

## ESTUDO DE MORBIDADE EM UMA POPULAÇÃO IDOSA PARTICIPANTE DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO NUTRICIONAL E ATIVIDADE FÍSICA NO MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO - PR

Adma Poliana de Borba Cecilio da Silva<sup>1</sup>  
Renan William Mesquita<sup>2</sup>  
Lirane Elize Defante Ferreto de Almeida<sup>3</sup>  
Roberto Shigueyasu Yamada<sup>4</sup>  
Rosebel Trindade Cunha Prates<sup>5</sup>

**Área de conhecimento:** Medicina.

**Eixo Temático:** Epidemiologia e saúde

### RESUMO

Diante do acelerado processo de envelhecimento, associado a inúmeras morbidades que acometem a população idosa, esse artigo tem o objetivo de relacionar as principais doenças que acometem a população idosa de Francisco Beltrão-PR, de acordo com a classificação segundo capítulos da 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), bem como compreender os fatores que contribuem para a incapacidade funcional dos idosos. Dessa forma, trata-se de um estudo transversal e observacional, realizado em abril de 2014, em que foram analisados 54 idosos de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 60 anos, residentes em Francisco Beltrão – PR. Assim, observou-se maior prevalência de grupos de doenças crônico-degenerativas e mais da metade dos casos encontrados com mais de uma morbidade. O envelhecimento feminino aparenta ocorrer com maior número de morbidades, entretanto, a procura precoce pela assistência médica desse gênero é apontado como umas das causas de melhor prognóstico e sobrevida das doenças crônicas. Conforme os resultados obtidos, perfil do idoso estudado caracteriza-se pela maioria do sexo feminino e acometido por doenças crônicas. Assim, se faz necessária assistência à saúde do idoso, a fim de proporcionar a diminuição da dependência física e funcional desse grupo.

**Palavras-chave:** Idoso; envelhecimento; morbidades.

### 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial, uma vez que a Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. A estimativa para a população brasileira

<sup>1</sup> Discente do curso de Medicina do CCSA da UNIOESTE – Campus de Francisco Beltrão – PR  
[poliana\\_cecilio@hotmail.com](mailto:poliana_cecilio@hotmail.com)

<sup>2</sup> Discente do curso de Medicina do CCSA da UNIOESTE – Campus de Francisco Beltrão – PR  
[renan.william@hotmail.com](mailto:renan.william@hotmail.com)

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Coletiva (UNICAMP), docente do curso de Medicina do CCSA da UNIOESTE – Campus de Francisco Beltrão. [liraneferreto@uol.com.br](mailto:liraneferreto@uol.com.br)

<sup>4</sup> Docente do curso de Medicina do CCSA da UNIOESTE – Campus de Francisco Beltrão – PR  
[roberto.yamada@yahoo.com.br](mailto:roberto.yamada@yahoo.com.br)

<sup>5</sup> Docente do curso de Medicina do CCSA da UNIOESTE – Campus de Francisco Beltrão – PR



---

---

para 2025 é de um crescimento exponencial, girando em torno de 32 milhões de idosos. Assim sendo, as transformações sociais e econômicas pelas quais o Brasil vem passando desde o último século têm causado mudanças relevantes no perfil morbimortalidade da população, visto que está ocorrendo uma queda da fecundidade, concomitantemente, queda da mortalidade (SOUSA, et al., 2003).

Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a somente a limitações físicas, o problema é que as doenças crônico-degenerativas e suas complicações são frequentemente encontradas na população idosa, acometendo a independência e autonomia desse grupo de faixa etária. E o aumento de doenças crônicas está diretamente relacionado com maior incapacidade funcional, gerando como consequência a redução da qualidade de vida e maiores chances de patologias (ALVES, et al., 2007)

Diante disso, o objetivo desse artigo é relacionar as principais doenças que acometem a população idosa de Francisco Beltrão-PR de acordo com a classificação segundo capítulos da 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), neste grupo pesquisado, como compreender os fatores que contribuem para a incapacidade funcional destes idosos.

Dessa forma, a capacidade funcional dos idosos tem implicações não só para a família, comunidade, para o sistema de saúde, mas também para a vida do próprio idoso. Compreender os fatores que contribuem para a incapacidade funcional do idoso pode auxiliar os planejadores de políticas públicas na organização de estratégias preventivas mais eficazes que irão, conseqüentemente, reduzir os custos com o serviço de saúde e minimizar a carga sobre a família. Isso é necessário, uma vez que o fenômeno de envelhecimento populacional aumenta, cada vez mais, a necessidade de conhecimento dos fatores que incidem sobre a prevalência das doenças associadas à idade (CAVALCANTI, 2009).

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO OU REVISÃO DE LITERATURA**

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, e, no Brasil, as modificações estão se dando de forma radical e bastante acelerada. Assim, o país está passando por mudanças na dinâmica demográfica, tendo níveis de taxa de



---

---

fecundidade próximos aos de reposição, ou seja, tendo valores em média de 2,1 filhos por mulher. Dessa forma, o Brasil necessita de uma melhor preparação para incidência futura de morbidade e disfuncionalidade (PARAHYBA E SIMÕES, 2006).

O declínio funcional, ou seja, redução progressiva e gradual da capacidade funcional, vem se tornando um instrumento particularmente útil para avaliar o estado de saúde dos idosos, pois muitos têm várias doenças simultaneamente, que variam em severidade e provocam diferentes impactos na vida cotidiana. A Organização Mundial da Saúde definiu incapacidade funcional como a dificuldade, devido a uma deficiência, para realizar atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade (PARAHYBA E SIMÕES, 2006).

Além disso, cotidianamente, os idosos brasileiros vivem angústias com a desvalorização das aposentadorias e pensões, com medos e depressão, com a falta de assistência e de atividades de lazer, com o abandono em hospitais e asilos, além de enfrentar, ainda, todo o tipo de obstáculos para assegurar alguma assistência por meios de planos de saúde. (PARAHYBA E SIMÕES, 2006).

A partir do início da década de 1980, as operadoras de planos de saúde começaram a perceber a importância de conhecerem os padrões de ocorrência de doenças em seus associados, a fim de trabalhar mais efetivamente em ações preventivas, que estão diretamente relacionadas à redução dos gastos com tratamentos que poderiam ser evitados e com a melhora do nível de saúde dessas pessoas. (CARDOSO et al, 2010).

A população idosa tem muita dificuldade de aceitação do corpo que envelhece, pelo tempo, enquanto a identidade do idoso, no capitalismo, se constitui com dificuldades e plena ambiguidades: separação do corpo envelhecendo e da mente que permanece jovem; felicidade e dores imbricadas no discurso e no viver cotidiano (MINAYO, 2002).

As pessoas, num geral, possuem uma visão estereotipada sobre o envelhecimento. O padrão da estética e da beleza preconiza uma ótica jovem, condenando o envelhecimento, através da distribuição global da mídia. Dessa forma, como o padrão de beleza é instituído na cultura e na sociedade, ocorre a exaltação da juventude (LOPES et al, 2007).

Um dos aspectos fundamentais é a consciência das transformações corporais incluídas no processo da velhice, tais como: aumento de peso, ressecamento da



---

---

pele, ondas de calor, aumento ou diminuição da libido, alterações do sono. Igualmente, deverá ser levada em consideração a presença de possíveis alterações emocionais como depressão, medo, instabilidade, irritabilidade (MINAYO, 2002).

Embora os idosos sofram de défices físicos, cognitivos e comportamentais, é possível ter um envelhecimento saudável e bem sucedido, com ausência de doença e manutenção da capacidade funcional. Para isso, medidas devem ser tomadas desde a juventude, com a prática de atividades físicas e uma dieta equilibrada. Com esses cuidados, é possível ter um envelhecimento ativo, através de práticas à promoção da saúde, criando um ambiente digno para o processo de senescência, além de promover a ideia de que não existe uma correspondência linear entre idade cronológica e idade biológica (ASSIS, 2005).

Os modelos a serem propostos para os idosos devem estar baseados numa realidade assistencial de carência de médicos especialistas em idosos. Como o número de geriatras é escasso, a assistência médica a esse grupo em especial deve ser exercida pelo médico clínico, reservando apenas para os casos bem definidos e criteriosamente selecionados o atendimento do geriatra, a fim de que ele seja capaz de saber como tratar e quando encaminhar para o profissional com treinamento específico em envelhecimento humano (VERAS, 2003).

Além das alterações morfológicas e estruturais do envelhecimento, ocorre também alterações funcionais em todos os setores do organismo. Há alterações no sistema cardiocirculatório; redução da elasticidade e a atrofia dos músculos esqueléticos acessórios da respiração; redução do tamanho e peso dos rins; redução do fluxo sanguíneo hepático; diminuição da liberação de neurotransmissores e hormônios (NETTO, 1996).

Doença crônica pode ser definida como uma doença de longa duração, superiores a períodos de seis meses. É marcada por aspectos multidimensionais, além de possuir sintomas com aspecto de evolução gradual se não houver um acompanhamento médico. Assim, a situação clínica é muito importante, uma vez que, considera aspectos da vida familiar, escolar e social (NETTO, 1996).

Apesar dessas dificuldades, há uma redução do declínio funcional que pode ser comprovada através das melhorias da tecnologia médica, mudanças comportamentais, desenvolvimento de aparelhagem específica, melhoria do status



---

---

socioeconômico e, também, pelo aumento no nível de escolaridade dos idosos (PARAHYBA E SIMÕES, 2006).

### **3 METODOLOGIA**

Trata-se de estudo de caso, segundo Triviños (1987), transversal e observacional, realizado em abril de 2014, foram analisados 54 idosos de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 60 anos, residentes em Francisco Beltrão - PR. Os idosos incluídos no estudo, estavam inscritos no projeto intitulado Intervenção em gerontologia: influência da nutrição e atividade física na saúde de idosos do município de Francisco Beltrão – PR, promovido pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná campus de Francisco Beltrão.

A coleta de dados em um questionário aberto, com a história clínica retirada da anamnese individualizada de cada participante da pesquisa. A anamnese foi realizada inicialmente por alunos de medicina e, supervisionada por um professor médico, que fez análise da história coletada pelos acadêmicos e suas devidas correções e, consecutivamente, avaliou as condições de saúde do idoso.

As variáveis estudadas envolveram a identificação do paciente, como sexo e idade, além das as morbidades relacionadas na anamnese alusivo aos seguintes itens: queixa principal; história da doença atual e relatório sintomatológico. Todas as morbidade foram relacionadas e classificadas segundo a capítulos da 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) para a análise descritiva.

### **4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Do total de idosos estudados 44 são do sexo feminino e 10 do sexo masculino, o que corresponde 81,48%, e 18,42% respectivamente. A idade dos idosos estudados encontra-se no intervalo de 60 a 80 anos, sendo a média de idade de 68,62 anos e desvio padrão de 4.88.

O CID-10 compreende vinte e dois capítulos, desses, dez foram citados através das doenças relatadas pelos idosos na anamnese (OMS,1997). As doenças foram agrupadas em seu respectivo capítulo do CID 10 e seguem demonstradas nas



tabela 1, que tem por objetivo caracterizar os principais grupos de morbidades nos idosos da amostra estudada.

Tabela 1– Morbidade segundo CID 10 em idosos de 60-80 anos participantes de um projeto de intervenção nutricional e atividade física por sexo

Capítulos do CID 10	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	n	%
<b>Neoplasias e tumores- Cap II</b>	4	9	1	10	5	9,3
<b>Doenças endócrinas,nutricionais e metabólicas-Cap IV</b>	19	43	3	30	22	40,7
<b>Doenças do olho e anexos- Cap VII</b>	43	98	7	70	50	92,6
<b>Doenças do ouvido, apófise e mastoide-Cap VIII</b>	13	30	1	10	14	25,9
<b>Doenças do aparelho circulatório- Cap IX</b>	33	75	6	60	39	72,2
<b>Doenças do aparelho respiratório - Cap X</b>	14	32	1	10	15	27,8
<b>Doenças do aparelho digestivo - Cap XI</b>	28	64	3	30	31	57,4
<b>Doenças da pele e tecido subcutâneo - Cap XII</b>	8	18	2	20	10	18,5
<b>Doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo - Cap XIII</b>	36	82	8	80	44	81,5
<b>Doenças do sistema geniturinário- Cap XIV</b>	6	14	4	40	10	18,5
<b>Total</b>	44	100	10	100	54	100

Fonte: Silva; Almeida; Mesquita; Yamada, 2014.

Como demonstra a Tabela 1, observou-se que houve uma maior prevalência de grupo de doenças crônicas não-transmissíveis, como doenças do aparelho circulatorio e osteomuscular. Essa tendência segundo Veras (2007) surgiu nos últimos 40 anos, em que o Brasil sofreu mudanças no seu quadro populacional, transformando-se de um país de mortalidade típica de uma população jovem para um quadro de enfermidades, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças crônicas, que duram anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos.

Ramos (2003) salienta também que a tendência das doenças crônicas diagnosticadas em um indivíduo senil, frequentemente não permitem cura e, e



---

---

acrescenta ainda, que se não forem devidamente tratadas e acompanhadas ao longo dos anos, tendem a apresentar complicações e sequelas que comprometem a independência e a autonomia do paciente. Diante disso, é notório que pacientes idosos, principalmente os acometidos por enfermidades, necessitam de uma avaliação de saúde periódica, além de, como afirma Veras (2011), as políticas de saúde destinada aos idosos precisam ainda levar em conta a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional, e não simplesmente o tratamento das doenças já estabelecidas.

Ademais, notou-se que quatro morbidades apresentaram porcentagens superiores a 50 %, representadas pelas doenças do aparelho digestivo (57,4%), doenças do aparelho circulatório (72,2 %), doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (81,5%) e a por último a de mais predominante entre os relatos a doenças do olho e anexos (92,6%).

No estudo realizado por Maia *et. al.* (2005) sobre a análise do análise dos óbitos em idosos no estudo SABE, entre as principais causas de óbito observadas, segundo a CID-10, estavam as doenças do aparelho circulatório e as doenças do aparelho digestivo, o que denota uma preocupação devido ao aparecimento dessas doenças no presente estudo.

As doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo também foram citadas em outro estudo realizado Souza *et. al.* (2011) no município de Cascavel, acrescentando que elas aumentaram a incidência e tornaram-se uma problema de saúde pública. No mesmo estudo as doenças do olho e anexos foram citadas entre cinco grupo de doenças que mais incomodam os idosos. Assim, o grupo de doenças apresentadas pelos idosos corroboram com as demais presentes na literatura.

Além da maior prevalência de doenças crônicas apresentadas na amostra, a maioria dos idosos avaliados indicaram possuir mais de uma patologia, sendo que 72 % afirmaram ter entre três a cinco tipos de agravos diferentes. O fato de possuir vários agravos concomitantes segundo Pereira *et.al.* (2005) pode funcionar como fator de risco para maior fragilidade do idoso, pois quando múltiplas patologias estão associadas a um mesmo caso, podem aumentar a gravidade e possibilidades de complicações futuras.

Contudo, como afirma Ramos (2003) nem todos os idosos ficam limitados pela quantidade de doenças, e muitos levam a vida perfeitamente normal, quando as



---

---

suas enfermidades são controladas. Um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado um idoso saudável, quando comparado com um idoso com os mesmos agravos, porém sem controle destes, manifesta sequelas decorrentes e incapacidades associadas.

Da mesma forma, Veras (2011) define que a fragilidade não é a presença de uma doença, pois tal fato é esperado, mas sim a falta de cuidado qualificado para impedir a perda de sua capacidade funcional. Esta relação de cuidado e da manutenção da capacidade funcional foi observada no presente estudo, visto que, mais de 70% do grupo apesar de apresentar mais de duas doenças todos tinham a capacidade de exercer atividades físicas três vezes na semana, demonstrando que o número de doenças nem sempre condena o idoso a incapacidade funcional.

Outra informação significativa observada, foi a discrepância na quantidade de idosos do sexo feminino em relação ao sexo masculino, ratificando a literatura, um dos fatores que podem explicar a aderência de mais mulheres no estudo como aponta Camarano et al (2004), é que os homens, em todas as faixas etárias, apresentam maior mortalidade em relação às mulheres, pela maior exposição a riscos ambientais e sociais. Quanto idosos, essa diferença torna-se ainda mais acentuada, ocasionando o fenômeno denominado feminização da velhice. Desta forma, destaca que quanto mais envelhecida a população, maior será a proporção de mulheres em relação aos homens da mesma faixa etária.

Por se tratar de pesquisa com amostra de pessoas participantes de um estudo de intervenção dos aspectos da saúde, outro fator que pode ser determinante na participação maciça das mulheres refere-se ao fato das mesmas terem maior cuidado com a saúde. Essa característica feminina é salientada por Souza *et al* (2011) afirmando que as mulheres tem melhor conhecimento das doenças e em geral, assim, estão mais atentas ao aparecimento de sintomas, usando mais os serviços de saúde do que os homens. Ademais, a procura precoce pela assistência médica nesse gênero é apontada como uma das causas de melhor prognóstico e sobrevida das doenças crônicas.

Entretanto, outro fator a ser considerado dessa relação entre os sexos foi demonstrada por Santos (2003) em seu estudo sobre a verificação de sobrevida dos idosos sem incapacidade, afirma, que as mulheres sobrevivem mais que os homens, porém, com maiores taxas de incapacidade. Desta forma, Maia *et.al* (2005) também,



sinaliza que o envelhecimento feminino aparenta ocorrer com maior número de morbidade. Isso se comprova na representação da tabela 2, onde o sexo feminino apresentou a maioria das razões dos agravos citados quando comparados as enfermidades masculinas, somente em patologias de três capítulos do CID 10 que a prevalência das morbidades foram maiores no sexo masculino.

Tabela 2 – Razões das morbidades segundo CID 10 em idosos de 60-80 anos participantes de um projeto de intervenção nutricional e atividade física por sexo.

Capítulos CID 10	Feminino	Masculino
	N	N
Neoplasias e tumores- Cap II	1	1,1
Doenças endócrinas,nutricionais e metabólicas-Cap IV	1,43	1
Doenças do olho e anexos-Cap VII	1,4	1
Doenças do ouvido, apófise e mastoide-Cap VIII	3	1
Doenças do aparelho circulatório- Cap IX	1,25	1
Doenças do aparelho respiratório - Cap X	3,2	1
Doenças do aparelho digestivo - Cap XI	2,13	1
Doenças da pele e tecido subcutâneo - Cap XII	1	1,1
Doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo - Cap XIII	1,02	1
Doenças do sistema geniturinário- Cap XIV	1	2,8

Fonte: Silva, Almeida, Mesquita, Yamada, 2014.

Tais comparações destacam outra característica que difere no envelhecimento dos gêneros, a predisposição de algumas doenças para cada sexo. Estudos norte-americanos revelam que os homens sofrem mais doenças crônicas fatais (doença isquêmica do coração, aterosclerose, enfisema, câncer, acidente vascular cerebral, cirrose, problemas de rins). Já as mulheres apresentam mais frequentemente doenças de curta duração, doenças agudas e transitórias (infecções das vias respiratórias superiores, gastroenterite e doenças infecciosas de curta duração) e doenças crônicas não fatais (artrite, sinusite crônica, problemas digestivos, anemia, problemas de tireóide ou vesícula, enxaqueca, colite e eczema) (Bird & Rieker, 1999 *apud* Pinherol,2002).

Verificou-se também, que nas três faixas etárias apresentadas 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais, três grupos de morbidade apresentaram prevalências superiores a 50 % (doenças dos olhos e anexos, do aparelho circulatório, e as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo). Desse modo, a distribuição confirma a homogeneidade segundo os grupos de morbidades



---

---

apresentado na tabela 1 que relata a distribuição das doenças na amostra estudada. Assim, é notório que os três grupos de doenças mais prevalentes se distribuem em proporções semelhantes nas diferentes idades, denotando que as doenças independe da idade no grupo estudado, podendo aparecer em qualquer faixa etária.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme os resultados obtidos neste trabalho o perfil do idoso estudado caracteriza-se pela grande maioria do sexo feminino acometidas por doenças crônicas, os três grupos de doenças mais prevalentes se distribuem em proporções semelhantes nas diferentes idades. Mais de 72% afirmaram conviver com mais de três grupos de doenças o que não necessariamente o sentencie a incapacidade.

Diante disso, objetivo principal da assistência saúde do idoso deve ser a manutenção da capacidade funcional, mantendo-o na comunidade, pelo maior tempo possível, desfrutando ao máximo sua independência física e mental. Políticas de orientação concentradas de promoção de saúde e manutenção da capacidade funcional direcionadas para os profissionais da saúde, são necessário em todos os níveis de atenção à saúde, para que os mesmos possam orientar seus pacientes de maneira a otimizar o atendimento e evitar o sofrimento do idoso com patologias que possam evolui para estados incapacitantes, dolorosos ou até mesmo morte.

Além disso, são necessárias investigações mais profundas sobre as condições de saúde da população idosa, incluindo não apenas as a identificação das enfermidades que os acometem, mas também, suas causas e fatores de risco mais suscetíveis para cada determinado grupo de agravos. Para que possam em um futuro próximo diminuir suas demandas por atenção e promover a melhora da saúde do idoso.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Luciana Correia et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. vol.23, n.8. São Paulo, 2007.



---

---

ASSIS, Monica. ENVELHECIMENTO ATIVO E PROMOÇÃO DA SAÚDE: REFLEXÃO PARA AS AÇÕES EDUCATIVAS COM IDOSOS. Revista APS, v.8, n.1, p. 15-24, jan./jun. 2005. <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>

CAMARANO AA, Kanso S, MELLO JL. Como vive o idoso brasileiro. In: Camarano AA, organizador. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA; 2004.

CARDOSO, Juliani Hainzenreder and COSTA, Juvenal Soares Dias da. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.6, pp. 2871-2878. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600024>.

LEITE-CAVALCANTI, Christiane; RODRIGUES-GONCALVES, Maria da Conceição; RIOS-ASCIUTTI, Luiza Sonia and LEITE-CAVALCANTI, Alessandro. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. Rev. salud pública [online]. 2009, vol.11, n.6, pp. 865-877. ISSN 0124-0064. <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642009000600003>.

LOPES, Marilda Silveira; ARANTES, Rodrigo Caetano; COSTA, Ruth Gelehrter. *Um breve ensaio sobre a aceitação da beleza na efemeridade dos corpos*. <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2589/1643>

MAIA, Flávia de Oliveira Motta; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; LEBRÃO, Maria Lúcia, **Análise dos óbitos em idosos no Estudo SABE Extraído da dissertação “Fatores de risco para óbito em idosos”**, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), 2005

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Antropologia, saúde e envelhecimento. / Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Carlos E. A. Coimbra Jr. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2002.

MARTINS, Josiane de Jesus; SCHIER, Jordelina; ERDMANN, Alacoque Lorenzini e ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [online]. 2007, vol.10, n.3, pp. 371-382. ISSN 1809-9823.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rei. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.2

PAPALÉO NETTO, Matheus. Gerontologia: A velhice e o Envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: editora Atheneu, 1996.

PARAHYBA, Maria Isabel e SIMOES, Celso Cardoso da Silva. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2006, vol.11, n.4, pp. 967-974. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400018>.



---

---

PEREIRA AL, Melo ECP, Amorim WM, Tonini T, Figueiredo NMA. PAISI – Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso. In: Figueiredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul: Yendis; 2005. p. 290-6.

PEREIRA, Iêda Lúcia Lima. A terceira idade: guia para viver com saúde e sabedoria. Rio de Janeiro: Nova Fronteira: Carpe Diem, 1996.

PINHEROL, Rejane Sobrino; VIACAVALL, Francisco; TRAVASSOSLL, Cláudia; BRITOL, Alexandre dos Santos Britol. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.7 n.4, Rio de Janeiro, 2002.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno Saúde Pública**. vol.19 no.3 Rio de Janeiro mai/jun. 2003

SOUZA, Elizabeth Aparecida de; SCOCHILL, Maria José; MARASCHIN, Maristela Salete. **Estudo da morbidade em uma população idosa**. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, vol.15 no.2 Abr./Jun, 2011.

SOUSA, Liliana; GALANTE, Helena and FIGUEIREDO, Daniela. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. Rev. Saúde Pública [online]. 2003, vol.37, n.3, pp. 364-371. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000300016>.

SANTOS JLF. **Análise de sobrevivência sem incapacidades**. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 167-81.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VERAS, Renato P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**. vol.14 no.4 Rio de Janeiro Out./Dez. 2011

VERAS, Renato. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.23, n.10, Rio de Janeiro, 2007

VERAS, Renato. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.19, n.3, Rio de Janeiro, 2003.

