

Situação social e de saúde da população idosa da uma comunidade de São Luís-MA

The social and health situation of elderly population of a community of the city of São Luís-MA

Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira¹, Alécia Maria da Silva¹, Vanlinda de Jesus Dias Baima¹, Márcia Mônica Pereira Barros², Maria do Socorro Barbosa V. Cruz³, Carlos Leonardo Figueiredo Cunha³

Resumo

Introdução: No Brasil o envelhecimento populacional é um fenômeno recente e intenso, o que tem demandando da sociedade ações setoriais e intersetoriais que priorizem o envelhecer saudável. **Objetivos:** Caracterizar a realidade social e de saúde da população idosa de uma comunidade da cidade de São Luís - MA. **Métodos:** Estudo descritivo com abordagem quantitativa com 64 idosos, residentes no bairro Gapara, área coberta pela Estratégia Saúde da Família, localizado na periferia da cidade. A coleta foi realizada em visita domiciliar sendo utilizado um questionário padronizado. **Resultados:** Os resultados apontaram uma maior representatividade da faixa etária de 60 a 69 anos (51,6%); de cor parda (57,8%); casado-estáveis (31,3%); católicos (59,4%); aposentados (76,6%); analfabetos (50,0%). Grande maioria possuía casa própria e residiam em média de 2 a 4 pessoas. Contribuem para o sustento familiar, sendo os principais provedores do lar. O perfil de morbidade mostrou maior prevalência de hipertensos (45,4%) e diabéticos (12,5%). **Conclusão:** Apesar da desigualdade social, os resultados apontam que a situação de saúde da população em estudo é similar a outras regiões do país.

Palavras-chaves: Idoso. Condições sociais. Situação de saúde.

Abstract

Introduction. In Brazil, the population aging is a recent and intensive phenomenon, which has demanded sectoral and intersectoral actions from society in order to prioritize the healthy aging. **Objective.** To characterize the social and health reality among old people in a community of São Luís, Maranhão. **Methods.** Descriptive study with quantitative approach carried out with 64 elderly people, who dwell in the Gapara neighborhood, which is an area covered by the Family Health Strategy and is located on the outskirts of the city. We did home visits and used a standardized individual questionnaire. **Results.** The results pointed out a great representation in the age group of 60 to 69 years of age (51.6%). Brown skin color was reported by 57.8%; 31.3% had a stable marriage; 59.4% were catholic; 76.6% were retired and 50.0% illiterate. Most of them had their own houses with an average of 2 to 4 people per house. They contribute to the family support and were the main provider at home. The morbidity profile showed a great percentage of people with high blood pressure (45.4%) and diabetes (12.5%). **Conclusion.** In spite of intensive social inequality, the results point out that the situation of the population's health in this study is similar to other regions of the country.

Keywords: Elderly person. Social conditions. Health situation.

Introdução

Apesar das contradições presentes nas situações econômica, social, cultural, assistencial e política da humanidade, que interferem no seu crescimento demográfico, o ser humano, está tendo uma vida cada vez mais longa. Esse fenômeno do envelhecimento populacional vem exigindo uma nova agenda, no novo milênio, não apenas para o sistema público, mas para a sociedade como um todo, em função das mudanças no perfil demográfico da população em vários países. No caso particular do Brasil, não só tem ocorrido mudança na vida média, como no padrão de qualidade de vida do idoso^{1,2}.

Do ponto de vista social, surge à necessidade de avançar na compreensão mais efetiva do processo de envelhecimento por parte de profissionais das diferentes ciências, principalmente os da saúde.

Romper com a visão polarizada ou estereotipada, avançar na busca de consensos possíveis no cuidar (re)significante do idoso nas comunidades, implica na qualificação em especial dos profissionais da saúde para assistirem com dignidade a esta população^{1,2}.

No Brasil o envelhecimento é um fenômeno recente e intenso, o que obriga a sociedade a cristalizar atenção ao idoso através de ações setoriais e interseoriais que priorizem o envelhecer saudável, transver-

salmente influenciados por aspectos relativos a gênero e cultura, e no seu convívio social de origem³. Esse planejamento envolve diferentes aspectos que dizem respeito desde conhecer as características sociais da população idosa, adequação sanitária, provimento de recursos materiais e humanos, passando pela definição e implementação de ações de saúde específicas^{1,2}.

Métodos

Estudo descritivo com abordagem quantitativa com o objetivo de caracterizar a realidade social e de saúde da população idosa (idade ≥ 60 anos) cadastrada na Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde da comunidade do Gapara, distrito Itaqui-Bacanga na periferia de São Luís-MA. A coleta de dados foi realizada durante visita domiciliar, por meio de um questionário padronizado, contendo questões fechadas, com dados socioeconômicos, demográficos e de saúde. Após a coleta dos dados, as questões foram codificadas e inseridas no programa EPI-INFO®, versão 6.0⁴. A análise foi realizada com distribuição em frequência simples e apresentadas em tabelas.

A pesquisa atendeu os requisitos da Resolução do CNS 196/96, sendo aprovada no Comitê de Ética do HUUFMA com o Protocolo Nº 8255/2007-03⁵.

¹ Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família

² Assistente Social. Especialista em Saúde da Família

³ Enfermeiro. Docente da Universidade Federal do Maranhão-UFMA

Contato: Carlos Leonardo Figueiredo Cunha. E-mail: leocunhama@hotmail.com

Resultados

A partir dos resultados observou-se que a idade dos idosos variou entre 60 a 101 anos com uma média de idade de 70,35 anos e mediana de 69 anos. Prevalendo os idosos jovens (entre 60 a 69 anos). Quanto à escolaridade; 50,0% referiram não saber ler e escrever e 37,5% não concluíram o ensino fundamental e 50,1% eram casados ou tinham união estáveis (Tabela 1).

Os aspectos referentes à moradia mostraram que 92,2% residiam em casas de tijolos sendo 90,6% com residências próprias e apenas 18,8% faziam uso de água proveniente de rede pública. Em relao ao destino dos dejetos, 54,7% possuíam a fossa séptica e somente 4,7% tinham acesso à rede pública de esgoto. Já em relao à coleta regular de lixo cerca de 35,9% destinavam o lixo doméstico de forma precária (Tabela 2).

Quanto a estrutura familiar observou-se que 50,0% referiram morar com até 4 pessoas. A participao do idoso na renda familiar foi 89,1%, sendo que 76,6% eram aposentados e principal provedor da família. Dos idosos investigados apenas 65,6% tinham cuidador (Tabela 3).

Tabela 1. Caracterizao da populao idosa da Comunidade do Bairro Gapara, São Luís-MA, 2008

Variáveis	n	%
Faixa etária		
60 a 69	32	51,6
70 a 79	22	35,5
> 80	08	12,9
Escolaridade		
Analfabeto	32	50,0
Ensino Fundamental incompleto	24	37,5
Ensino Fundamental completo	05	7,8
Ensino Médio incompleto	01	1,6
Ensino Médio completo	01	1,6
Ignorado	01	1,6
Cor da pele		
Branca	10	15,6
Preta	15	23,4
Parda	37	57,8
Amarela	01	1,6
Ignorado	01	1,6
Situao conjugal		
Casada	20	31,3
Morando junto	12	18,8
Solteira	10	15,6
Separada	05	7,8
Divorciada	01	1,6
Viúva	16	25,0
Religião		
Sem religião	04	6,3
Católica	38	59,4
Evangélica	22	34,3
Total	64	100,0

Tabela 2. Condio de moradia da populao idosa da Comunidade do Bairro Gapara. São Luís-MA, 2008

Variáveis	n	%
Tipo de casa		
Tijolo	59	92,2
Taipa	02	3,1
Mista (tijolo, taipa e palha)	02	3,1
Madeira	01	,6
Condio de moradia		
Alugada	04	6,3
Própria	58	90,6
Cedida	02	3,1
gua usada para beber		
Rede pública	12	18,8
Poço artesiano	28	43,7
Poço comum, cacimba	22	34,4
Rio, riacho, lagoa	01	1,6
Outro	01	1,6
Destino dos dejetos		
Rede de esgoto	03	4,7
Fossa séptica	35	54,7
Fossa negra	20	31,3
Vala	02	3,1
Mato	01	1,6
Mar	02	3,1
Outro	01	1,6
Joga o lixo		
Coleta pública	40	64,1
Terreno baldio	06	9,4
Queimado	15	23,4
Outro	02	3,1
Total	64	100,0

Tabela 3. Aspectos sócio-econmico da populao idosa da Comunidade do Bairro Gapara. São Luís-MA, 2008

Variáveis	n	%
Pessoas por residência		
1	10	15,6
2 a 4	32	50,0
5 +	22	34,4
O idoso contribui para a renda		
Sim	57	89,1
Não	07	10,9
Recebe aposentadoria		
Sim	49	76,6
Não	15	23,4
Cuidador da família		
Sim	42	65,6
Não	22	34,4
Provedor da família		
Sim	49	76,6
Não	15	23,4
Total	64	100,0

Nos últimos 15 dias 42,2% dos idosos informaram que estiveram doentes e cerca de 34,4% buscaram consulta junto ao SUS (Sistema Único de Saúde). A internação hospitalar nos últimos 12 meses foi referida por 43,8%. A hipertensão arterial (45,4%) seguida por diabetes (12,5%) são as morbidades mais frequentes. Os hábitos dos idosos mostraram que 14,0% fazem consumo de álcool e o uso de cigarro foi referido por 10,9% (Tabela 4)

Tabela 4. Hábitos e situação de saúde e da população idosa da Comunidade do Bairro Gapara. São Luís-MA, 2008

Variáveis	n	%
Esteve doente nos 15 dias		
Sim	27	42,2
Não	37	57,8
Foi internado nos últimos 12 meses		
Sim	09	14,1
Não	50	78,1
Não sabe	05	7,8
Fez consulta médica nos últimos 15 dias		
Sim	22	34,4
Não	36	56,3
Não sabe	06	9,4
Tipo de atendimento		
Setor público do SUS	28	43,8
Setor Conveniado/Contratado do SUS	02	3,1
Particular	01	1,6
Outro	01	1,6
Não sabe	04	6,3
Ignorado	28	43,8
Hipertensão Arterial		
Sim	29	45,4
Não	26	40,6
Não Sabe	09	14,1
Diabetes		
Sim	08	12,5
Não	43	67,2
Não Sabe	13	20,4
Ingestão de bebida alcoólica		
Não bebe	54	79,7
Bebe 1 vez por semana	5	7,8
Bebe até 3 vezes por semana	4	3,1
Bebe mais de 3 vezes por semana	1	3,1
Fuma		
Sim	7	10,9
Não	57	89,1
Total	64	100,0

Discussão

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Este fenômeno vem ocorrendo de forma intensa e acelerada,

principalmente em países em desenvolvimento, com distribuição desigual de fatores de risco e de agravos de saúde, que se expressa nas diferenças observadas de taxas e percentuais decorrentes de disparidades sociais e regionais.

Embora seja mais prevalente o grupo de idosos jovens, as informações investigadas confirmam aumento da população idosa no Brasil e seu avanço para idades maiores³. Entre os idosos, o grupo etário que mais cresce, são os idosos longevos (≥ 80 anos), com prevalência sendo ligeiramente superior à nacional³. Todavia, muito inferior a 20%, que é a encontrada em países desenvolvidos^{6,7}.

Para Lima Costa⁶ a escolaridade é uma importante variável a ser pesquisada, serve como indicador da situação socioeconômica, pois é uma característica que não tende a mudar após certa fase da vida. Alguns autores^{8,9} corroboram com os resultados deste estudo ao encontrarem em seus estudos alta prevalência de idosos com baixa escolaridade (96,0%) e (37%) residentes em zona rural⁹. Tal cenário encontrado se explica, em parte, porque muitos dos idosos que migraram da zona rural tiveram pouco acesso à escolaridade, em virtude de desigualdades na oferta e acesso ao sistema de ensino¹⁰.

A maior prevalência de idosos que referiram serem pardos/mulatos/caboclos deve-se ao fato do Brasil ser um país que possui grandes diversidades, regionais, raciais e históricas. Ademais, adaptação da população afrodescendente no estado do Maranhão fez desse o de maior população negra do Brasil e o 1º na população negra rural¹¹.

A variável situação conjugal tem relevância no campo psicossocial e existencial, ao contribuir na avaliação das condições de vida, ao considera as significações do matrimônio, viuvez, separações e divórcios. Associada às novas representações da família mostra uma relação determinante sobre o estado civil do idoso. A chamada família tradicional ou conjugal passa a coexistir cada vez mais com uma rede de interações que se institucionaliza de novas formas^{8,12}.

Penteado¹³ encontrou dados semelhantes na cidade de Curitiba, com maior prevalência de idosos casados seguidos de viúvos. Enquanto Farinasso⁸ num estudo na cidade de Jandáia do Sul (PR) encontrou valor muito inferior ao nosso (29,1%) dos idosos sendo casados ou vivendo com companheira(o) e ligeiramente superior ao nosso (17,4%) de idosos morando sozinhos.

A manifestação de culto religioso entre os idosos é um bom instrumento de ingressar na velhice, possibilitando vida social, interioridade através da fé e da oração, como também fornece possibilidades de se lidar com as rupturas, conflitos e perdas desta fase^{8,10}.

Em nosso estudo a amostra constituiu-se de idosos pertencentes ao catolicismo. Embora, a proporção de senis católicos tenha sido inferior a encontrada por outros autores (75,7%) e mais do que o dobro de evangélicos (34,3%)^{11,13}.

Os idosos entrevistados pertencem a famílias que residem em moradias próprias. Mesmo assim, essa proporção foi ligeiramente inferior à encontrada por Reis¹² (98,0%) que foi um terço superior a encontrada por Farinasso⁸ (60,0%). Os idosos que residem em famílias com moradia alugada foi ligeiramente inferior encontrada por Farinasso⁸ (10,0%). Contudo, os idosos que vivem com famílias que residem em moradias cedidas, se mostrou inferior a encontrada por Farinasso⁸.

Parcelas da popula o ainda estão submetidas ausência ou inadequa o na moradia e de serviços básicos predispondo a maiores riscos em sa de¹³. O resultado desta dinâmica urbana esclarece as rela es entre a apropria o do espaço (natural/construído) e as condi es de vida, identificando a existência de desigualdades sociais.

  nesse contexto urbano complexo e muitas vezes carente de serviços de infraestrutura básica que a popula o de idosos tem crescido. Já que   mais de quatro vezes menor o percentual de idosos que podem consumir água tratada em rela o aos que fazem consumo de água não tratada.

O estudo da estrutura familiar dos senis permite entender que ela não são intermedia a rela o entre o mercado e os indivíduos, mais também a distribui o de rendimentos e benefícios entre seus membros¹⁴. Os arranjos familiares funcionam como mecanismos de prote o social aos idosos, favorecem a convivência social, evitam o isolamento, a fragilidade emocional e a trajetória de abandono⁸.

Diferentemente dos países norte-americanos e europeus, a maioria dos senis brasileiros mora com a família. Contudo, essas famílias vêm gradualmente reduzindo o número de seus constituintes, graças a redu es no tamanho da prole, a viuvez, as separa es e os (re) casamentos⁸.

De acordo com Camarano¹⁴ o fato dos idosos terem a aposentadoria como única fonte de renda, associada   dificuldade de inser o no mercado de trabalho, os expõe a vulnerabilidade social. Além disso, os recursos advindos das aposentadorias   um dos fatores explicativos da menor pobreza das famílias àquelas que não contam com idosos aposentados.

Sumarizando as discussões que alguns autores fazem sobre a fun o de cuidador realizada pelos senis, demonstram que essa rela o intergeracional assegura o crescimento do grupo familiar, sendo considerada melhor soluço para o desenvolvimento das crianças, jovens, adultos e idosos. As rela es entre os idosos e seus parentes são muitas vezes de apoio mútuo: com permuta de segurança, econ mica, emocional e assistencial^{13, 14, 15}.

Paralelamente   condi o de cuidadores, a maioria dos senis pesquisados são provedores das famílias em que estão inseridos. Alguns autores também encontraram maior predominância de idosos (83,3%) independentes financeiramente a seus filhos ou de conjuge¹⁶. Em muitos casos, os benefícios previdenciários constituem a única fonte de renda das famílias. A fun o de provedor e cuidador exercida pelos idosos trazem aspectos positivos e emancipatórios para o grupo familiar no contexto social e comunit rio¹⁴.

O envelhecimento   um processo dinâmico e progressivo, provocando modifica es biopsicossociais que culminam com a perda paulatina da capacidade de adapta o ao meio ambiente^{17, 18}. Contudo, o envelhecer   uma experiência heterog nea que depende de seu curso de vida, elementos histórico-culturais, genéticos e ambientais que se d o de forma diferenciada para cada pessoa. Assim,   no campo da saúde que estão às principais consequências do crescimento da popula o idosa, o aumento da demanda por serviços médicos e sociais, com os crescentes gastos públicos nas intern es hospitalares (23%) de idosos⁷.

Lima-Costa⁶ estudando as tendências de mortalidade entre idosos no Brasil observou que os riscos

de morte sem assistência médica são acentuadamente mais altos do que entre os mais jovens. Superam as taxas de morte por todas as causas nas faixas etárias acima de 60, caracterizando menor assistência e excesso de mortalidade, que aumenta com a idade e atingem seu pico entre os idosos mais velhos de ambos os sexos⁷.

Estudos têm mostrado a dependência crescente dos idosos em rela o aos serviços ofertados pelo SUS^{17, 18, 19}, principalmente em a es e serviços de alta complexidade tecnológica e de consumo de recursos financeiros²⁰.

Segundo Loyola Filho *et al.*,²⁰ a taxa de internat o hospitalar para homens e mulheres ≥ 60 anos de idade   mais de duas vezes superior   verificada na faixa etária de 20-59 anos. Com isso, observa-se que as taxas de internat o e a dura o das internat es aumentam com a idade, sobretudo as doenças dos aparelhos circulatórios, respiratórios e digestivos^{18, 20}.

Os idosos buscaram atendimento no SUS porém essa estimativa foi inferior a encontrada por Lebrão e Laureti¹⁷ (60%) e por Coelho Filho e Ramos¹⁹ (61,4%). O percentual de idosos que afirmaram ter se submetido   internat o hospitalar nos últimos 12 meses foi ligeiramente inferior   nacional. Mostrando similitude de condi es e tendências de adoecimento e utiliza o da rede hospitaloc trica.

As doenças cr nico-degenerativas e neoplásicas representam as principais causas de morbimortalidade na popula o idosa brasileira, correspondendo a 45% do total dos óbitos dessa popula o^{6, 18, 20}. Contudo, há enormes evidências de que a detec o precoce dos casos dessas morbidades, e por extensão, seu tratamento adequado e continuo controle, reduz a mortalidade por essas condi es cr nicas⁶.

A amostra entrevistada constituiu-se basicamente de idosos que realizam acompanhamento médico em decorrência da hipertensão arterial sist mica (HAS) (45,4%) seguido por (12,5%) portadores de diabetes. A propor o de HAS foi maior do que o percentual (15% a 20%) que atinge a popula o adulta brasileira^{16, 17}, porém bem inferior   encontrada por Assis²¹ que foi de 65% a 80%.

Os adultos foram envelhecendo e passaram a ter outros tipos de doença. Os fatores de risco para essas morbidades têm a sua origem no estilo de vida de uma sociedade industrial urbana ou na degrada o rural, acontece nos estilos, hábitos de vida e de saúde, nos modos de vida que determina o comer, viver e o adoecer^{3, 7, 15, 16, 17}.

Assim, as taxas dessas doenças podem ser minimizadas com a ado o e difusão de a es interdisciplinares estruturadas na promo o e manuten o da saúde, como meio para a qualidade de vida, inclusive na terceira idade¹⁸. Ademais, estudos têm mostrado que as condi es cr nicas não são consequências inevitáveis do envelhecer e que a es políticas podem efetivar melhores dinâmicas de vida.

Para Lima Costa⁶ desigualdades socioecon micas e geográficas estão associadas a piores taxas de acesso e uso de serviços de saúde entre os idosos. Tais desigualdades tem se apresentado numa estrutura frágil de aten o aos que chegam   terceira idade³.

Em rela o aos hábitos de saúde dos idosos, alguns estudos⁶ encontraram estimativas de fumantes em torno de 13,0%, taxa maior que a observada entre americanos (10,0%). Já em rela o ao consumo de  l-

cool, encontraram prevalência (15,0%), similares aos resultados deste estudo.

Para Lima Costa⁶ os idosos apresentam menos exposições de risco ao fumo e a bebida. Além disso, afirma que o consumo de cigarros e álcool são comportamentos individuais, que envolvem escolhas pessoais ou influências sociais. Como também, pode representar a influência da escolaridade sobre esses

comportamentos, tanto em jovens quanto em idosos.

As tendências demográficas projetadas para as próximas décadas, as condições sociais e de saúde, desigualdades e impactos, sugerem que a organização da atenção à saúde do idoso deve ser prioridade considerando-se as peculiaridades do envelhecimento em uma região como o nordeste.

Referências

- Both A. Gerontologia: educação e longevidade. Passo Fundo: Imperial; 1999.
- Rodrigues CG, Maia AG. Como a posição social influencia a auto-avaliação do estado de saúde? Uma análise comparativa entre 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública*, 2010; 26(4): 762-74.
- Veras, R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad Saúde Pública*, 2007; 23(10): 2463-66.
- Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial União*. 16 out 1996.
- Dean AG, Dean JA, Coulombier D et al. Epi Info, version 6.04: um sistema de processamento de texto, banco de dados e estatística para computadores. São Paulo: Centers of Disease Control; 2001.
- Lima-Costa MF. Escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*, 2004; 13(4): 201-08.
- Lima-Costa MF, Barretos S. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do desenvolvimento. *Epidemiol Serv Saúde*, 2003; 12(3): 203-12.
- Farinasso ALC. Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da família [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004.129p.
- Veras RP. Velhice numa perspectiva de futuro saudável. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI; 2001.
- Fielder MM. Prevalência de baixa capacidade funcional entre idosos residentes na zona urbana de Joaçaba - Santa Catarina, 2003/2004. Joaçaba(SC) Universidade do Oeste de Santa Catarina; 2005. 85p.
- Maranhão. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2008-2011. São Luís; 2008.
- Reis ALOC. Idosos em família: chefia ou dependência: determinantes socioeconômicos e demográficos [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas; 2005.
- Penteado PTPS. Idoso: condições de vida, saúde e nutrição em distintos espaços intra-urbanos do município de Curitiba. *Rev Saúde Pública*, 2003; 37(1): 40-8.
- Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: problema para quem? Salvador: Bahia Análise e Dados, 2001; 10 (4): 36-48.
- Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saúde Pública*, 2003; 19(3): 773-81.
- Ferraz AF, Peixoto MRB. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. *Rev Esc Enferm USP*, 1997; 31(2): 316-38.
- Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*, 2005; 8 (2).
- Loyola Filho, Giatti L, Afradique ME et al. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde* 2004; 13 (4): 239-46.
- Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*, 1999; 33(5): 445-53.
- Loyola Filho, Matos DL, Giatti L et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*, 2004; 13(4): 229-38.
- Assis M. Envelhecimento: limites e possibilidades. In: Assis M. Promoção da Saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro: CRDE/UnATI; 2002. p.30-41.