

## PERFIL DA PESSOA IDOSA USUÁRIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO LESTE MINEIRO

Tamara Maciel MOREIRA<sup>1</sup>, Marília da Conceição CORDEIRO<sup>2</sup>, Carlos Alberto DIAS<sup>3</sup>, Elaine Toledo Pitanga FERNANDES<sup>4</sup>, Marileny Boechat FRAUCHES<sup>4</sup>, Suely Maria RODRIGUES<sup>4</sup>.

UNIVALE-Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, MG, Brasil.

1. Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade vale do Rio Doce- UNIVALE
2. Graduanda do Curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Doce- UNIVALE
3. Professor do Curso de Turismo da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri- UFVJM
4. Professora Adjunta do Curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Doce- UNIVALE

### RESUMO

O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil sociodemográfico da pessoa idosa usuária da ESF em Governador Valadares. A amostra foi constituída por 163 idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos. Resultados demonstram que 72,4% são do sexo feminino e 78,5% possuem baixa renda; 42,2% são casados, 36,8% viúvos e 10,3 % são solteiros. Em relação a escolaridade 27,5% não possuem nenhuma instrução, 36,8 % possuem uma doença crônica, 46,1% fazem uso de até três medicamentos/dia e procuram com frequência a ESF. Conclui-se que há maior participação de mulheres, baixo nível escolar, pequena renda e residem com algum membro familiar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde.

Área: Políticas Públicas

## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), estima-se que até o ano de 2025 o Brasil será o sexto país com mais idosos. Essa mudança etária não é característica apenas da população brasileira, mas de todo o mundo. A proporção de indivíduos com 60 anos ou mais está aumentando rapidamente em decorrência de um gradativo declínio nas taxas de fecundidade e de mortalidade, bem como da prevenção e tratamento das doenças associadas com morte prematura e o avanço no tratamento específico de doenças infecciosas e a utilização de programas de imunização. Esses fatores associados promovem a base demográfica para um envelhecimento real dessas populações.

A transição de uma população jovem com alta mortalidade para uma população envelhecida com baixa mortalidade provoca uma profunda alteração no perfil da morbidade e causas de mortes desta população, também chamada de transição epidemiológica. Basicamente temos a substituição das doenças infectocontagiosas pelas doenças crônicas não transmissíveis, como principais causa de morte em uma população (OMS, 1984). O que ocorre, na verdade, é que com a diminuição percentual de crianças, diminui também a parcela da população mais suscetível às doenças infecciosas, e com o aumento da proporção de idosos aumenta também a cota de pessoas passíveis de contrair uma doença crônica do tipo das doenças cardiovasculares (RAMOS et al., 1993).

Envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada (MENDES, 2005). Ao considerar que o notável crescimento de idosos na população reflete em ganhos positivos de desenvolvimento social, pondera-se, contudo, que o envelhecimento populacional também representa o crescimento de doenças crônico-degenerativas, com o estabelecimento de comorbidades que comprometam o grau de independência do idoso (BRITO, 2014).

No Brasil, considera-se idoso aquele indivíduo que tenha atingido a idade de 60 anos, existindo uma legislação específica do Ministério da Previdência e Assistência Social (Lei nº 8842, de 04/01/1994 e Decreto nº1948, de 03/06/1996). É esta legislação que regulamenta a Política Nacional do Idoso e prevê a formação do Conselho Nacional do Idoso. Nesta política está contemplada a questão da saúde e assistência social, à qual todo idoso tem direito (BRASIL, 1998).

Baseado no conceito de autonomia ou habilidade/capacidade funcional, a OMS (1983) classificou os pacientes idosos em três grupos. Funcionalmente independente, que são indivíduos sadios, que podem apresentar uma ou duas doenças crônicas não graves e controladas por medicação e com algum declínio sensorial associado à idade, mas que vivem sem necessitar de ajuda. Parcialmente independente que se caracterizam como indivíduos lúcidos, porém com problemas físicos debilitantes crônicos, de caráter médico ou emocional, com perda do seu sistema de suporte social, o que faz com que estejam incapazes de manter independência total sem uma assistência continuada. A maioria dessas pessoas vive com a família ou em instituições com serviços de suporte. E por fim, Totalmente dependente que são aqueles cujas capacidades estão afetadas por problemas físicos debilitantes crônicos, médicos e/ou emocionais, que os impossibilitam de manter autonomia. Essas pessoas estão impossibilitadas de viver com independência e geralmente estão institucionalizadas, recebendo ajuda permanente.

Estes conceitos são úteis ao contexto do envelhecimento, pois estão ligados à manutenção da autonomia dos idosos, ou seja, ao grau de independência com que desempenham as funções no dia-a-dia dentro de seu contexto sócio-econômico e cultural. Do ponto de vista prático, estas funções podem ser medidas através do desempenho das atividades diárias, como por exemplo, a capacidade de cuidado pessoal (higiene), preparo das refeições,

manutenção básica da casa. A operacionalização deste conceito é difícil, mas seus resultados são mais detalhados do que os obtidos apenas com utilização do conceito de envelhecimento cronológico (WHO, 2002).

Com o aumento da população idosa as doenças advindas do envelhecimento tendem a aumentar crescendo expressivamente a demanda dos serviços de saúde e, por conseguinte, o aumento dos recursos despendidos na área. Por essa mudança demográfica se dar de maneira rápida são necessários vários ajustes e implementações no serviço de saúde para que a qualidade de vida desta faixa etária seja preservada, desta forma, buscam-se formas de aperfeiçoar a aplicação de recursos para tornar o sistema de saúde mais eficiente (CONTANDRIOPOULOS, 2006; DONABEDIAN, 2005; VIACAVA et al., 2004).

A instalação de programas que buscam promover a qualidade de vida a considerando em sua totalidade, marca o início de um ambiente propício para que a população tenha subsídios para envelhecer com saúde e qualidade de vida. O Sistema Único de Saúde, o SUS, foi implantado no Brasil na Constituição de 1988, meio a um ambiente propício para o surgimento de um novo programa social, já que se instalava uma nova concepção de saúde em nosso país. Antes a saúde era entendida como “estado de não doença”, o que fazia que toda lógica girasse em torno da cura de agravos à saúde (BRASIL, 2000). Com isso a ênfase era voltada apenas para as consequências e não para a causa. A partir de então o conceito de saúde passa por uma redefinição que é associada à qualidade de vida, assim, a saúde começa a se relacionar com a, moradia, educação, renda familiar, saneamento básico, alimentação, vigilância sanitária e até mesmo o meio ambiente. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde, sendo denominado atualmente por Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este se apresenta como uma proposta de reestruturação da atenção primária, centrada na família, entendida e percebida em seu ambiente físico e social (MARTINS; GRACIA; BARBOSA, 2008). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um dos principais eixos do setor público de saúde e sua característica básica é prover a atenção básica em saúde, aumentando o acesso da população com base numa modalidade de atendimento que visa à transformação do modelo assistencial (CAMARGO, 2008). O programa tem como estrutura básica o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva aos usuários, visando sempre minorar os danos e sofrimentos que podem ocorrer ao longo do tratamento, garantindo assim sua integralidade.

A Atenção Primária em Saúde (APS) tem sido considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde e para a garantia de melhorias nas condições de saúde da população. Vários estudos comprovam que países que possuem sistemas organizados a partir da APS apresentam menores taxas de incidência de doenças e de internação, redução de taxas de mortalidade prematura por causas evitáveis, menores custos e maior equidade na oferta de serviços (MACINKO; STARFIED; SHI, 2003; WHO, 2004).

O objetivo deste presente estudo é caracterizar perfil sócio demográfico da pessoa idosa usuária da estratégia de saúde da família no município de Governador Valadares. Observa-se a relevância da caracterização dos usuários contemplados pelo serviço, uma vez que este permite estipular prioridades e aperfeiçoar o gerenciamento de tempo e gastos, aumentando assim a eficácia e eficiência das ações, e por fim melhorar a qualidade da assistência.

## METODOLOGIA

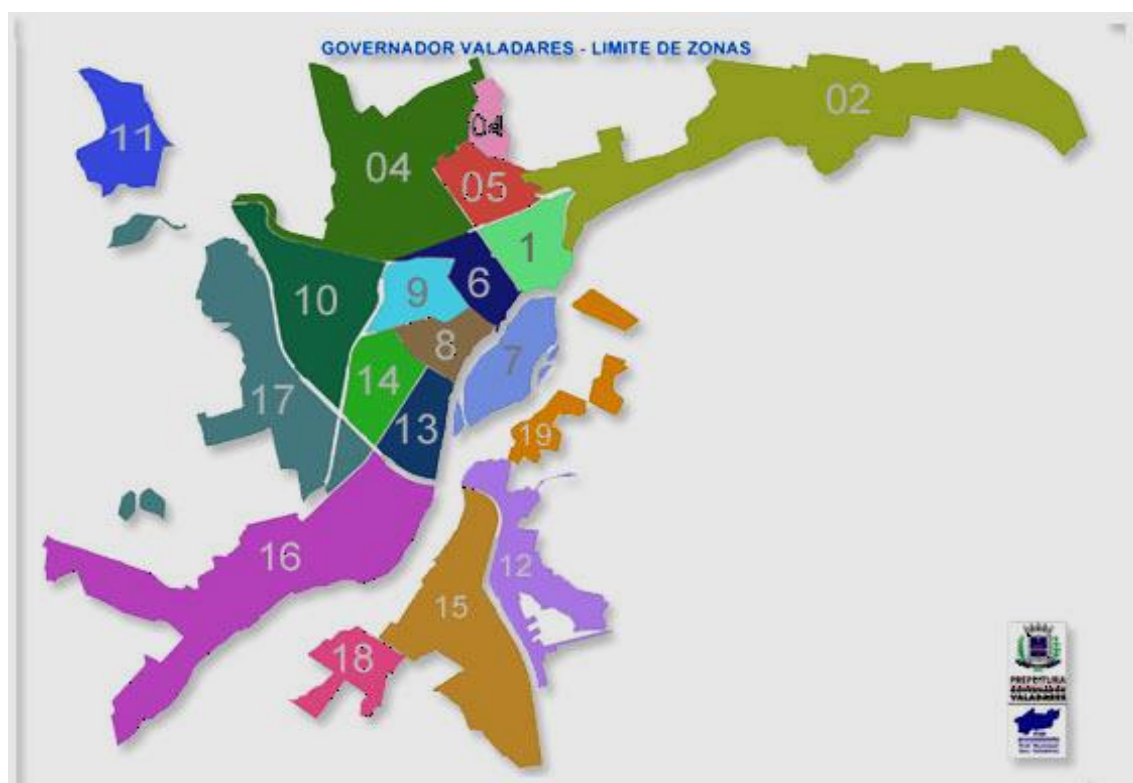
Foram consideradas as normas éticas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce de acordo com o Parecer 532.075.

Foi adotada neste estudo uma abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa é um método orientado à busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais, sem interesse para a dimensão subjetiva. São descritos como objetivos reprodutíveis e generalizáveis, sendo amplamente utilizados para avaliar programas que tenham um produto final estável e mensurável (SERAPIONI, 2000).

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal. O modelo de estudo do tipo transversal é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e inter-relação num determinado momento (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

O universo do estudo onde a pesquisa foi realizada, Governador Valadares, possui 261.261 habitantes (DATASUS, 2007), sendo 21.428 idosos, representando 8,3% da população. Neste município há 48 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 35 possuem equipe do Programa de Saúde da Família (PSF). Destas, 22 realizam atendimento odontológico ambulatorial à comunidade por meio da Estratégia de Saúde Bucal (ESB).

O município é dividido em 19 regiões, abrangendo toda a zona urbana. Somente em 02 regiões não há UBS, sendo os indivíduos residentes nestes locais encaminhados para uma unidade de saúde mais próxima. O número total de idosos cadastrados nas ESF é de 13.659 idosos.



**Região 01:** Centro – Esplanada – São Tarcísio

**Região 02:** São Pedro – Universitário – Santos Dumont – Chácaras Braúnas – Sítio das Flores – Sir- Vila Mariquita

**Região 03:** Santa Helena – Santa Efigênia

**Região 04:** Maria Eugenia – Esperança – Morada do Vale – Grã-Duquesa

**Região 05:** Carapina – Nossa Senhora das Graças

**Região 06:** Centro – Vila Mariana

**Região 07:** Ilha dos Araújo

**Região 08:** Lourdes – Santa Terezinha

**Região 09:** Acampamento – São Geraldo – Vila Mariana

**Região 10:** Altinópolis – Mãe de Deus – Santo Antonio – Vista Alegre

**Região 11:** Jardim do Trevo – Santa Paula

**Região 12:** Vila Isa – Vila Park Ibituruna – Vila Park São João

**Região 13:** São Paulo – Santa Terezinha

**Região 14:** Lourdes – Vila Bretas

**Região 15:** Azteca – Jardim Atalaia - Jardim Vera Cruz – Jardim Ipê – São Raimundo – Vila Isa

**Região 16:** JK – Santa Rita

**Região 17:** Bela Vista – Jardim Perola – Distrito Industrial – Kennedy – Nova Vila Bretas – Palmeiras – Planalto – São José - Turmalina – Vila Ozanan

**Região 18:** Vila dos Montes – Vila do Sol

**Região 19:** Elvamar – Shangrilá – Vilage da Serra

A amostra foi constituída de indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Governador Valadares. Para definição do tamanho da amostra foi realizado um cálculo amostral, baseado no método de estimativa para proporção. O nível de confiança considerado foi de 95%, erro de 5% e o padrão considerado de 50%.

A partir do total de idosos cadastrados em cada Estratégia de Saúde da Família, obteve-se a proporcionalidade da amostra, por região. Este procedimento foi feito considerando-se que cada ESF representa uma região geográfica do município. Desse modo, a chance de participação dos idosos, de todas as localidades, ficou garantida.

Foram incluídos na amostra indivíduos fisicamente independentes e com função cognitiva preservada para responder ao inventário sociodemográfico. Estas condições serão avaliadas a partir dos 27 prontuários arquivados nas ESF e com auxílio dos profissionais de saúde que atuam nas mesmas (médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde). A presença de doenças crônicas não será considerada, uma vez que idosos podem adaptar-se as mesmas e ter uma vida autônoma e independente.

Foi utilizado um inventário sociodemográfico, baseado no estudo de Fleck (2008), que identificou os indicadores de saúde e a utilização dos serviços de saúde. As variáveis incluídas são: idade, sexo, situação conjugal, renda mensal individual e familiar, escolaridade, vivência familiar, número de consultas médicas realizadas na ESF (nos últimos 6 meses), número de doenças referidas (nos últimos 6 meses), número de medicamentos utilizados diariamente (nos últimos 6 meses).

Visando verificar o modo de abordagem das questões e tempo gasto com as perguntas do questionário, foi realizado um estudo piloto com 10 indivíduos idosos em tratamento na Clínica Odontogerátrica do curso de Odontologia de uma Instituição de Ensino Superior, observando os critérios de inclusão e exclusão. Porém os dados obtidos não foram considerados para o estudo principal.

Para a coleta dos dados em todas as ESF, inicialmente o pesquisador se reuniu com o responsável da Unidade, detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo. Após autorização, foi agendado o dia e horário adequado para realização da coleta, levando em consideração que a pesquisa não poderia interferir no funcionamento dos procedimentos programados pela equipe de saúde.

Na data estabelecida, o pesquisador reuniu com os idosos presentes para o atendimento na ESF, explicando os objetivos do trabalho, os procedimentos aos quais seriam submetidos, assegurando o caráter confidencial de suas respostas e seu direito de não identificação.

Reforçara que a pesquisa possui caráter voluntário e que os todos participantes necessitariam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada em uma sala de consulta da Unidade Básica de Saúde. Cada indivíduo participante da pesquisa foi encaminhado para o local da coleta de dados com o auxílio de um membro da equipe de saúde da UBS. Proporcionando assim, um ambiente reservado evitando causar medo ou “stress”.

Os dados quantitativos foram analisados através do *software* SPSS (v.16.0). Primeiramente foi realizado o cálculo da distribuição de frequência e, em seguida, utilizou-se o teste do  $\chi^2$  ( $p < 0.10$ ) para avaliar o relacionamento entre a variável dependente e as variáveis independentes (análise bivariada).

## RESULTADOS E DISCUSÃO

A atenção para as questões de saúde no processo do envelhecimento tem crescido nas últimas décadas em virtude da crescente população idosa mundial. O aumento da expectativa de vida é considerado uma valiosa conquista humana e social. Um olhar sobre o envelhecimento e a saúde do idoso é um ponto inicial a partir do qual se busca refletir sobre a promoção do envelhecimento saudável e sobre as diretrizes para as políticas de atenção ao idoso.

A pesquisa contou com a participação de 163 idosos na faixa etária de 60 a 102 anos de idade, com a predominância do sexo feminino (72,4%). A maior participação de mulheres encontrada neste estudo provavelmente possivelmente pode ser relacionada a uma maior preocupação e cuidado em relação à saúde, há uma procura maior por consultas preventivas, além disso, a mulher possui uma postura mais receptiva aos tratamentos de saúde, como adesão a tratamento medicamentoso regular e exames preventivos. Todos os resultados encontrados estão dispostos na Tabela 1.

As mulheres apresentam maior flexibilidade e dinamismo em relação ao envelhecimento, buscando sempre que possível sanar as demandas cotidianas de saúde (FIGUEIREDO, 2005; BULGARELLI, MANÇO, 2008). O maior percentual de mulheres nas pesquisas decorre da sua maior longevidade, pois, dentre outras causas, estas possuem menor exposição a fatores de riscos, como tabagismo e etilismo, além das diferenças de atitude entre homens e mulheres em relação controle e tratamento das doenças (COELHO, 1999; LEBRÃO, 2005). Já a resistência masculina em se cuidar decorre das variáveis culturais ligadas aos estereótipos de gênero que permanecem na nossa cultura. O “ser homem” estaria relacionado à ideia de invulnerabilidade, força e virilidade (GOMES, 2008; COURTENAY, 2000).

A maior presença do sexo feminino neste estudo também pode estar associada ao fenômeno da “feminização da velhice”, ou seja, as mulheres representam a maioria da população idosa mundial, com diferença na expectativa de vida entre os gêneros. Em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens (IBGE, 2005)

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e de saúde dos idosos usuários do SUS em uma Unidade de saúde da família de um município de médio porte.

<b>Características</b>		<b>Frequência n (%)</b>
<b>Sexo</b>	Feminino	<b>118 (72,4)</b>
	Masculino	<b>45 (27,6)</b>
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>	0	<b>62 (38,0)</b>
	1-4	<b>87 (53,4)</b>
	≥ 5	<b>14(8,6)</b>
<b>Condição econômica individual</b>	Com renda	<b>142 (87,1)</b>
	Sem renda	<b>21 (12,9)</b>
Renda familiar	Até 1 SM	<b>128 (78,5)</b>
	1.01- 6.3 SM	<b>35 (21,5)</b>
<b>Situação conjugal</b>	Com parceiro	<b>77 (47,2)</b>
	Sem parceiro	<b>86 (52,8)</b>
<b>Vivência familiar</b>	Sozinho	<b>31 (19,0)</b>
	Acompanhado	<b>132 (81,0)</b>
<b>Nº consultas médicas na UBS (últimos 6 meses)</b>	≤3	<b>84 (51,5)</b>
	≥ 4	<b>79 (48,5)</b>
<b>Nº doenças relatadas (últimos 6 meses)</b>	≤1	<b>100 (61, 3)</b>
	≥ 2	<b>63 (38,7)</b>
<b>Modelo de trabalho da Unidade freqüentada</b>	Tradicional	<b>44 (27,1)</b>
	ESF	<b>119 (72,9)</b>

Em relação à escolaridade 53,4% dos participantes declarou possuir de um a quatro anos de estudo. Ao considerar-se o fato dos participantes possuírem, em sua maioria, pequeno ou nenhum nível de escolaridade, é possível que esse resultado seja decorrente da falta de oportunidade de acesso ao ensino, ou seja, da exclusão desses indivíduos do sistema educacional quando em idade escolar.

No estudo desenvolvido por Veras (2001) sobre escolaridade em idosos foi constatado que existe maior prevalência de analfabetismo do homem sobre a mulher. Isto reflete o contexto sociocultural do século passado, época em as mulheres eram cuidadoras do lar e quase não frequentavam a escola. Além disso, é apontado por Noronha e Andrade (2008) que idosos com baixa escolaridade apresentam pior estado de saúde em função de hábitos inadequados, maior exclusão e menor nível de informação e condições socioeconômicas para acessar serviços precocemente.

Ao considerar a renda familiar, 87,1% afirmaram viver com um rendimento mensal. Observou-se que 78,5% recebem um salário mínimo mensal proveniente da aposentadoria. O

dado em questão pode ser resultado da ampliação da cobertura da previdência e da legislação da assistência social estabelecida pela Constituição de 1988, que garante aos idosos carentes maiores de 65 anos um salário mínimo mensal (BRASIL, 1997). Uma boa situação socioeconômica mostra-se associada à melhor qualidade de vida. Problemas financeiros podem reduzir o bem-estar em idosos, atuando como fator de risco à saúde. Quanto menor o poder aquisitivo, menor é o acesso aos serviços de saúde bucal e à informação (FREEMAN, 2002).

Vale ressaltar que os recursos socioeconômicos estão diretamente ligados a qualidade de vida. Estudos realizados por Jakobsson (2004) foi constatado que problemas financeiros reduzem o bem-estar em idosos. Esta realidade limita o acesso a bens de serviços e de consumo, como alimentação e moradia adequadas, e se agrava quando pesquisas constatarem que grande parte dos idosos é provedor de sua família (LEBRÃO, 2005). No entanto, no presente estudo não foi percebido influência significativa na variável renda, o que pode ser supostamente atribuído ao fato de que se trata de um município de pequeno porte.

Sobre o estado civil foi observado que 42,2% são casados, 36,8% viúvos e 10,3% solteiros. Segundo a OMS (2001), o ambiente físico em que o idoso está inserido e seu cuidador pode determinar a dependência ou não do indivíduo. É importante que ele se sinta seguro e seja estimulado a exercer suas atividades diariamente. Neste estudo, a maior parte dos idosos moram acompanhados, o que se mostra como um fator positivo já que o “marar sozinho” se configura como um ambiente de risco onde é comum o desenvolvimento de quadros depressivos consequentes da solidão e sensação de abandono.

Sobre as condições de saúde, 36,8% dos idosos relatou possuir pelo menos uma doença sistêmica e 46,1% consomem habitualmente de um a três medicamentos por dia. Sobre a quantidade de consultas médicas realizadas nos últimos seis meses, 59,6% afirmaram terem ido até três vezes em média à UBS. Esta alta taxa de consultas pode ser paralelamente associada à busca da medicação. A população idosa é um dos maiores consumidores de medicação controlada e permanente. Estima-se que 23% da população brasileira consomem 60% da produção nacional de medicamentos e que 64,5 milhões de pessoas em condições de pobreza não têm como custear suas necessidades básicas, tampouco tem acesso aos medicamentos, excetuando-se os da rede pública, e que mais de 80% tomam, pelo menos, um medicamento diariamente (SILVA et al., 2010). Coelho (2005) correlaciona também a alta frequência de consultas por parte dos idosos seja uma busca de segurança e cuidados em relação à saúde.

Os idosos utilizam com frequência regular o serviço de saúde. Este dado pode ser devido ao fato da organização do serviço e a distribuição das Unidades de Saúde estar na proximidade da moradia do usuário, facilitando a efetiva utilização, sendo este local o primeiro acesso ao sistema de saúde. As desigualdades socioeconômicas indicam diferentes tempos e formas de adoecer, diferentes necessidades e capacidades de procurar e usar serviços de saúde. A capacidade de acesso aos serviços identifica o movimento da busca, da capacidade do idoso acessar e usar os serviços de saúde conforme sua disponibilidade e necessidade. A utilização dos serviços demonstra sua acessibilidade e, indiretamente, indica a equidade de um sistema de saúde. Essa capacidade está diretamente relacionada, além da renda e escolaridade, à disponibilidade da oferta da rede pública e privada. Mas, a maior utilização não está necessariamente relacionada a uma melhor atenção à saúde do idoso (LOUVISON, 2008).

O modelo de atenção adotado na maioria nas Unidades pesquisadas é do tipo ESF. Inclui profissional como médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento da população residente na área de abrangência do serviço.



## CONCLUSÕES

Foi possível observar que os idosos desta pesquisa formam um grupo de indivíduos com maior participação de mulheres. Possui pouca escolaridade; baixa renda, proveniente da aposentadoria. Quanto a vivencia familiar reside com algum membro da família.

Quanto às condições de saúde, buscam com frequência a Unidade evidenciando o "cuidar em saúde". Possuem pelo menos uma doença crônica e consomem regularmente de um a três medicamentos por dia.

## REFERÊNCIAS

BULGARELLI, Alexandre Fávero; ARX, Manço. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. **Cien Saúde Colet**, v. 13, n. 4, p. 1165-1174, 2008.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 1997.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Lei nº 8842, de 04/01/1994 e Decreto nº1948, de 03/06/1996. **Política Nacional do Idoso**. 2. ed. Brasília,1998. 32p.

BRITO, Maria da Conceição Coelho et al. Atenção à saúde do idoso e família: evidências da produção científica. Kairós. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**. ISSN 2176-901X, v. 17, n. 1, p. 87-101, 2014.

COELHO, Eduardo Barbosa et al. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arqbrascardiol**, v. 85, n. 3, p. 157-61, 2005.

COELHO FILHO, João Macedo; RAMOS, Luiz Roberto. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 445-53, 1999.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.705-710, 2006.

COURTENAY, Will H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Social science& medicine**, v. 50, n. 10, p. 1385-1401, 2000.

DATASUS. Banco de dados: Departamento de Informática do SUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: [www. cnes.datasus.gov.br](http://www.cnes.datasus.gov.br). Acesso em: 18 mar. 2007.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-9, 2005.

FLECK, Marcelo Pio. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. ArtmedEditora, 2009.

FREEMAN, Ruth. Social exclusion, barriers and accessing dental care: thoughts on planning responsive dental services. **Brazilian Journal of Oral Sciences**, v. 1, n. 1, p. 34-39, 2015.

GOMES, Romeu. Sexualidade masculina, gênero e saúde. In: **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Fiocruz, 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais 2004. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.

JAKOBSSON, Ulf; HALLBERG, Ingalill Rahm; WESTERGREN, Albert. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. **Quality of Life Research**, v. 13, n. 1, p. 125-136, 2004.

LEBRÃO, Maria Lúcia; LAURENTI, Rui. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol**, v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

LOUVISON, Marília Cristina Prado et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 733-740, 2008.

MACINKO, James; STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. **Health services research**, v. 38, n. 3, p. 831-865, 2003.

MENDES, Márcia RSS et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta paulista de enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 422-426, 2005.

NORONHA, Kenya Valéria Micaela; ANDRADE, Mônica Viegas. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. **Rev Panam Salud Publica**, v. 17, n. 5/6, p. 411, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Aplicaciones de la epidemiologia al estudio de los ancianos, Ginebra, 1984. Informe.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE; ATUN, Rifat. **What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004.

Organización Mundial de la Salud. Salud y envejecimiento: un documento para el debate: versión preliminar. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2001.

RAMOS, Luiz Roberto et al. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. **Gerontologia**, v. 1, n. 1, p. 3-8, 1993.

Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodologia de Pesquisa, 3ed, São Paulo: Editora Mc Graw – Hill, 2006.

Serapioni M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para interação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.187-192, 2000.

SILVA, Carla Silvana Oliveira et al. Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 811-18, 2010.

VERAS, Renato. Velhice numa perspectiva de futuro saudável. UERJ, 2001.

VIACAVA, Francisco et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciênc saúde coletiva**, v. 9, n. 3, p. 711-24, 2004.