

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO GERÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA DE
SAÚDE

O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A IMPORTANCIA DA
INTERDISCIPLINARIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

DEISE APARECIDA DRUMOND FAJARDO

BELO HORIZONTE – MG

2010

DEISE APARECIDA DRUMOND FAJARDO

**O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A IMPORTANCIA DA
INTERDISCIPLINARIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva Área de Concentração: Gerencia na Atenção Básica se Saúde da Escola de Enfermagem da UFMG como requisito parcial à obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Perez Galastro

Belo Horizonte – MG

2010

RESUMO

Este estudo consiste de uma revisão de literatura sobre o processo de envelhecimento humano e sua repercussão e importância na formação dos recursos humanos que irão atuar na área de saúde do idoso.

O trabalho está organizado em dois tópicos. Primeiro apresenta "o envelhecimento e suas transformações biopsicossociais", referindo-se ao processo de envelhecimento suas características e complexidade, uma vez que, envolve variáveis como; a genética, estilo de vida e doenças crônicas degenerativas. Apresenta ainda, os fatores determinantes do aumento da perspectiva de vida.

O segundo tópico, "Interdisciplinaridade, integralidade e humanização da assistência", aborda sobre a importância do investimento na formação profissional qualificada e da contribuição da interdisciplinaridade na prática geriátrica. Ressaltando que, no Brasil a população idosa foi a que mais cresceu nos últimos anos, refletindo diretamente no cuidado aos idosos e na necessidade de capacitação dos cuidadores formal e informal.

Palavras-chave: saúde do idoso, envelhecimento humano, equipe de saúde, capacitação profissional e interdisciplinaridade.

SUMÁRIO

1-Introdução -----	5
2-Objetivo -----	6
3-Metodologia -----	6
4-Revisão de literatura -----	7
4.1-Envelhecimento e suas transformações biopsicossociais -----	7
4.2-Interdisciplinaridade, integralidade e humanização da assistência -----	10
5-Considerações finais -----	13
6-Referências -----	15

1. Introdução

O processo de envelhecimento populacional e do aumento da longevidade vem acontecendo desde o século passado, em quase todos os países do mundo. No Brasil, a população idosa foi a que mais cresceu nos últimos quarenta anos em decorrência da queda da fecundidade e da mortalidade. De um perfil de morbimortalidade típico de uma população jovem, passando para um perfil caracterizado pelas doenças crônicas próprias das faixas etárias mais avançadas e consequentemente com custos diretos e indiretos mais elevados. (SAINTRAIN e VIEIRA, 2008)

Estas transformações refletem diretamente no cuidado aos idosos, a família que ainda é considerada o “suporte máximo” para idoso, passa na atualidade a desenvolver outro papel, uma vez que o número de membros diminui aliado á procura das mulheres, por um mercado de trabalho cada vez mais crescente e que, tradicionalmente eram as cuidadoras da família. Assim, a corrida em direção ás instituições de longa permanência, tende a sofrer um aumento expressivo e consequentemente uma maior necessidade de capacitação de profissionais de saúde mais qualificados para atender esta nova demanda de cuidados. (PAVARINE et al, 2005).

O processo saúde-doença do idoso, de acordo com Coelho Filho (2000) é caracterizado por diversos problemas, como o uso de múltiplos medicamentos; deteriorização das condições agudas, quando não tratados em tempo; frequentes complicações secundárias a doenças e tratamento; fatores sociais e ambientais e outros. Segundo o mesmo autor, esta complexidade de fatores demanda a prática de assistência ao idoso como sendo interdisciplinar.

A implantação de políticas e programas baseado no novo perfil demográfico brasileiro deve levar em consideração a necessidade de ampliação quantitativa e qualitativa de profissionais para atuarem na área de atenção ao idoso.

Diante destas questões, esse trabalho se justifica pela necessidade de compreender o processo de envelhecimento e discutir a importância da interdisciplinaridade na formação dos recursos humanos que irão atuar na área de saúde do idoso.

2. Objetivo

Este estudo utilizou a revisão de literatura, com vistas a discutir o processo de envelhecimento humano, sua repercussão e importância para a formação dos recursos humanos frente as novas demandas de atenção ao idoso.

3. Metodologia

O presente trabalho utilizou a revisão bibliográfica como abordagem de pesquisa que consiste no levantamento da documentação existente sobre um determinado assunto. (SEVERINO, 2002)

Para Medeiros (2003),

A pesquisa bibliográfica caracteriza-se com documentação indireta e compreende a escolha do assunto, elaboração do plano de trabalho, localização e identificação da bibliografia básica, apontamento, compilação, fichamento, análise, interpretação e finalmente a redação do trabalho.

A revisão bibliográfica primeiramente buscou informações sobre o processo de envelhecimento da população brasileira, suas implicações e necessidade de investimento na formação de profissionais com enfoque na interdisciplinaridade, disponibilizadas nas bases de dados LILACS – Literatura Latino Americana e do Caribe e Scielo – Scientific Eletronic Library Online. Para isto, utilizou-se dos seguintes descritores: *saúde do idoso, envelhecimento humano, equipe de saúde, capacitação profissional e interdisciplinaridade*.

Em seguida foi feito a leitura exploratória do material encontrado por meio dos títulos e resumos dos trabalhos. Posteriormente foram selecionados aqueles trabalhos que tinham aderência à temática estudada. E por último foi realizado a leitura interpretativa dos textos selecionados para o desenvolvimento do trabalho.

4. Revisão de literatura

4.1 O envelhecimento e suas transformações biopsicossociais.

O envelhecimento é um processo complexo e envolve muitas variáveis como genética, estilo de vida e doenças crônicas e interagindo entre si pode determinar sobre a forma que envelhecemos. Os indivíduos idosos têm recebido a classificação de acordo com sua idade cronológica, em velhos (65 anos ou mais) e muito velhos (75 anos ou mais). Esta classificação, gerada através de registros demográficos, é ampla não determinando nenhum aspecto biológico ou clínico da pessoa. (MACIEL, 2002)

O envelhecimento representa a consequência ou os efeitos da passagem do tempo. Estes efeitos podem ser positivos ou negativos e são observados nas diversas dimensões do indivíduo: organismo (envelhecimento biológico) e psiquismo (envelhecimento psíquico). Todas as dimensões são igualmente importantes, na medida em que são coadjuvantes para a manutenção da autonomia e independência. (MORAES E SILVA, 2008)

De acordo com Corazza (2001), a idade das pessoas pode ser determinada e classificada em:

- **Idade cronológica** é expressada pelos números dos anos ou meses desde o nascimento, este critério não leva em consideração fatores fisiológicos, psicológicos e sociais. Apenas a idade cronológica é insuficiente para determinar a idade de um indivíduo. Alguns autores acreditam que a idade cronológica precisa ser associada a outras medidas de envelhecimento.
- **Idade biológica** enfoca o envelhecimento por meio de mudanças biológicas ou fisiológicas e suas consequências no comportamento do indivíduo. Uma pessoa pode estar acima ou abaixo da sua idade cronológica, dependendo do estilo de vida, como hábitos alimentares, prática de atividades físicas e estado de saúde. Fatores de riscos para doenças cardiovasculares como a hipertensão, diabetes, fumo, obesidade, sedentarismo e etc..., contribuem para aumentar a idade biológica em relação a idade cronológica. O inverso também é verdadeiro, se a

pessoa possui hábitos de vida saudáveis, sua idade biológica será menor que a cronológica.

- **Idade psicológica** refere-se a capacidades individuais que envolvem dimensões mentais ou função cognitiva, como autoestima, autossuficiência, assim como aprendizagem, memória e percepção.
- **Idade social** refere-se a capacidade de socialização das pessoas é um processo extremamente complexo em que não pode haver generalizações.

Apesar de muitos anos de pesquisas não há consenso sobre qual é a melhor alternativa para medir a idade real das pessoas. Embora a velhice não seja sinal de doença, na idade avançada, há um aumento do risco do comprometimento da capacidade funcional e cognitiva e consequentemente a perda da autonomia e independência para muitos idosos.

Para Passos et.al, (2008), uma nova concepção a respeito da velhice nasce no mundo ocidental. Essa fase da vida deixa de ser considerada como sinônimo de declínio das funções ao desvincular a capacidade do indivíduo em relação as suas condições de execução de trabalho e ao seu poder de produção. Essa fase, deve assim permear as necessidades subjetivas de conveniência e recreação dos indivíduos. Porém a qualidade de vida está intrinsecamente relacionada à promoção da saúde dos idosos, uma vez que, não adianta aumentar a esperança de vida se não existe uma preocupação, por parte dos profissionais em saúde em minimizar ou postergar a ocorrência de doenças crônicas-degenerativas e suas sequelas.

A partir da metade do século passado, a maioria dos países do mundo vem vivenciando um processo de envelhecimento populacional e do aumento da longevidade das pessoas. Vários estudos nessa vertente têm sido realizados, no sentido de compreender os fatores determinantes do aumento da expectativa de vida.

Estes estudos têm demonstrado que os seres humanos em condições ambientais favoráveis e com hábitos de vida saudáveis podem alcançar uma expectativa de vida média de 85 anos. (PATRÍCIO et al, 2008)

A questão alimentar é considerada como sendo um fator preponderante relacionado ao aumento da longevidade. A ingestão excessiva de alimentos associada a obesidade e outras doenças podem encurtar o tempo de vida das pessoas.

O fator genético tem sido pesquisado, cada vez mais, na tentativa de identificar os genes responsáveis pela longevidade. Estudos têm demonstrado que aproximadamente 25% do tempo de vida das pessoas está relacionados com o componente genético. Paralelo aos estudos genéticos existe a investigação relacionada ao componente hereditário. Filhos de pessoas centenárias parecem ter menor risco de doenças associadas com a idade, com o infarto, hipertensão e diabetes. (PATRÍCIO et al, 2008)

Para Vecchia et al (2005), não basta envelhecer, é necessário, que o indivíduo se torne um idoso saudável. Aumentar a expectativa de vida não é suficiente para garantir ao idoso uma qualidade de vida.

Segundo os autores supracitados, a definição de qualidade de vida é algo subjetiva e abrangente e está agregada á maneira pela qual o indivíduo se relaciona consigo, com sua família e sociedade. Permeado de seus valores culturais, sociais, éticos e religiosos. Tudo isso está intrinsecamente associado ás suas condições socioeconômicas.

Esses mesmos autores desenvolveram um estudo sobre qualidade de vida na terceira idade, na cidade de Botucatu, com um número de 365 idosos participantes do estudo. Nessa oportunidade fora proposta uma pergunta aos participantes. “O que é qualidade de vida para o (a) Sr (a)”?. Os pesquisadores identificaram 11 categorias de respostas, porém destacarei a três primeiras.

Dos 365 idosos, 179, ou seja, 49% relacionaram a qualidade de vida aos relacionamentos interpessoais, enfatizaram os laços familiares e sociais. Ao destacarem os seus familiares, argumentaram no tocante á participação na educação dos netos.

Outros 142, ou seja, 38,9% acreditam que a qualidade de vida está agregada aos bons hábitos. Como: o consumo de alimentos saudáveis prática esportivas regulares e a recusa a vícios, principalmente ao consumo de drogas.

Outra parcela equivalente a 125 idosos ou 34,25% associam qualidade de vida ás questões emocionais destacam a satisfação pessoal, o bom humor e a felicidade como incrementos básicos para a promoção e manutenção de uma vida que contemple uma boa qualidade de vida.

Mediante ás projeções demográficas, em relação a população idosa, as políticas públicas precisam enfatizar alguns incrementos básicos para o alcance do bem estar dos idosos. O incentivo á autonomia, a participação, a autossatisfação, a sua valorização, viabilizam o processo

de inter-relacionamento e a satisfação individual e coletiva dos cidadãos de terceira idade. (VERAS, 2007).

4.2 Interdisciplinaridade, integralidade e humanização da assistência.

Na medida em que, a sociedade envelhece os problemas de saúde dos idosos de uma nação desafiam o sistema de saúde, principalmente com o aumento das doenças crônicas. Isto, implica na urgência de priorizar a prevenção e promoção da saúde.

No Brasil, o Ministério de Saúde, aprovou em 1999, a Política Nacional de Saúde do Idoso sendo atualizada em 2006. Esta política assume que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e do estilo de vida, é a perda da capacidade funcional e assim acarretar transtornos à realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária. (SILVESTRE e NETO, 2003)

Para atender a esta demanda de saúde, é necessário investimento na formação profissional qualificada. Para Martins Sá (2002), o profissional que pretende atuar na atenção ao idoso deve ter um perfil apto a

aprender, histórica e criticamente o processo de envelhecimento em seu conjunto; compreender o significado social da ação gerontológica; situar o desenvolvimento da gerontologia no contexto social-histórico; atuar nas expressões da questão da velhice e do envelhecimento, formulando e implementando proposta para o enfrentamento; realizar pesquisas que subsidiem a formulação de ações gerontológicas; compreender a natureza interdisciplinar da gerontologia buscando ações compatíveis no ensino, pesquisa e assistência; zelar por uma postura ética e solidária no desempenho de suas funções; orientar a população idosa na identificação de recursos para o atendimento das necessidades básicas e de defesa de seus direitos. p.232.

Para Camacho (2002), a interdisciplinaridade na área gerontológica é subsídio necessário, que merece destaque, pois significa a adição e interação dos conhecimentos dos profissionais, em favor da saúde e bem estar dos idosos.

Desta forma, a formação do profissional que irá trabalhar na área de saúde do idoso, está intrinsecamente vinculada à compreensão do “ser velho”, do processo de envelhecimento e suas repercussões biopsicossociais, diante do qual se faz necessário o trabalho interdisciplinar.

A complexidade dos fatores que envolvem a prática da geriatria nos leva a caracterizar esta prática como interdisciplinar, uma vez que, o retorno da capacidade funcional e cognitiva dos pacientes idosos, na maioria das vezes depende da reabilitação conduzida por uma equipe de profissionais. (SANTRAIN e VIEIRA, 2008)

O enfoque interdisciplinar deve ser exercido com a visão de integralidade das ações de atenção ao idoso. Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a integralidade da atenção a saúde deve ser considerada como eixo norteador da necessidade de mudanças na formação dos profissionais.

A contribuição da interdisciplinaridade representa não apenas a eliminação de barreiras profissionais entre as disciplinas, mas possibilita uma prática organizacional, em que são levadas em consideração saberes, atitudes e valores. (CAMACHO, 2002)

Para Minayo (1994), a interdisciplinaridade significa a relação com o mundo da vida, em que se estabelecem conexões e correspondências entre a especialização e o saber geral e entre o saber especializado e a reflexão filosófica.

O envelhecimento da população brasileira e a mudança da estrutura etária requerem das políticas públicas e dos profissionais de saúde um posicionamento bem definido e com ênfase no trabalho interdisciplinar.

Uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso é a capacitação de recursos humanos para atenção ao idoso. O artigo 3º da portaria interministerial 5.153, determinou a elaboração de protocolos para capacitação de cuidadores, formal e informal, institucional e entre eles o familiar. (BRASIL, 1999)

De acordo com Duarte (1996), o cuidador é aquele profissional que convive diariamente com o idoso, prestando-lhe cuidados, ajudando com a alimentação, administrando medicamentos, ajudando nas atividades de reabilitação e interagindo com a equipe terapêutica. Esta autora classifica o cuidador formal, com sendo uma pessoa contratada para acompanhar e auxiliar o idoso de forma remunerada e o cuidador informal como algum membro da família ou mesmo algum amigo ou vizinho.

Para Moraes et al (2008), a família representa a principal instituição cuidadora de idosos debilitado. Porém, atualmente com os reduzidos índices de fecundidade, registrados em nosso país, aliados ao aumento significativo das mulheres no mercado de trabalho, esses fatores podem restringir as possibilidades de cuidado aos idosos com grande comprometimento físico e psíquico.

Ainda segundo o autor supracitado, o idoso para obter um envelhecimento com qualidade de vida deve contar com uma estrutura de apoio social. A condição da participação social é considerada, uma importante situação de proteção à saúde e bem-estar desse indivíduos.

Para Pavarini citado por Araújo e Ceolim (2007), a mudança de seu domicílio para uma instituição, pode desencadear no idoso condições senis como; a depressão, a confusão mental, a deformação das situações reais, o declínio da autoestima, agravando a sensação de fuga social, incidindo em um quadro de solidão e insegurança.

Para o indivíduo idoso o amparo familiar é de suma importância. Uma vez que, não possa contar com o apoio de sua família, esse idoso sentir-se-á desamparado, perdido em meio a um mundo, que valoriza somente os indivíduos jovens, em função de sua produtividade. Então os sentimentos de auto depreciação começam a surgir em resposta às recusas sociais. Incapacidade, improdutividade, inutilidade, passam a ser as palavras de destaque em sua vida, sem esperança.

Aumento demográfico da população idosa é um fenômeno, que merece a mobilização dos órgãos públicos e de toda sociedade. (DAVIM et al, 2004).

Normalmente o idoso sem o ajuda de seus familiares, acaba indo morar em uma instituição de longa permanência. O asilo quase sempre são moradias impróprias, digna do idoso, restringindo seu inter-relacionamento e cerceando-lhe seu direito á cidadania. (VIEIRA, apud DAVIM et al, 2004).

Conforme Silva (1997), as instituições asilares são locais com ambiente físico similar a de grandes abrigos. Poucos são os locais que possuem profissionais qualificados para a assistência social e de saúde ou que desenvolvam efetivamente programas de incentivo á independência e autonomia de seus moradores. Realmente esses indivíduos vivem em regime de cárcere, sem direito á socialização, conduzidos por normas e padrões, muitas vezes desnecessários e exagerados. Os gestores desses estabelecimentos, quase sempre filantrópicos, imbuídos somente pelo amor ao próximo e objetivando o acolhimento ao idoso desamparado, esquecem-se da dimensão da vida desses seres humanos, restringindo-lhes seus direitos, em função da sua "baixa" expectativa de vida.

Para Brito e Ramos, citados por DAVIM (2004), concordam com o autor anteriormente mencionado, ao reforçarem a ideia da precariedade da maioria dos asilos brasileiros. Constitui-se, também, a modalidade mais antiga e universal de atendimento ao idoso, fora do seu convívio

familiar, tendo como, inconveniente, favorecer seu isolamento, sua inatividade física e mental, tendo, dessa forma, consequências negativas à sua qualidade de vida.

Esse quadro chama a atenção no que se refere à humanização da assistência ao idoso fragilizado e/ou institucionalizado. Para o desenvolvimento das ações humanizadas na atenção ao idoso é preciso conhecer mais sobre as características próprias deste grupo, levando em consideração o envelhecimento e suas múltiplas dimensões que abrange questões de ordem social, política e econômica. A equipe de saúde que atua na atenção ao idoso deve estabelecer objetivos humanísticos; intervenções que respeite os hábitos, crenças e costumes; compartilhamento de saberes visando a obtenção da saúde integral. (SAINTRAIM e VIEIRA, 2008)

A instituição de longa permanência para idosos, deverá oferecer um ambiente seguro e acolhedor. Promover o conforto e a dignidade dos idosos, enfatizar o relacionamento familiar e a integração comunitária. Restabelecer e conservar, o maior nível de independência e autonomia de seus internos, tendo como objetivo fundamental o aumento do bem estar biopsicossocial, enfatizando a qualidade de vida ao recuperar e promover a saúde desses indivíduos. (MORAES; et al, 2008)

5. Considerações finais.

Assim como as sociedades orientais, precisamos modificar nossos conceitos em relação ao envelhecimento, ao desvincular o fenômeno, aos interesses capitalistas, os quais condicionam o acontecimento, a incapacidade, improdutividade e dependência. O indivíduo idoso antes de ser um “objeto produtivo” é sem dúvida um ser humano, dotado de sentimentos e emoções. O cotidiano de uma instituição de longa permanência é com certeza, muito desgastante. Para garantir aos pacientes uma assistência à saúde com objetivo ao alcance de uma boa qualidade de vida. É necessário em primeira instância que, os profissionais envolvidos no processo do cuidar, tratem os pacientes de forma integral e humana. A vida de um idoso institucionalizado, sem dúvida não é fácil, pois a solidão e o abandono de seus familiares, em muitos casos, significam os fatores decisivos para o início de várias doenças psiquiátricas. Um ambiente harmônico e acolhedor, representam uma das maneiras, mais viável, para alcançar um bom inter-relacionamento, entre os idosos e a equipe de cuidados. Assim como a saúde mental, no Brasil, precisamos de nos movimentar, para transformarmos os paradigmas do envelhecimento, desta

forma no futuro, nossos idosos institucionalizados, talvez possam usufruir, de maneira mais real, de seus direitos a dignidade humana.

6. Referências

ARAÚJO, M.O. P. H; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social e da Saúde. **Portaria nº 5153**, de 07 de abril de 1999. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.mp.sp.gov.br>. Acesso em; 20 de outubro de 2010.

CAMACHO, A.C.L.F. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, 2002.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**. 2004, v.20, n.5. p.1400-1410.

COELHO FILHO, J. M. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. **Rev. Saúde Pública**, 2000; v.34.n.6, 666-671.

CORAZZA, M. A. **Terceira idade e atividade física**. São Paulo: Phorte, 2001.

DAVIM, R.M.B. et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, 2004.

DUARTE, M. J. R. S. Cuidadores? Porque e para que? Atenção ao idoso no domicílio. **Rev. Enfermagem**. 1996, v.34,p.126-130.

MACIEL, A.C. **Avaliação Multidisciplinar do paciente Geriátrico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

MARTINS SÁ, J. L. A. A formação de recursos humanos em gerontologia: fundamentos epistemológicos e conceituais. In: FREITAS, E. V; PY, L; CANÇADO, F. A. X; GORZONI, M> L, organizadores. Tradado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 1119-1124.

MEDEIROS, J. B. **Redação científica: A prática de fichamento, resumo e resenhas.** 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MINAYO, M. C. S. A interdisciplinaridade no conhecimento e prática de saúde do idoso. In: Jornada SBGG. Rio de Janeiro: SBGG; 1994, p. 74-75.

MORAES, E.N; SILVA, A.L. Bases do envelhecimento do organismo e do psiquismo. In: Edgar Nunes. **Princípios Básicos de Gerontologia e geriatria.** Belo Horizonte: Coopmed, 2008 a.2, p.21.

MORAES, Edgar Nunes de; MEGALE, Rodrigo Zunzarren. Avaliação da mobilidade. In; Edgar Nunes. **Princípios Básicos de Gerontologia e geriatria.** Belo Horizonte: Coopmed, 2008 b.6,p.105.

MORAES, E.N; Flávia L; KELLER, A.R; FREITAS M.T. Avaliação clínico-funcional do idoso. In; Edgar Nunes. **Princípios Básicos de Gerontologia e geriatria.** Belo Horizonte: Coopmed, 2008 c.4, p.78.

PASSOS, V. M. A; et al. Exercício Físico no idoso. In: de MORÃES, Edgar Nunes. **Princípios Básicos de Gerontologia e geriatria.** Belo Horizonte: Coopmed. 2008.14, p. 221.

PATRÍCIO, K. P et al. O segredo da longevidade segundo as percepções dos próprios longevos. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Abrasco, v. 13, n. 14, p. 1189-1198.

PAVARINI, S. C. L. et al . A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? **Texto contexto - enferm.** , Florianópolis, v. 14, n. 3, 2005. p.4.

SAINTRAIN, M> V. L; VIEIRA, L. J. E. S. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 14, p. 1127-1132.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico.** 22 ed. E ampliada de acordo com a ABNT. São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA YA. A enfermagem nos serviços e programas públicos de atenção ao idoso. **Texto & Contexto Enfermagem** 1997 maio-agosto; 6(2): 127-36.

SILVESTRE, J.A; NETO, M. M. C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847.

VECCHIA, Roberta Dalla et al . Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev. bras. Epidemiol.** , São Paulo, v. 8, n. 3, 2005.

VERAS, Renato Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública,** 2007, vol.23, n. 10, ISSN 0102-311X.

VIEIRA, E B. Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais cuidadores e familiares. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 1996, apud DAVIM, Rejane Marie Barbosa et al . Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, 2004.