
ENVELHECIMENTO ATIVO E SUA RELAÇÃO COM A INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL¹

Olívia Galvão Lucena Ferreira², Silvana Carneiro Maciel³, Sônia Maria Gusmão Costa⁴, Antonia Oliveira Silva⁵, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira⁶

¹ Texto extraído da dissertação - Representações sociais sobre o envelhecimento ativo: um estudo com idosos funcionalmente independentes, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em 2008.

² Mestre em Enfermagem. Professora da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. Paraíba, Brasil. E-mail: oliviaglf@hotmail.com

³ Doutora em Psicologia Social. Professora do Curso de Graduação e da Pós-graduação em Psicologia da UFPB. Paraíba, Brasil. E-mail: silcamaciell@ig.com.br

⁴ Mestranda em Enfermagem. Paraíba, Brasil. E-mail: gusmaosonia@yahoo.com.br

⁵ Doutora em Enfermagem. Pesquisadora do CNPq. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Paraíba, Brasil. E-mail: alfaleda@hotmail.com

⁶ Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Pesquisadora do Programa Nacional de Pós-Doutorado da Capes. Paraíba, Brasil. E-mail: jpadelaide@hotmail.com

RESUMO: O objetivo da presente pesquisa foi analisar os fatores determinantes de um envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. A pesquisa foi realizada com 100 idosos de uma Unidade de Saúde da Família, em João Pessoa-PB. Como instrumentos para a avaliação dos idosos foram utilizados a Medida de Independência Funcional e um questionário sociodemográfico. Os dados foram analisados através do *software* SPSS. De acordo com os resultados, todos os idosos apresentaram independência funcional para a realização das atividades analisadas. Os dados mostraram também que a independência funcional promove uma maior inserção dos idosos na comunidade, através do fortalecimento dos vínculos sociais e familiares, da amizade e do lazer, sendo estes fatores considerados como determinantes para um envelhecimento ativo.

DESCRIPTORES: Envelhecimento ativo. Independência. Funcionalidade.

ACTIVE AGING AND ITS RELATIONSHIP TO FUNCTIONAL INDEPENDENCE

ABSTRACT: This study's objective was to analyze the factors determining active aging and its relationship to functional independence. It was conducted with a hundred elderly individuals cared for in a Family Health Unit in João Pessoa, PB, Brazil. The Functional Independence Measure and a socio-demographic questionnaire were used to assess the elderly participants. Data were analyzed using the SPSS. According to the results, all the participants were functionally independent for the performance of the studied activities. Data also showed that functional independence promotes greater integration of elderly individuals within the community, through strengthening social and family bonds, friendship and leisure, factors considered to be determinants of an active aging process.

DESCRIPTORS: Aging actively. Independence. Functionality.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SU RELACIÓN CON LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL

RESUMEN: El objetivo del presente estudio fue analizar los factores determinantes del envejecimiento activo y su relación con la independencia funcional. La investigación se realizó con 100 personas mayores de una Unidad de Salud de la Familia, en João Pessoa-PB, Brasil. Como instrumentos para la evaluación de personas mayores se utilizó la Medida de Independencia Funcional y un cuestionario sociodemográfico. Los datos fueron analizados a través del *software* SPSS. Según los resultados, todos los sujetos presentan la independencia funcional para llevar a cabo las actividades analizadas. Los datos también demostraron que la independencia funcional promueve una mayor integración de las personas mayores en la comunidad, mediante el fortalecimiento de los lazos sociales y familiares, de amistad y de ocio, y esos factores se consideran como determinantes del envejecimiento activo.

DESCRIPTORES: Envejecimiento activo. Independencia. Funcionalidad.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser entendido como um processo dinâmico e progressivo, caracterizado tanto por alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, quanto por modificações psicológicas. Essas modificações determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que podem levar o indivíduo à morte.¹

Como uma de suas consequências, o envelhecimento traz a diminuição gradual da capacidade funcional, a qual é progressiva e aumenta com a idade. Assim, as maiores adversidades de saúde associadas ao envelhecimento são a incapacidade funcional e a dependência, que acarretam restrição/perda de habilidades ou dificuldade/incapacidade de executar funções e atividades relacionadas à vida diária. Tais dificuldades são ocasionadas pelas limitações físicas e cognitivas, de forma que as condições de saúde da população idosa podem ser determinadas por inúmeros indicadores específicos, entre eles a presença de déficits físicos e cognitivos.²⁻³

A capacidade funcional pode ser definida como a manutenção da capacidade de realizar Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), necessárias e suficientes para uma vida independente e autônoma. Para o idoso, a realização das ABVD aparece como algo presente e necessário para a sua sobrevivência, mantendo-o participativo na gestão e nos cuidados com a própria saúde, e no desenvolvimento de tarefas domésticas.⁴⁻⁵

Portanto, o estudo da capacidade funcional tem-se tornado um componente-chave para a avaliação da saúde dos idosos, sendo geralmente direcionado para a análise da habilidade e do desempenho para realizar determinadas atividades do cotidiano. Dessa maneira, a saúde dos idosos torna-se intimamente ligada à independência funcional, que é medida através de avaliações funcionais.²⁻⁶

Hoje, o Brasil atinge os mais elevados níveis de população idosa. No entanto, conseguir viver por mais tempo nem sempre é sinônimo de viver melhor. A velhice pode estar associada ao sofrimento, aumento da dependência física, declínio funcional, isolamento social, depressão e improdutividade, entre outros fatores que não representam significados positivos. Porém, é possível viver mais com uma qualidade de vida melhor, através da busca do envelhecimento com independência e

autonomia, com boa saúde física e mental, enfim, com um envelhecimento saudável e ativo.⁷⁻⁸

A autonomia pode ser definida como a liberdade para agir e tomar decisões no dia a dia, relacionadas à própria vida e à independência. Pode também ser entendida como a capacidade de realizar atividades sem a ajuda de outra pessoa, necessitando, para tanto, de condições motoras e cognitivas suficientes para o desempenho dessas tarefas. No entanto, autonomia e independência não são conceitos interdependentes, haja vista que o indivíduo pode ser independente e não ser autônomo, como acontece, por exemplo, nas demências. Ou então, ele pode ser autônomo e não ser independente, como no caso de um indivíduo com graves sequelas de um acidente vascular cerebral, mas sem alterações cognitivas: nessa situação, ele é autônomo para assumir e tomar decisões sobre sua vida, mas é dependente fisicamente.²

Na busca de uma melhor qualidade de vida, fruto de um envelhecimento com independência e autonomia, de um envelhecimento saudável e ativo, tem-se investido no desenvolvimento de programas sociais e de saúde voltados para a preservação da independência e da autonomia, sendo metas fundamentais não só do governo, mas de todos os setores da sociedade. Como uma importante estratégia para alcançar esse desafio, destaca-se o Programa de Saúde da Família, desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família, sendo apontado como eficiente para alcançar medidas específicas de promoção e de prevenção da saúde, cuidando dos idosos que vivem na comunidade.⁹⁻¹⁰

Contudo, nos diversos níveis de atenção desses programas, os profissionais de saúde têm encontrado idosos com problemas crônicos de saúde, que acarretam dependência funcional e, quando identificados tardiamente, dificultam as estratégias para revertê-los ou minimizá-los. Daí a relevância de serem empreendidos estudos que proporcionem a identificação dos fatores determinantes para um envelhecimento mais saudável, possibilitando, assim, a implantação de programas de prevenção de doenças e promoção da saúde.⁵

Vista dessa maneira, a compreensão do envelhecimento reveste-se de tamanha complexidade e relevância que justifica a pretensão de um estudo voltado para a análise da relação entre a capacidade funcional e os fatores determinantes do envelhecimento saudável. Portanto, este estudo destina-se a procurar respostas para o questionamento existente sobre uma possível relação entre o envelhecimento ativo e a independência funcional.

Com base nesta questão, a presente pesquisa procurou analisar os fatores determinantes para um envelhecimento mais saudável, verificando o grau de independência funcional dos idosos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde da Família. Partiu-se da suposição de que a independência funcional promove uma maior inserção dos idosos na comunidade, através da autonomia para a realização das atividades da vida diária e do fortalecimento de vínculos sociais e familiares, de amizade e de lazer, sendo esses fatores considerados como determinantes para um envelhecimento mais ativo.

MÉTODOS

Esta pesquisa foi realizada na Unidade de Saúde da Família Nova Conquista, situada no bairro Alto do Mateus, na cidade de João Pessoa-Paraíba, Brasil.

A amostra foi selecionada por conveniência e constituída por 100 idosos, com idades variando entre 60 e 93 anos ($M=68$; $DP=7,53$), de ambos os sexos e com níveis de escolaridade variados. Como critério de inclusão, foi estabelecido o fato de se situarem na faixa etária de 60 anos para cima e estarem vivendo na comunidade e atendidos pelo Programa de Saúde da Família.

Para a avaliação funcional dos idosos foi utilizado o instrumento preconizado pelo Ministério da Saúde,¹¹ a Medida de Independência Funcional (MIF). É um teste que quantifica a ajuda necessária para a realização de um conjunto de 18 tarefas e possui itens referentes ao desempenho da pessoa idosa, levando em conta seis dimensões teóricas: (1) autocuidado (cuidar de si mesmo: alimentação, higiene pessoal, banho, vestir-se); (2) controle dos esfíncteres; (3) transferências (capacidade de se transferir do leito para a cadeira e outros locais); (4) locomoção; (5) comunicação (compreensão e expressão de ideias); e (6) cognição social (relacionada à interação social).

As tarefas avaliadas durante a aplicação da MIF receberam uma classificação em uma escala de graus de dependência, composta por sete níveis. Nesses níveis, o valor 1 equivale à dependência total. Os níveis 2, 3 e 4 correspondem, respectivamente, à assistência máxima, moderada e mínima. O nível 5 diz respeito à supervisão, estímulo ou preparo, quando é necessária a presença, controle, sugestão ou encorajamento de outra pessoa, sem contato físico. Ou ainda, quando é necessário que outra pessoa prepare os objetos que serão utilizados ou ajude na colocação da órtese ou prótese. O

nível 6 trata da independência modificada, na qual as atividades requerem uma ajuda técnica, adaptação, prótese ou órtese e/ou são realizadas em tempo excessivo. Finalmente, o nível 7 é relativo à independência completa, na qual as tarefas são realizadas sem ajuda técnica e em tempo razoável.

Após a administração da MIF, foi aplicado um questionário sociodemográfico, contemplando as variáveis relacionadas a sexo, idade, grau de escolaridade, religião, procedência, situação de moradia, com quem mora, prática de atividade física, modalidade, trabalho e situação de saúde.

A participação dos idosos foi voluntária e atendeu à Resolução 196/1996, do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o protocolo nº 0188\08. Os instrumentos foram aplicados de forma individual, nos domicílios dos idosos. Todos os dados coletados foram analisados pelo *software* SPSS 15, utilizando a estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que concerne ao perfil sociodemográfico da amostra, constatou-se que a maioria era do sexo feminino (73%). A prevalência do sexo feminino também foi observada em outros estudos com idosos em Unidades de Saúde da Família, revelando que, no Brasil, há muito tempo, o número de mulheres idosas tem sido superior ao de homens idosos. Este aspecto pode ser explicado por meio da mortalidade diferenciada entre os sexos, algo bastante presente na população brasileira.¹²⁻¹³

Quanto à escolaridade, verificou-se que 40% dos idosos não eram alfabetizados, enquanto que 48% deles disseram ter o ensino fundamental incompleto. Tal configuração parece coerente com o que tem sido observado em outros estudos referentes à educação na população idosa. Segundo esses estudos, as dificuldades de acesso à educação eram bem maiores há décadas atrás, quando comparadas com a atualidade, principalmente no que se refere às mulheres. Essas observações justificam a grande incidência de idosos não alfabetizados ou com baixos níveis de escolaridade, encontrada no presente trabalho.¹²

Na amostra estudada, 79% dos idosos relataram que eram portadores de alguma patologia, sendo a hipertensão arterial a doença mais frequente. Quando tratada, esta patologia não leva

a uma degeneração da capacidade funcional, nem a uma diminuição da inserção sociofamiliar. Destaque-se também o fato de que 21% dos idosos disseram que não tinham nenhuma patologia crônica, ou seja, possuíam uma velhice saudável. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), este fato tem constituído a pauta de vários estudos e pesquisas, e deve ser visto numa perspectiva ampla, como resultado de um trabalho intersetorial e interdisciplinar de promoção de modos de vida saudável.¹⁴

Contudo, para que o envelhecimento seja bem sucedido, deve-se analisar não apenas a ausência de enfermidades, mas também a manutenção das condições de autonomia e de funcionalidade. No presente trabalho, esta análise foi feita através da MIF.¹⁵ As pontuações médias das dimensões, para as distintas faixas etárias dos idosos envolvidos no estudo, podem ser observadas na tabela 1.

Tabela 1 - Pontuação média dos idosos nas dimensões da Medida de Independência Funcional, em função da faixa etária. João Pessoa-PB, 2008

Faixa etária	Dimensões de Independência Funcional					
	A	B	C	D	E	F
60 a 65	6,88	6,91	6,94	6,74	6,90	6,60
66 a 70	6,98	6,98	7,00	6,91	7,00	6,42
71 a 75	6,79	6,92	6,78	6,50	6,97	5,94
76 a 80	6,97	6,95	7,00	6,95	7,00	6,58
81 a 85	6,96	6,87	6,92	6,87	7,00	6,42
86 a 93	6,50	7,00	7,00	6,00	7,00	5,89

A=Autocuidado; B=Controle de esfínteres; C=Transferência; D=Locomoção; E=Comunicação; F=Cognição social.

Apesar de 58% dos idosos analisados se situarem em uma faixa etária superior a 65 anos, e 7% deles estarem acima dos 85 anos, 100% dos idosos se mostraram como independentes funcionalmente, não necessitando de ajuda de outra pessoa para a realização de suas atividades da vida diária. Foram classificados nos níveis 5, 6 e 7, que correspondem, respectivamente, à supervisão, à independência modificada e à independência completa. Pode-se também verificar que os idosos apresentaram menor média na dimensão 6, cognição social, o que é justificável, pois, neste item, são avaliadas atividades como resolução de problemas e memória, o que

exige mais da esfera do funcionamento psicológico e intelectual. Apesar disso, pode-se concluir que, em termos gerais, todos os idosos da amostra apresentaram independência funcional.

Um dado relevante neste estudo diz respeito à participação em atividades físicas. Apesar da maioria dos participantes (83%) não exercer atividades físicas e apenas 17% praticarem a caminhada, os resultados do MIF revelaram que 100% dos idosos entrevistados possuíam independência funcional. Essa condição mostrou-se presente mesmo entre aqueles que não praticavam nenhum tipo de atividade física, mas que se mantinham ativos, através dos seus afazeres domésticos e religiosos. Deve-se sublinhar que os idosos relacionavam a atividade não só à prática de exercícios físicos, mas também às atividades domésticas, o que pode caracterizar uma situação de não sedentarismo, corroborando outros estudos na área. Tais estudos afirmam que a atividade física é um processo complexo que, independentemente de ser decorrente de uma atividade desportiva ou ligada ao trabalho profissional, pode ser usada como um procedimento capaz de retardar e até mesmo reverter um processo patológico em andamento. Dessa maneira, pode trazer benefícios para os idosos, tais como a socialização, a melhoria da autoestima, o estímulo à criatividade, o combate à insônia e a promoção de um envelhecimento mais saudável e ativo, entre outros.¹²

Este fato se relaciona com a questão da situação ocupacional, quando a aposentadoria foi referida por 91% dos idosos entrevistados. A aposentadoria pode ser definida como a inatividade após um tempo de serviço ou como remuneração por essa inatividade. Contudo, o fato de estar aposentado não implica uma total inatividade e um sedentarismo completo. Os resultados mostraram que, mesmo aposentados, os idosos permanecem realizando tarefas domésticas e participando de atividades de lazer, o que implica uma inserção sociofamiliar que pode ser o diferencial na manutenção da capacidade funcional e no envelhecimento saudável.¹⁶

No que se refere à moradia, 88% dos participantes residiam em casa própria e 75% conviviam com o cônjuge e/ou parentes próximos, incluindo filhos e netos. Estes dados trazem aspectos positivos, a partir da compreensão de que, para o idoso, o fato de morar só tem sido associado ao declínio na qualidade de vida e ao agravamento da morbidade, podendo funcionar até mesmo como um indicador de risco de mortalidade.⁹

Estes achados confirmam que, para ser bem sucedido, o envelhecimento deve representar não apenas a ausência de enfermidades, mas também a manutenção das condições de autonomia e de funcionalidade.¹⁵ Pode-se dizer que quanto mais ativa é uma pessoa, menos limitações físicas ela tem. Então, para se ter saúde e se manter ativo, recomenda-se uma vida independente, casa, ocupação, afeição e comunicação.⁵

As experiências de manter o bem-estar e lidar com o adoecimento são constantes na vida daqueles que enfrentam o envelhecimento, sendo necessário promover a saúde e estimular comportamentos visando a manutenção da autonomia e o envelhecimento bem-sucedido. O envelhecimento bem-sucedido deve ser considerado como uma condição a ser atingida por quem lida com as mudanças inerentes ao envelhecer. Esse tipo de envelhecimento é mais do que a ausência de doença e a manutenção da capacidade funcional, sendo fundamental a sua combinação com o engajamento ativo e com a vida, o que representa o conceito mais amplo do bom envelhecer.¹⁷

Além desses resultados, observou-se durante a coleta de dados que os idosos participantes se caracterizaram como funcionalmente independentes, também apresentando os cinco fatores recomendados (vida independente, casa, ocupação, afeição e comunicação). Com base nesses dados, pode-se concluir que a dependência pode ser prevenida ou reduzida, se houver ambiente e assistência adequados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da população idosa gera a necessidade de se desenvolverem meios para melhor atender às dificuldades advindas com esse crescente número. Mesmo existindo as perdas durante o processo do envelhecimento, o envelhecer de maneira ativa deve ser estimulado entre os idosos, pois ele é sinônimo de vida plena e com qualidade. Envelhecimento ativo corresponde ao equilíbrio biopsicossocial, à integralidade do ser que está inserido em um contexto social e ainda refere-se ao idoso que é capaz de desenvolver suas potencialidades. Daí a importância do apoio da política, da família, da sociedade, da rede de amigos e dos grupos de interesse comuns, todos juntos na luta contra a discriminação e o preconceito que gira em torno do envelhecimento na nossa cultura.

É preciso promover mudanças na estrutura social, a fim de que, ao terem suas vidas prolongadas,

os idosos não fiquem distantes de um espaço social, em relativa alienação, inatividade, incapacidade física e dependência, mas possam buscar o seu bem-estar e melhorar a sua qualidade de vida. Para isso, é necessário o incremento de políticas e programas sociais de envelhecimento ativo, com a intenção de prevenir e retardar as debilidades e doenças crônicas associadas a esse período da vida humana.

Considera-se que a prática de qualquer atividade e não apenas a física constitui um meio de manter e/ou melhorar a capacidade funcional. Além disso, é capaz de possibilitar uma maior inserção na comunidade, através do fortalecimento de vínculos familiares, de amizade, de lazer e sociais, promovendo mudanças na vida cotidiana, como busca de melhoria da qualidade de vida. Assim, não é de surpreender que, na atualidade, se considere a prática das atividades físicas como uma das maiores conquistas da saúde pública, entendendo-se a saúde pública como a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a boa disposição física e mental dos seres humanos.

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 a 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.

Em consonância com essas observações, a presente pesquisa ressalta a importância de ações voltadas para a população idosa que busca a atenção primária. Cada Unidade de Saúde da Família (USF) deve oferecer profissionais preocupados em agir de forma humanizada e consciente, no sentido de despertar, em cada cidadão usuário, a importância das atividades físicas para um envelhecimento ativo e saudável.

A atual Política Nacional de Atenção Básica descreve que a realização do cuidado em saúde da população idosa, de área circunscrita às USFs, se dá tanto no âmbito da unidade de saúde quanto no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). A escuta qualificada das necessidades dos usuários proporciona um atendimento humanizado e viabiliza o estabe-

lecimento do vínculo entre os profissionais e os idosos, ações estas comuns a todos os membros da equipe de Saúde da Família.

Atendendo a estas prerrogativas, compreende-se que o enfermeiro e os demais profissionais da saúde, inseridos no Programa de Saúde da Família, necessitam desenvolver mais ações focadas na pessoa idosa. Nessas ações, os profissionais devem estar atentos não só às alterações físicas e fisiológicas, advindas do processo de envelhecimento, mas também às alterações na dinâmica sociofamiliar, as quais são determinantes na capacidade funcional e, conseqüentemente, no envelhecimento saudável.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2ª ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2006.
2. Guimarães RM, Cunha UGV. Sinais e sintomas em geriatria. 2ª ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2004.
3. Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006.
4. Franciulli SE, Ricci NA, Lemos ND, Cordeiro RC, Gazzola JM. A modalidade de assistência Centro-Dia geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional. Ciên. Saúde Coletiva. 2007 Mar-Abr; 12(2):373-80.
5. Oliveira LPBA, Menezes MP. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2011 Abr-Jun; 20(2):301-9.
6. Costa MFL, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad Saúde Pública. 2003 Jun; 19(3):735-43.
7. Vilela ABA, Carvalho PAL, Araújo RT. Envelhecimento bem-sucedido: representação de idosos. Revista Saúde Com. 2006 Abr-Jun; 2(2):101-14.
8. Ávila AH, Guerra M, Meneses MPR. Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da autoimagem na velhice. Pensamento Psicológico. 2007 Jun; 3(8):7-18.
9. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad. Saúde Pública. 2003 Jun; 19(3):773-81.
10. Assis M, Hartz ZMA, Valla VV. Programas de promoção da saúde dos idosos: uma revisão da literatura científica no período de 1900 a 2002. Ciênc Saúde Coletiva. 2004; 9(3):557-81.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: caderno de atenção básica nº 19. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
12. Pacheco RO, Santos SSC. Avaliação global de idoso em unidades de PSF. Textos Envelhecimento. 2004 Jan; 7(2):45-61.
13. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos se instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004 Mai-Jun; 12(3):518-24.
14. Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2005
15. Bezerra AFB, Espírito SACG, Batista FM. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. Rev Saúde Pública. 2005 Out; 39(5):809-15.
16. Graeff L. Representações sociais da aposentadoria. Rev Bras Geriatria Gerontol. 2002 Jan; 4(7):19-34.
17. Silva ACS, Santos I. Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender. Texto Contexto Enferm. 2010 Out-Dez; 19(4):745-53.