idosos de Monte-Claros /MG: projeto SMBO. III Fórum Gestão/ Pesquisa/Ensino Extensão Unimontes, Montes Claros, 23 a 25 set. 2009.
23. Gaião, L. R., Almeida, M. E. L. & Heukelbach J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periondotal, uso e necessidade de prótese de idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. Rev. Bras. Epidemiol, v.8, n.3, p.316-23. 2005.

24. Vecchia, R. D., RUIZ, T., BOCCHI, S. C. M., & CORRENTE, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 246-52.
25. Argimon, I. I. de L; Vitola, J. C. E a família, como vai? In: BULLA, L. C; ARGIMON, I. I. de L. (Org.). *Convivendo com o familiar idoso*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009, p. 25-31.
26. Triado, C; Villar, F. (Org.). *Psicologia de la vejez*. Madrid: Alianza Editorial, 2007.