



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UNICEUB
FACULDADE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE (FACES)
CURSO DE ENFERMAGEM

JAQUELYNE BERNARD DA SILVA

**FUNCIONALIDADE EM PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS NO CENTRO
DE ATENDIMENTO COMUNITÁRIO DO UNICEUB (CAC-UNICEUB)**

Trabalho de conclusão de curso apresentado em forma de pesquisa de campo como requisito de aprovação junto ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde (FACES) do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

Orientador: Lincoln Agudo Oliveira Benito.

BRASÍLIA

2016

FUNCIONALIDADE EM PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS NO CENTRO DE ATENDIMENTO COMUNITÁRIO DO UNICEUB (CAC-UNICEUB).

Jaquelyne Bernard da Silva¹
Lincoln Agudo Oliveira Benito²

RESUMO:

Trata-se de um estudo de coorte, transversal, analítico e quantitativo, que utilizou o Índice de Katz, proposto por Sidney Katz em 1998. Num universo de 49 idosos avaliados, o perfil dos atores sociais participantes deste estudo se constituiu de 53,05% (n=26) pessoas do sexo feminino, 97,95% (n=48) brasileiros, 87,75% (n=43) negam tabagismo, 81,65% (n=40) negam etilismo, 42,85% (n=21) possuem ensino fundamental, 49% (n=24) realizam exercícios físicos, 55,10% (n=27) possuem sono normal, 69,40% (n=34) possuem entre 2 e 4 filhos, 14,30% (n=07) moram respectivamente junto as cidades satélites do Gama (RA-II) e São Sebastião (RA-XIV), 24,50% (n=12) possuem renda de 02 a 04 salários, 28,55% (n=14) realizam caminhada, 51% (n=25) eram da região nordeste. Foi verificado que 95,90% (n=47) adquiriram 06 enquanto pontuação e 4,10% (n=02) adquiriram 05, se caracterizando respectivamente enquanto idosos independentes por conseguirem realizar as atividades de banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação.

Palavras-chave: Idoso; Avaliação geriátrica; Atividades cotidianas.

FACTS ABOUT HUMAN FUNCTIONING OF ELDERLY ASSESSED AT UNICEUB COMMUNITY HEALTH CARE CENTER

ABSTRACT:

A cohort cross-sectional analytic and quantitative study was carried on, applying Katz index, proposed by Sidney Katz in 1988. A total of 49 elderly were assessed, among which 53,05% (n=26); were females; 97.95% (n=48) were Brazilian, 87.75% (n=43) claimed not to smoke; 81.65% (n=40), claimed not to drink and alcoholic drinks, 42,85% (n=21) finished Junior High School; 49% (n=24) exercise; 55.10% (n=27) claimed to sleep normally; 69.40% (n=34) have 2 to 4 children; 14.30% (n=07) live respectively in the towns of Gama (Administrative Region (AR– II), and São Sebastião (AR–XIV), 24.5% (n= 12) had an income raging from 2 to 4 base wage salaries; 28.55% (n=14) go on regular walks, and 51% (n=25) were originally from Brazil's northeastern states. As a 95.90% (n=47%) scored 06 on the assessment procedures, while the remaining 4.1% (n=2) scored 05. consequence, they were classified as independent elderly, as they were able to perform activities such as: taking a shower, dressing up, using a toilet, locomotion, urinary continence, and eating.

Keywords: Elderly; geriatric assessment; ordinary activities.

¹ Graduanda em Enfermagem do Centro Universitário de Brasília (UNICEUB).

² Docente do Centro Universitário de Brasília (UNICEUB).

1 INTRODUÇÃO

O Brasil atento as mudanças e transformações relacionadas ao aumento populacional de pessoas idosas na sociedade, constrói e propõe a Políticas Nacional do Idoso (PNI), o Estatuto do Idoso, dentre outras legislações, considerando idoso a pessoa com idade igual ou superior 60 anos, assegurando os direitos sociais desta pessoa e também benefícios, além de promover a autonomia, a integração e a participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994; BEASIL, 2003).

O envelhecimento populacional é caracterizado pela mudança na faixa etária da população, produzindo um aumento das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, considerada como definidora do início da velhice. A velhice populacional é um fenômeno natural, mundial e irreversível (BRASIL, 2010).

O envelhecimento pode ser definido como um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que caracterizam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, sendo considerado um processo dinâmico e progressivo. A redução das funções orgânicas, apresentadas durante o envelhecimento, tende a aumentar com o tempo, com um ritmo que varia não só de um órgão para outro, mas também entre pessoas idosas da mesma idade. Essas alterações no processo de envelhecimento devem-se às condições de vida desiguais e de trabalho, a que estiveram submetidas às pessoas idosas (FERREIRA et al., 2010).

Por ser um processo fisiológico, o envelhecimento pode afetar a manutenção da capacidade funcional no idoso por vários fatores. A maioria dos idosos apresenta mais problemas crônicos de saúde do que o restante da população. Com isso, a capacidade funcional, em gerontogeriatrics, é compreendida como a interação entre saúde física, mental, independência nas atividades da vida diária e integração no meio social, tendo como apoio a família e a independência econômica (SANTOS; GRIEP, 2013).

Com o crescimento da população idosa, os considerados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” com idade superior a 80 anos, tem crescido de forma rápida e proporcional, constituindo enquanto aumento populacional e que, mais se ampliou nos últimos anos, sendo que hoje, o Brasil é constituído por mais de 12% da população idosa (BRASIL, 2010).

Em um artigo publicado em 2010, o mesmo aponta que na região Sudeste, ocorre um acelerado crescimento do quantitativo populacional de idosos com 60 anos ou mais. Esse

acontecimento não se dá apenas pela redução nos níveis de fecundidade, mas também pelas reduções na mortalidade dos próprios idosos (GUERRA; CALDAS, 2010).

Segundo a OMS até 2025, o Brasil será o sexto (6º) país do mundo em número de idosos. Ainda é ampla a desinformação sobre a dessa população e as peculiaridades e desafios que o envelhecimento populacional desencadeará em nosso contexto social. Entre os anos 1980 e 2000 a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. Este aumento da expectativa média de vida precisa ser acompanhado para melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida (OPAS, 2005).

Devido ao aumento do envelhecimento populacional, a transição epidemiológica se caracteriza pelo aumento de doenças crônicas degenerativas e a diminuição das doenças infecto-contagiosas, resultando no aumento da demanda dessa população por serviços de saúde, ocasionando transformações que nem sempre vem acompanhadas de mudanças no atendimento às necessidades de saúde desse grupo populacional (MOREIRA et al., 2005).

As transformações decorrentes do processo de envelhecimento são evidenciadas pela diminuição da força muscular, amplitude de movimento, da velocidade de contração muscular, da acuidade visual e auditiva, e pelas alterações posturais que influenciam a mobilidade funcional e o déficit de equilíbrio em idosos, podendo relacionar aos sistemas músculo esquelético, neuromuscular e sensorial. Essas transformações podem ocasionar prejuízos, como o aumento no risco de quedas, redução do nível de independência funcional e a diminuição na qualidade de vida (QV). Sendo assim, é necessário preservar o idoso funcionalmente independente para ter uma boa QV (PINHO et al., 2012).

A avaliação geriátrica relaciona as informações coletadas na história clínica e no exame físico tradicionais, com aquelas obtidas por um conjunto de instrumentos específicos. Permitindo detectar incapacidades, planejar cuidados prolongados, avaliar a gravidade da doença e avaliar o progresso do paciente. Os instrumentos de avaliação geriátrica que mais se destacam são aqueles que avaliam o idoso do ponto de vista cognitivo, necessários tanto em ambientes especializados, quanto como parte da atividade semiótica em ambientes menos especializados de atenção à saúde (LOURENÇO; VERAS, 2006).

Alguns estudos revelam que cerca de 40% das pessoas com 65 anos ou mais de idade, precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como, por exemplo, fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Nesse sentido, cerca de 10% requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas. Estes dados remetem à preocupação por

mais de seis (6) milhões de pessoas e famílias, e a um e meio milhão de idosos gravemente fragilizados no Brasil (KARSCH, 2003).

Em consequência do aumento do número de idosos, há necessidade de instrumentos de avaliação funcional. Desse modo a utilização, deve ser comparável entre os diversos estudos e diferentes realidades. O Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária (AVDs), desenvolvido por Sidney Katz, é um dos instrumentos de avaliação mais antigos e mais citados na literatura nacional e internacional. Diversas publicações têm apresentado, no entanto, versões modificadas deste instrumento, dificultando aos leitores sua correta utilização (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Nesse sentido, a incapacidade funcional pode ser caracterizada como a inabilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que normalmente são necessárias para uma vida independente na sociedade. Entretanto, a capacidade funcional se refere à capacidade para desenvolver as AVDs ou para realizar determinada ação sem necessidade de ajuda, essenciais para proporcionar uma melhor QV (ALVES et al., 2007).

Em torno de 1950, Katz e colaboradores desenvolveram seis (06) medidas das AVDs, que até hoje são utilizadas em vários estudos procuram avaliar o grau de dependência de pessoas idosas. O Índice de Katz (IK) é o que possui validade e confiança comprovada entre as escalas que avaliam as AVDs. Com isso, ele permite avaliar a capacidade de autocuidado, identificar os fatores de risco e a das doenças diagnosticadas (PELEGRIN et al., 2008).

A avaliação da capacidade funcional (CF) tem sido um instrumento útil para avaliar o estado de saúde dos idosos, devido a muitos deles terem várias doenças simultaneamente, que variam em severidade, provocando normalmente, diferentes impactos na vida cotidiana. A incapacidade funcional foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) enquanto a dificuldade, devido a uma deficiência, para realizar atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade. Constantemente é avaliada através de declaração indicativa de dificuldade, ou de necessidade de ajuda, em atividades básicas de cuidados pessoais e em atividades mais complexas, necessárias para ter autonomia na comunidade (PARAHYBA; SIMÕES, 2006).

Para avaliar a capacidade do idoso em realizar atividades que o permitam cuidar de si e viver independente, pode ser utilizado a Avaliação Funcional que se constitui enquanto um conjunto de dados clínicos, testes e escalas. São considerados enquanto parâmetros para a avaliação, o equilíbrio e mobilidade, a função cognitiva, as condições emocionais, a

disponibilidade e adequação do suporte familiar e social, as condições ambientais e a capacidade para realizar as AVDs e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (NAKATANI et al., 2009).

A capacidade funcional para AVD consiste na aptidão que uma pessoa que precisa realizar atividades para cuidar de si, como, por exemplo, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, comer, passar da cama para a cadeira, mover-se na cama e ter continências urinárias e fecais. As AIVD são as diversas capacidades do idoso para administrar o ambiente em que vive, incluindo enquanto ações, preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006).

Devido ao desempenho nas atividades do cotidiano que é determinado pela formação de diversas capacidades e habilidades físicas, os testes físicos são utilizados como instrumento importantes para determinação do perfil funcional do idoso, pois, além de permitirem a predição de possíveis alterações longitudinais da CF, podem ser utilizados para a avaliação do efeito de intervenções baseadas em programas de exercícios. A CF pode ser englobado, buscando acessar vários atributos via a aplicação de um único teste, como as propostas de testes de caminhada ou mobilidade (CAMARA et al., 2008).

Algumas funções básicas afetam fortemente a CF do idoso e estão relacionados com a presença de algumas doenças e deficiências. No entanto, a CF também pode ser influenciada por fatores demográficos e socioeconômicos. Dessa maneira, se torna relevante a avaliação do grau de dependência de idosos para AVD, AIVD e a detecção de fatores socioeconômicos e demográficos que estejam relacionados com este desfecho (PEREIRA et al., 2012).

O diagnóstico da doença do idoso pode não ter relevância quanto às consequências dela na QV, ou seja, na CF e na manutenção da independência para realizar as AVDs. A avaliação funcional do idoso faz parte do cuidado de enfermagem, com destaque na pessoa e nos sistemas de apoio que ela pode contar. Desta forma, consideramos necessário descrever as morbidades referidas pelos idosos e a sua percepção de interferência na sua capacidade funcional (PEDRAZZI; RODRIGUES; SCHIAVETO, 2007).

Essas condições não atingem igualmente a população brasileira, ocasionando o desenvolvimento da funcionalidade, para muitos idosos, dentro de um contexto de instituições frágeis, pobreza, desigualdade social e processo de envelhecimento acelerado. Considerando estas condições de desigualdades existentes no Brasil, é importante observar como a

diminuição vem ocorrendo, considerando os diversos grupos sociais (PARAHYBA; SIMÕES, 2006).

Portanto, a avaliação funcional determinará, necessariamente, o grau de dependência da pessoa idosa, os tipos de cuidados que vão ser necessários, além de identificar como e por quem os cuidados poderão ser mais aridamente realizados e acompanhados (RODRIGUES et al., 2013).

Entretanto, com a avaliação da capacidade funcional, podem ser definidas estratégias de promoção de saúde dos idosos, visando retardar ou prevenir as incapacidades e diminuir a mortalidade. A avaliação da CF é de extrema importância para a escolha do melhor tipo de cuidados e monitorização do estado clínico e funcional dos idosos (ARAÚJO et al., 2010).

Nesse sentido, se constitui enquanto objetivo da presente pesquisa, analisar a questão da funcionalidade de pessoas idosas, atendidas no Centro de Atendimento Comunitário do Centro Universitário de Brasília (CAC-UNICEUB), no ano de 2015.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de Coorte, transversal e analítico, potencializado por uma abordagem quantitativa e que se propôs a analisar a questão da funcionalidade em pessoas idosas atendidas pelo “Centro de Atendimento Comunitário do Centro Universitário de Brasília (CAC-UNICEUB)” no recorte histórico formado pelo ano de “2015”. Para fins organizacionais, a presente pesquisa considera enquanto pessoa idosa, aquela que encontra na faixa etária igual ou superior a sessenta (60) anos.

Para a aquisição de dados necessários a edificação do presente estudo, foi solicitada previamente autorização junto a Coordenação da Faculdade de Enfermagem do Centro Universitário de Brasília (UNICEUB). Objetivando respeitar integralmente os dispositivos expostos junto à resolução de número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), relacionadas às diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisas utilizando seres humanos, um projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e análise bioética junto ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), sendo o mesmo aprovado e obtendo o número da CAAE “50998015.9.0000.0023”.

Após a aquisição das autorizações para início do processo de pesquisa, foi identificado um universo de 56 prontuários, sendo que destes, 12,05% (n=07) não foram selecionados por não cumprirem os critérios de inclusão da presente pesquisa, possuírem registros pouco legíveis ou ilegíveis, ou que de alguma forma, inviabiliza-se a captação dos dados necessários

a construção da presente pesquisa, conforme exposto junto a tabela de número 1. Após esse processo, foram selecionados um universo de 49 prontuários, sendo as mesmas classificadas enquanto fontes primárias.

Tabela 1 – Universo de prontuários de pessoas idosas atendidas junto ao CAC-UNICEUB, Brasília, Distrito Federal, Brasil, (n=56):

Universo de prontuários	Frequência	%
Prontuários identificados	56	100,00
Prontuários selecionados	49	87,50
Prontuários não selecionados	07	12,50

FONTE: Produção dos autores do estudo, 2016.

Se constituem enquanto critérios de inclusão da presente pesquisa, prontuários de pessoas idosas tenha recebido atendimento em saúde junto ao CAC do UNICEUB no ano de 2015, que se encontrem na faixa etária igual ou superior a sessenta (60) anos, que fossem tanto do sexo feminino quanto do sexo masculino, e que estejam em condições de participarem da presente pesquisa.

Associando informações teóricas e empíricas, Katz e equipe desenvolveram o denominado “Index of ADL (Index of Activity Daily Living)”, um instrumento de medida das atividades de vida diária (AVD) hierarquicamente relacionadas e organizado para mensurar independência no desempenho dessas seis funções. Esse instrumento representa a descrição de um fenômeno observado em um contexto biológico e social e, apesar do desenvolvimento de outros, ainda tem sido dos mais utilizados na literatura gerontológica para avaliar a funcionalidade dos idosos no que hoje são denominadas Atividades Básicas de Vida Diária (KATZ ; STROUD, 1989).

Segundo essa escala, os idosos eram classificados como independentes se eles desenvolvessem a atividade (qualquer das seis propostas) sem supervisão, orientação ou qualquer tipo de auxílio direto (KATZ et al., 1963). O Index de Independência nas Atividades de Vida Diária (AVDs) – Index of ADL, desenvolvido por Sidney Katz, é um instrumento de avaliação funcional muito utilizado na literatura gerontológica tanto em nível nacional quanto internacional (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

As fontes secundárias derivaram de levantamentos bibliográficos eletrônicos desenvolvidos junto à base de dados informatizados nacionais e internacionais, sendo as mesmas a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e a Scientific Electronic Library Online (SciELO). Por meio deste

processo, foram adquiridos artigos de periódicos científicos, manuais oficiais e legislação correlata.

Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) sendo os mesmos, “Idoso” com o número de registro “20174” e identificador único “D000368”, “Avaliação geriátrica” com o número de registro “24693” e descritor único “D015577”, “Envelhecimento” com o número de registro “22101” e descritor único “D000375” e “atividades cotidianas” com o número de registro “212” e identificador único “D000203”. No processo de conjugação dos descritores eleitos, foram utilizados os operadores lógicos booleanos “and”, “or” e “andnot”.

Os subsídios adquiridos foram organizados junto a um banco de dados, utilizando o software Microsoft Excel 2013®, pertencente ao pacote Microsoft Office 2013®, for Windows®. Os resultados foram expostos por meio da utilização de tabelas explicativas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No decurso do processo de organização e análise dos dados foi possível verificar que o perfil das pessoas idosas atendidas junto a instituição participante do estudo se constituiu de 53,05% (n=26) pessoas do sexo feminino, 61,20% (n=30) sexagenários com média de idade igual a 67,85 anos, 97,95% (n=48) brasileiros, 87,75% (n=43) negam tabagismo, 81,65% (n=40) negam etilismo, 42,85% (n=21) possuem ensino fundamental, 49% (n=24) nega restrição alimentar, 49% (n=24) realizam exercícios físicos, 65,30% (n=32) negam alergias, 53,05 (n=26) negam uso de adoçantes, 55,10% (n=27) possuem sono normal, 69,40% (n=34) possuem entre 2 e 4 filhos, 14,30% (n=07) com média de filhos igual a 4,04, moram respectivamente junto as cidades satélites do Gama (RA-II), São Sebastião (RA-XIV) e Sobradinho (RA-V), 24,50% (n=12) possuem renda de 02 a 04 salários, 22,40% (n=11) eram naturais de Minas Gerais, 28,55% (n=14) realizam caminhada, 51% (n=25) eram da região nordeste, conforme exposto junto a tabela de número 2.

Tabela 2 – Perfil socioeconômico de pessoas idosas atendidas no CAC-UNICEUB no ano de 2015, Brasília, Distrito Federal, Brasil, (n=49):

Categorias	Frequência	%
Gênero		
Feminino	26	53,05
Masculino	23	46,95

Idade		
60 a 69 anos	30	61,20
70 a 79	19	38,80
Nacionalidade		
Brasileira	48	97,95
Estrangeira	01	2,05
Tabagismo		
Não	43	87,75
Sim	05	10,20
Não informado	1	2,05
Etilismo		
Não	40	81,65
Sim	08	16,30
Não informado	01	2,05
Escolaridade		
Ensino fundamental	21	42,85
Ensino médio	13	26,55
Ensino superior	06	12,25
Não informado	09	18,35
Restrição alimentar		
Não	24	49,00
Sim	17	34,70
Não informado	08	16,30
Exercícios físicos		
Sim	24	49,00
Não	24	49,00
Não informado	1	2,00
Alergias		
Não	32	65,30
Sim	11	22,45
Não informado	6	12,25
Adoçante		
Não	26	53,05
Sim	21	42,85
Não informado	2	4,10
Sono		
Normal	27	55,10
Dificuldade	18	36,75
Sonolência	4	8,15
Quantitativo de filhos		
01	02	4,10
02 a 04	34	69,40
05 a 09	07	14,30
10 ou mais	04	8,10
Nenhum ou não informado	02	4,10
Região administrativa		
Gama	07	14,30
São Sebastião	07	14,30
Sobradinho	07	14,30
Guará	05	10,15
Paranoá	02	4,05
Samambaia	02	4,05
Águas claras	01	2,05

Candangolândia	01	2,05
Ceilândia	01	2,05
Cidade ocidental	01	2,05
Estrutural	01	2,05
Itapõa	01	2,05
Núcleo Bandeirante	01	2,05
Parkway	01	2,05
Planaltina	01	2,05
Sudoeste	01	2,05
Taguatinga	01	2,05
Valparaiso	01	2,05
Vicente Pires	01	2,05
Não informado ou outros	06	12,20
Renda		
01 salário	07	14,30
De 02 a 04 salários	12	24,50
De 05 a 07 salários	04	8,15
Não informado	26	53,05
Naturalidade		
Minas Gerais	11	22,45
Bahia	07	14,30
Goiás	05	10,20
Piauí	05	10,20
Ceará	04	8,15
Paraíba	03	6,10
Pernambuco	03	6,10
Maranhão	02	4,05
Alagoas	01	2,05
Mato Grosso	01	2,05
Mato Grosso do Sul	01	2,05
Pará	01	2,05
Rio de Janeiro	01	2,05
Santa Catarina	01	2,05
Tocantins	01	2,05
Não informado ou outro	02	4,10
Tipos de exercícios físicos		
Caminhada	14	28,55
Alongamento e hidroginástica	03	6,10
Musculação	03	6,10
Bicicleta	02	4,10
Caminhada e bicicleta	01	2,05
Caminhada e academia de rua	01	2,05
Não informado	25	51,05
Região Brasileira		
Nordeste	25	51,00
Sudeste	12	24,50
Centro-oeste	7	14,30
Norte	2	4,10
Sul	1	2,05
Não informado	2	4,05
Total	49	100,00

FONTE: Produção dos autores do estudo, 2016.

Na categoria analítica renda financeira, Segundo Veras e col. (2001), sustentam que os idosos das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentam uma distribuição de renda mais elevada e bastante desigual, em comparação as outras regiões.

Nesse sentido, além do fator renda financeira, outros fatores como, a melhoria da escolaridade, também explicam as mudanças inclusive no que se refere aos arranjos habitacionais (CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2007).

Já na categoria que analisou a questão gênero e, conforme os estudos desenvolvidos por Pinheiro e colaboradores (2002), as taxas de procura por serviços de saúde entre os sexos são bem grandes entre os idosos. Nesse sentido e segundo o autor em questão, as mulheres buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção, enquanto que os homens procuram serviços de saúde predominantemente por motivo de doença.

Já segundo outros pesquisadores, um dos fatores da maior procura da mulher aos serviços de saúde é a questão cultural ou social, em que a mulher normalmente é responsável por acompanhar os filhos e os idosos a consultas e frequentar o pré-natal, o que a torna mais suscetível a utilizar os serviços de saúde (VENTURI et al., 2008).

Na categoria que analisou a questão do tabagismo junto a pessoas idosas, Paskulini e Vianna (2007), apontam que a redução do tabagismo entre idosos significa redução do número total de idosos fumantes, fortalecendo a importância dos programas de cessamento do tabagismo para qualquer grupo etário.

A combinação entre o grau de dependência à nicotina e a motivação para o cessamento do tabagismo, apresentou relevância estatística, pois, tem sido ressaltado que a motivação individual é um dos fatores mais relevantes para a cessação definitiva do tabagismo, relacionando com uma gama de variáveis hereditárias, psicológicas, fisiológicas e ambientais (MIRAGAYA et al., 2013).

Na categoria etilismo, a literatura científica informa que o número de idosos que não fazem o uso de bebida alcoólica aumentou, podendo ter relação com as campanhas que buscam influenciar as pessoas através da informação, difundindo na mídia impressa, televisiva e até eletrônica, os problemas de saúde advindos do consumo de bebida alcoólica e a direção de um automóvel podem causar (CAMARGO et al., 2011)

Já na categoria que analisou o nível educacional dos sujeitos da pesquisa, Mastroeni e col. (2007) defendem que atualmente, os idosos economicamente ativos acabam sendo pressionados pelo sistema competitivo do mercado de trabalho, principalmente no que diz

respeito ao baixo grau de escolaridade que a maioria apresenta o que dificulta a busca por melhores salários.

Já em outros estudos, o significativo número de pessoas idosas com pouco ou nenhum grau de escolaridade, é considerado com um na realidade dos países em desenvolvimento como o Brasil, principalmente quando se trata de idosos que viveram sua infância em época em que o ensino não era prioridade (HOTT; PIRES, 2011).

Já na categoria que analisou a questão da prática de exercícios físicos, a literatura científica aponta que, os indivíduos sedentários apresentam nível inferior de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs quando comparados aos indivíduos ativos fisicamente, tendo maior incidência entre os idosos avançados. Já para outros pesquisadores, o sedentarismo pode ser, isoladamente, responsável por grave estado de limitação da saúde do idoso, mormente os mais longevos (BORGES; MOREIRA, 2009).

Apesar das evidências acumuladas sobre os benefícios da atividade física, seus níveis tendem a declinar com o avanço da idade, pois, mesmo sabendo a importância da atividade física, raramente é suficiente para motivar um indivíduo sedentário a iniciar e realiza-la de forma adequada e regularmente. Há fatores como desculpas que dificultam a tomada de decisão do indivíduo no sentido de iniciar alguma atividade física, e problemas de saúde como impedimento para o exercício (VALERIO; RAMOS, 2013).

Na categoria analítica tipos de exercícios físicos, a mesma se encontra de comum acordo com a literatura científica que defende que as atividades mais realizadas e as que causam maior satisfação aos idosos, são ginásticas e exercícios físicos diversos, seguida de atividades na academia como musculação (FREIRE et al., 2015).

Nesse sentido e, com o passar dos anos, os espaços e equipamentos públicos de lazer das cidades vêm se caracterizando gradativamente como locais constantes de escolha dos idosos para a realização das mais diversas atividades tais como, caminhadas, ginástica ao ar livre, corridas, entre outros, entretanto, a existência desses espaços vem sendo comprometida devido ao processo de urbanização crescente, dificultando assim a qualidade de vida (QV) das pessoas que utilizam tais locais (FONSECA; NÓBREGA, 2012).

Na categoria que analisou a existência de processos alérgicos junto às pessoas idosas, segundo alguns autores, a maior parte dos idosos apresenta um conhecimento inadequado sobre a influenza, pois relatam ter sintomatologia de alergias e mesmo de resfriado comum quando manifestações clínicas relatadas são de influenza. Desta forma, alguns desses idosos

comparam os episódios de resfriado com alergias, devido à mudança repentina de tempo (SANTOS; OLIVEIRA, 2010).

Nesse sentido e, nos últimos anos, ocorreu um aumento progressivo de doenças alérgicas na população idosa em todo o mundo. Além disto, vários fatores em idosos contribuem para o risco de desenvolvimento de alergias, e que estão relacionados às suas condições, incluindo fragilidade, coexistência de outras patologias e a polifarmácia. Os principais tipos de alergias encontradas em idosos são rinite, asma, dermatite de contato, urticária e hipersensibilidade medicamentosa (ALVES; CALAMITA; CALAMITA, 2014).

Já na categoria que analisou o consumo de adoçantes por idosos, é percebida uma tendência de crescimento da prevalência de uso de adoçante dietético conforme o aumento da idade (ZANINI, 2010; ARAÚJO et al., 2010).

Assim, a dieta para o idoso deveria apresentar características como, por exemplo, fácil preparação, estimulante do apetite para que ele tenha vontade de comer sozinho, variada e bem apresentada, de fácil mastigação e digestão equilibrada para melhorar a qualidade de vida (QV) além de, abundância e frequência (PLASTER, 2006).

Na categoria que analisou a questão da restrição alimentar em pessoas idosas, estudos apontam que pacientes idosos podem apresentar lesões decorrentes da dermatite atópica. Os testes cutâneos de leitura imediata para aeroalérgenos e alimentos são mais sensíveis quando comparados à dosagem sérica de IgE específica. A sensibilização a alérgenos alimentares foi mais precoce em relação aos dados da literatura, destacando-se o leite, ovo, camarão, banana, milho e amendoim (TASSI et al., 2007).

Na categoria que se debruçou em analisar o sono do idoso, estudos apontam que esse quantitativo se dá a grande quantidade desses idosos usarem medicamentos, serem ansiosos, possuírem doenças e das mudanças decorrentes ao processo fisiológico do envelhecimento (PLASTER, 2006).

Já para outros pesquisadores, estudos epidemiológicos apontam que no Brasil, a prevalência é de 50% de transtornos do sono em pessoas idosas. Esses transtornos do sono estão associados à diminuição da saúde física, cognitiva e emocional, podendo implicar na diminuição do senso de bem-estar, dificuldade no exercício de funções sociais, depressão e diminuição da qualidade de vida e, ainda, um aumento do potencial para morbidades e mortalidade (OLIVEIRA et al., 2010).

Assim, pessoas idosas relatam apresentar mais despertares durante a noite e há um aumento significativo da queixa de insônia. Os idosos queixam-se principalmente sobre

hipersonia ou insônia, as quais frequentemente são secundárias a outras doenças. Entretanto, a maioria dos idosos tem queixas relacionadas ao sono decorrentes de mudanças fisiológicas específicas do processo de envelhecimento ou de doenças que podem causar distúrbios secundários de sono (CORREA; CEOLIM, 2008).

Já na categoria região administrativa em que o idoso é proveniente, é identificado segundo a literatura que, as participações de idosos na população total do Distrito Federal (DF) são verificadas nas regiões administrativas (RAs) mais estáveis, com renda mais elevada como, o Lago Sul (30,1%), o Plano Piloto (21,9%) e o Lago Norte (19,8%), seguidas de Águas Claras (10,5%) e Sudoeste (11,9%), muito embora sejam regiões de alta renda, apresentavam baixos percentuais de população idosa, foram destacados percentuais elevados de idosos observados no Gama (18,5%) e em Taguatinga (18,3%), que são RAs consideradas de renda média e mais antigas (CODEPLAN, 2013).

Desta forma, o número de idosos é maior na população do Lago Sul, onde há aproximadamente 20% da população total. As menores porcentagens aparecem no SIA, Estrutural, Itapoã, Varjão e São Sebastião, onde a porcentagem de idosos é menor que 3% (OLIVEIRA, 2014).

Na categoria que analisou a questão do quantitativo de filhos, segundo alguns estudos, entre 1990 e 2030, a população idosa brasileira será composta, progressivamente, por gerações de pais idosos que geraram o declínio da fecundidade, ou seja, será formada por pessoas idosas com um número cada vez menor de filhos (CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2007).

Já na tabela de número 02, é possível verificar que a maior frequência das pessoas idosas analisadas, ou seja, 95,90% (n=47) obtiveram pontuação 06, se apresentando independência em sua funcionalidade e realização de atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD).

Tabela 3 – Pontuação adquirida pelos idosos atendidos pela CAC-UNICEUB por meio da utilização do Índice de Katz no ano de 2015, Brasília, Distrito Federal (D.F.), Brasil (n=49):

Pontuação adquirida	Frequência	%	Avaliação
06	47	95,90	Independência
05	02	4,10	Independência
Total	49	100,00	

Fonte: Produção dos autores, 2016.

Nesse sentido, manter os idosos independentes funcionalmente é o primeiro passo para se atingir uma melhor qualidade de vida. Para tanto, é necessário o planejamento de

programas específicos de intervenção, visando à eliminação de fatores de riscos relacionados com a incapacidade funcional. Ao lado disso, devem ser elaboradas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação, que interfiram diretamente na manutenção da capacidade funcional destes idosos. Deve-se levar em conta que esta capacidade funcional depende também de fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais, além do estilo de vida (FERREIRA et al., 2012).

Desta forma, em relação à funcionalidade para as atividades de vida diária, mais de 60% dos idosos do estudo foram classificados como independentes, no entanto outra parte relatou precisar de ajuda parcial para realizar as AVD. O resultado tem como importância o declínio hierárquico da funcionalidade dos idosos, que se demonstra inicialmente pelo compromisso de exercícios físicos, intelectuais e sociais mais complexas e indicativas de autonomia, independência e uma vida saudável, prosseguindo, sucessivamente, para as tarefas voltadas ao autocuidado e à sobrevivência, mais rotineiras e executadas em ambiente mais restrito (PAULA et al., 2005).

É de extrema importância a promoção da saúde no ensinamento da realização de atividade física durante o processo de envelhecimento pelos Enfermeiros de Reabilitação, pois, é um aspecto primordial para um envelhecimento saudável no cuidado da saúde e da funcionalidade desses idosos, assim se tornando indispensável à realização das AVD e AIVD de forma independente e na prevenção de doença e incapacidades (FERNADES, 2015).

4 CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que as pessoas idosas atendidas no CAC- UNICEUB são independentes no que se refere a sua funcionalidade. Apesar da maioria das pessoas idosas analisadas no presente estudo residirem em cidades satélites ou regiões administrativas diferentes daquela onde se encontra instalado o CAC- UNICEUB, as mesmas são favorecidas economicamente por residirem próximo a capital federal do Brasil.

Esta constatação aponta para o favorecimento dos mesmos economicamente, principalmente conforme evidenciada na categoria analítica renda financeira. Outro fator que contribui para a independência da funcionalidade dos idosos analisados é a escolaridade dos mesmos, ser em sua maioria constituída por pessoas que declararam possuir ensino fundamental ou médio, facilitando uma maior autonomia da pessoa idosa.

A qualidade de vida verificada pela alimentação saudável, não consumo de bebida alcoólica, tabaco, ausência de alergias e realização de atividades de vida diária e atividades

instrumentais de vida diária também contribuem para que os idosos avaliados apresentem independência em sua funcionalidade.

Foi observado que nenhum idoso é natural de Brasília e que a região predominante dessa população é a região nordeste, devido à historicidade e a busca por melhores condições de vida na capital federal. Com isso podemos concluir que 100% dessa população é independente, atribuindo a melhores políticas públicas de saúde.

É de extrema importância o papel do enfermeiro e dos profissionais da saúde no CAC-UNICEUB, pois mesmo que tenhamos percebido nesse estudo que 100% desses idosos são independentes, é importante orientarmos quanto as limitações relacionado às patologias, os agravos, restrições e limitações com o passar do tempo, orientando e tirando dúvidas, assim proporcionando uma melhor qualidade de vida melhor para esses idosos e sua família.

5 REFERÊNCIAS

ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p.1924-1930, ago. 2007.

ALVES, L. D. S. CALAMITA, A. B. P; CALAMITA, Z. Estudo comparativo sobre a prevalência de alergias entre idosos e não idosos. **Brazilian Journal Allergy and Immunology**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 75-80, abr. 2014.

ARAÚJO, I. F. L. et al. Análise Comparativa da Capacidade Funcional entre Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados. **Estudos**, Goiânia, v. 37, n. 1/2, p. 101-111, jan./fev. 2010.

BORGES, M. R.; MOREIRA, A. K. Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários. **Motriz**, Rio Claro, v. 15, n. 3, p. 562-573, jul./set. 2009.

BRASIL. **Lei nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Brasília, 1994. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 13 ago. 2015.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Estatuto do Idoso, Brasília, 2003. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 14 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAMARA, F. M. et al. Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v.15, n. 4, p. 249 –256, mar./nov. 2008.

CAMARGO, B. V. et al. Representações sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 179-192, jun. 2011.

CAMARGOS, M. C. S; MACHADO, C. J; RODRIGUES, R. N. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos – 2000. **Revista brasileira de estudos de população**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 37-51, jan./jun. 2007.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. **Perfil dos idosos no Distrito Federal, segundo as regiões administrativas**. Brasília: CODEPLAN. 2013, 23p. Disponível

em:<<http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%C3%B4micas/2013/PERFIL%20DO%20IDOSO%20NO%20DF.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

CORRÊA, K; CEOLIM, M. F. Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 12-18, mar. 2008.

COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19 n. 1, p. 43-48, mar. 2006.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317-325, jun. 2007.

FERNANDES, C. N. **Funcionalidade, aptidão física e qualidade de vida do idoso da região Minho-Lima: Contributos para a enfermagem de reabilitação**. 149 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Alto Minho, 2015.

FERREIRA, O. G. L. et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1065-1069, dez. 2010.

FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 21, n. 3, p. 513-518, jul./set. 2012.

FONSECA, I. L.; NÓBREGA, W. R. M. Lazer e terceira idade: um estudo acerca dos espaços e equipamentos públicos no município de Parelhas/RN. **Revista Turismo Estudos e Práticas**, Rio Grande do Norte, v. 1, n. 2, p. 61-79, jul./dez. 2012.

FREIRE, G. V. et al. Perfil de idosos que frequentam um centro de convivência da terceira idade. **Revista Interdisciplinar**, Piauí, v. 8, n. 2, p. 11-19, abr./jun. 2015.

GUERRA, A. C. L. C.; CALDAS, C. P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 6, p. 2931-2940, set. 2010.

HOTT, A. M; PIRES, V. A. T. N. Perfil dos idosos inseridos em um centro de convivência. **Revista Enfermagem Integrada**, Minas Gerais, v. 4, n. 1, p. 765- 778, jul./ago. 2011.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 861-866, jun. 2003.

KATZ, S. STROUD III, M. W. Functional assessment in geriatrics: a review of progress and directions. **Journal of the American Geriatrics Society**, Malden, v. 37, n. 3, p. 267-71, ago. 1989.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, New York, v.185, n. 12, p. 914-919, set.1963.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 712-719, ago. 2006.

MASTROENI, M. F. et al. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: Estudo de base domiciliar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 190-201, jun. 2007.

MIRAGAYA, J. et al. **Perfil dos idosos no Distrito Federal, segundo as regiões administrativas**. Brasília: CODEPLAN, 2013.

MOREIRA, R. S. et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1665-1675, dez. 2005.

NAKATANI, A. Y. K. et al. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n.1, p. 144-150, jan./mar. 2009.

OLIVEIRA, A. B. **Avaliação da pele em idosos de um hospital universitário do Distrito Federal: ocorrência de alterações**. 28 f. Monografia (Graduação) - Faculdade de Enfermagem, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

OLIVEIRA, B. H. D. et al. Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade - Estudo PENSEA. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 851-860, maio 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento Ativo: uma política de Saúde**. Brasília: OPAS, 2005.

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A Prevalência de incapacidade funcional em Idosos no Brasil. **Ciência &Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 4, p. 967-974, dez. 2006.

PASKULIN, L. M. G; VIANNA, L. A. C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 757-768, out. 2007.

PAULA, A. F. M. et al. Perfis de funcionalidade e relação com óbito em idosos assistidos em Serviço Ambulatorial de Geriatria. **Caderno de Terapia Ocupacional UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 1, p. 153-162, jan./mar. 2015.

PEDRAZZI, E. C.; RODRIGUES, R. A. P.; SCHIAVETO, F. V. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. **Ciência, Cuidado Saúde**, Maringá, v. 6, n. 4, p. 407-413, out./dez. 2007.

PELEGRIN, A. K. A. P. et al. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. **Arquivo em Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 15, n. 4, p. 182-188, out./dez. 2008.

PEREIRA, G. N. et al. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2035-2042, nov. 2012.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Casa Civil. Sub-Secretaria para Assuntos Jurídicos. Lei 10.741 de 1º de Outubro de 2003. **Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em: 13 ago. 2015.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, nov. 2002.

PINHO, T. A. M. et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 320-327, abr. 2012.

PLASTER, W. **Adesão ao tratamento da hipertensão arterial por idosos usuários da unidade básica de saúde Princesa Isabel em CACOAL- RO**. 89 f. Dissertação (Mestrado) - Programa Multiinstitucional de Pós- Graduação em Ciências da Saúde - Convênio Rede Centro Oeste (UNB/ UFG/ UFMS), Goiânia, 2006.

RODRIGUES, K. J. et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos pertencentes à área de abrangência de uma ESF-CÁCERES-MT. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 4, n. 3, p.747-761, set. 2013.

SANTOS, M. I. P.O.; GRIEP, R.H. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 753-761, mar. 2013.

SANTOS, Z. M. G.; OLIVEIRA, M. L. C. Avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas dos idosos sobre a vacina contra a Influenza, na UBS, Taguatinga, DF, 2009*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 3, p. 205-216, set. 2010.

TASSI, R. O.S. et al. Perfil de sensibilização a aeroalérgenos e alimentos em pacientes com dermatite atópica do HSPE-SP. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 101-106, maio 2007.

VALERIO, M. P.; RAMOS, L. R. Promoção de atividade física à população idosa: revisando possibilidades. **Revista Didática Sistêmica**, Rio Grande, v.15, n. 2, p.155- 173, jul./dez. 2013.

VENTURI, I. et al. Identificação da área de influência do serviço de atenção básica do sistema público de saúde à população idosa, município de Viçosa-MG. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1293-1304, ago. 2008.

VERAS, R. et al. **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.

ZANINI, R. V. **Prevalência de utilização de adoçantes dietéticos: um estudo de base populacional**. 123 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2010.