

Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil

Epidemiological profile of the elderly population in Belo Horizonte, MG, Brazil

Perfil epidemiológico de la población de ancianos de Belo Horizonte, MG, Brasil

Meire Chucre Tannure¹, Marília Alves¹, Roseni Rosângela de Sena¹, Tânia Couto Machado Chianca¹

¹Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, MG

Submissão: 05/05/2008

Aprovação: 09/01/2010

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa descritiva utilizando-se dados secundários da secretaria municipal de coordenação de política social de Belo Horizonte, cujo objetivo foi descrever o perfil epidemiológico da população idosa desta cidade. Os idosos de Belo Horizonte em 2000 representam 9,1% do total da população nela residente. Da população de idosos, 60,5% são mulheres e 39,4% são homens; 2,9% dos idosos apresentavam algum tipo de deficiência física, 16,4% alguma deficiência auditiva, 23,5% alguma dificuldade para enxergar, 24,1% alguma dificuldade para caminhar ou subir escadas e que 3,8% apresentavam problemas mentais. Concluiu-se que a parcela de pessoas idosas, fragilizada em Belo Horizonte era inferior à representada por aquela com boas condições de saúde. Envelhecimento não é sinônimo de incapacidade.

Descritores: Transição demográfica; Envelhecimento da população; Assistência a idosos.

ABSTRACT

This is a descriptive study using the data side of the municipal secretariat for coordination of social policy in Belo Horizonte, whose purpose was to describe the epidemiological profile of elderly population of this city. The elderly in Belo Horizonte in 2000 represent 9.1% of total population residing therein. Population of elderly, 60.5% are women and 39.4% are men, 2.9% of the elderly had some type of physical disability, 16.4% have hearing loss, 23.5% find it hard to see, 24.1% have difficulty walking or climbing stairs, and that 3.8% had mental problems. It was concluded that the share of elderly people, weakened in Belo Horizonte was represented by less than one with good health. Aging is not synonymous with disability.

Key words: Demographic transition; Aging population; Old age assistance.

RESUMEN

Este es un estudio descriptivo de la utilización de los datos secundarios de la secretaría municipal para la coordinación de la política social en Belo Horizonte, cuyo propósito fue describir el perfil epidemiológico de la población de ancianos de esta ciudad. Las personas mayores en Belo Horizonte en 2000 representan el 9,1% del total de la población que reside en ella. Población de personas mayores, 60,5% son mujeres y el 39,4% son hombres, el 2,9% de las personas de edad tenían algún tipo de discapacidad física, 16,4% tiene la pérdida de la audición, 23,5% tienen dificultades para ver, 24,1% tienen dificultades para caminar o subir escaleras, y que el 3,8% tenía problemas mentales. Se concluyó que la proporción de personas de edad avanzada, debilitados en Belo Horizonte estuvo representada por menos de uno con una buena salud. El envejecimiento no es sinónimo de incapacidad.

Descriptor: Transición demográfica; Envejecimiento de la población; Asistencia a los ancianos.

AUTOR CORRESPONDENTE

Tânia Couto Machado Chianca. Escola de Enfermagem da UFMG. Avenida Alfredo Balena 190. Sala 220.
CEP 30130-100. Belo Horizonte, MG.

INTRODUÇÃO

Um dos fenômenos de maior impacto deste novo século é o envelhecimento da população mundial resultante de um processo gradual de transição demográfica, constituindo-se em um desafio para o setor saúde e outras esferas da sociedade. O aumento mundial, do número de pessoas com 60 anos ou mais, é expressivo em número absoluto e relativo⁽¹⁾.

No Brasil o crescimento da população idosa tem ocorrido de forma acelerada. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, seremos o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas⁽²⁾. Essa situação de envelhecimento da população do Brasil é decorrente de mudanças, que vem acontecendo de maneira muito rápida nas três últimas décadas, decorrentes da redução da mortalidade infantil e do declínio acentuado da fecundidade⁽¹⁾.

Em vários países, inclusive no Brasil, com o declínio da fecundidade o ritmo de crescimento anual de nascimentos passou, imediatamente, a cair, o que fez com que se iniciasse um processo contínuo de estreitamento da base da pirâmide etária e o envelhecimento da população⁽²⁾.

Além disso, a queda da taxa de fecundidade tem contribuído para a redução de cuidadores domiciliares⁽³⁾ o que pode predispor à solidão e agravar os problemas causados por patologias múltiplas que ocorrem durante o envelhecimento humano. A falta de companhia do idoso está diretamente ligada a transformações no interior das famílias dentre elas o aumento da proporção das famílias com número reduzido de filhos, a inserção da mulher no mercado de trabalho e o aumento do número de divórcios, trazendo como consequência uma vida mais insular e uma redução do apoio familiar ao idoso⁽⁴⁾.

O Brasil hoje é um jovem país de cabelos brancos. Todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, passamos de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicações contínuas e exames periódicos⁽⁵⁾.

A ampliação do número de idosos gerando uma maior demanda no campo da saúde e da assistência social e um aumento na utilização do sistema de saúde⁽⁶⁾, como consequência do maior tempo de vida e das múltiplas patologias crônicas, configuram-se como os grandes gargalos e desafios do sistema de saúde⁽⁷⁻⁸⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem alertado todos os países para o fato de que as doenças crônicas serão a principal causa de morte e incapacidade no mundo em 2020, contribuindo com cerca de dois terços do total das doenças e trazendo enormes custos com os cuidados de saúde. Essas doenças crônicas incluem doenças não infecciosas, como diabetes, doenças do aparelho circulatório e respiratório, depressão e demência, e a AIDS⁽¹⁾.

A definição das políticas públicas direcionadas às pessoas idosa é necessária e o conhecimento das necessidades e condições de vida desse segmento etário torna-se imprescindível⁽⁹⁾.

Compreender as mudanças do perfil populacional do idoso brasileiro poderá auxiliar na realização de ações concretas para

essas pessoas, uma vez que apresentam situações especiais de necessidades sociais de saúde⁽¹⁾.

Torna-se estratégico a ampliação do campo de investigação sobre as condições de saúde da população idosa e suas demandas por ações de promoção e assistência à saúde⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Políticas sociais para promover a saúde do idoso e garantir um atendimento adequado de suas demandas não são perspectivas para o futuro, mas sim uma necessidade para o presente⁽¹⁰⁾. Deste modo o objetivo deste trabalho foi descrever o perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte.

Estudos epidemiológicos de base populacional adquirem importância nesse cenário por possibilitarem a identificação dos determinantes e dos fatores etiológicos do envelhecimento, podendo desse modo haver um melhor entendimento das diferentes situações clínicas e desse modo uma melhor assistência à saúde dessas populações buscando um prolongamento da vida humana por meio da prevenção das doenças e da promoção à saúde⁽¹⁾.

Conhecer o perfil epidemiológico do idoso em Belo Horizonte, pode favorecer a formulação de políticas públicas visando minimizar problemas futuros decorrentes de um inadequado planejamento de ações voltadas para a prevenção de agravos e promoção da saúde dessa população.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo descritivo sobre o perfil de idosos em Belo Horizonte, realizado em fontes de dados secundários.

As fontes de informação para o desenvolvimento deste trabalho foram obtidas em dados, da secretaria municipal de coordenação de política social, disponíveis no site da prefeitura de Belo Horizonte (<http://portal1.pbh.gov.br/pbh/index.html>), no link da saúde, no qual dentro de serviços e informações podem-se obter dados de indicadores de saúde. Nestes encontram-se dados demográficos oriundo dos Censos de 1991 e 2000 realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A análise dos dados permitiu construir o perfil epidemiológico da população de Belo Horizonte em 2000.

Foi possível descrever ainda o total da população brasileira recenseada e estimada no referido ano, e o total da população residente em Minas Gerais e em Belo Horizonte.

Os dados, sobre a população de idosos em Belo Horizonte, foram organizados por grupos de idades e perfil dos mesmos relacionado ao gênero, tipos de deficiência, capacidade de ouvir, capacidade de caminhar e subir escadas, capacidade de enxergar e incidência de problema mental permanente.

Foi realizada uma análise quantitativa, descritiva em números absolutos e frequência simples.

RESULTADOS

A população recenseada no Brasil no ano de 2000, segundo o IBGE foi de 169.799.170 pessoas. Dessas 17.891.494 em Minas Gerais (10,5%) e 2.238.526 em Belo Horizonte (1,3%). Do total da população residente em Belo Horizonte em 2000, 204.573 (9,1%) eram de pessoas com 60 anos ou mais, assim distribuída pelos seguintes grupos de idade (Tabela 1).

Em relação ao sexo das pessoas com 60 anos ou mais tínhamos

Tabela 1. Distribuição dos Idosos de Belo Horizonte em 2000 por grupos de idade.

Grupo de idade	n	%
Total de idosos com 60-64 anos	65.471	32,0
Total de idosos com 65-69 anos	50.733	24,8
Total de idosos com 70-74 anos	39.329	19,2
Total de idosos com 75-79 anos	24.243	11,9
Total de idosos com 80 anos ou mais	24.797	12,1
Total	204.573	100,0

Tabela 2. População idosa residente em Belo Horizonte segundo tipos de deficiência física.

Deficiência	n	%
Paralisia Permanente Total	587	0,2
Paralisia Permanente das pernas	1.463	0,7
Paralisia Permanente de um dos lados	2.516	1,2
Falta de perna, braço, mão, pé ou dedo polegar	1.353	0,6
Nenhuma das enumeradas	198.030	96,8
Ignorado	624	0,3
Total	204.573	100,0

Tabela 3. População idosa residente em Belo Horizonte segundo capacidade de ouvir.

Deficiência	n	%
Incapaz	441	0,2
Grande dificuldade permanente	5.839	2,8
Alguma dificuldade permanente	27.373	13,3
Nenhuma dificuldade	169.879	83,0
Ignorado	1.039	0,5
Total	204.571	100,0

Tabela 4. População idosa residente em Belo Horizonte segundo capacidade de enxergar.

Deficiência	n	%
Incapaz	1.003	0,4
Grande dificuldade permanente	10.384	5,0
Alguma dificuldade permanente	36.826	18,0
Nenhuma dificuldade	155.310	75,9
Ignorado	1.051	0,5
Total	204.574	100,0

123.959 mulheres (60,5%) e 80.614 homens (39,4%). Entre os idosos com algum tipo de deficiência física constatou-se que havia em Belo Horizonte um total de 5.919 (2,9%). As deficiências foram classificadas como paralisia permanente total, paralisia permanente das pernas, paralisia permanente de um dos dedos e falta de perna, braço, mão, pé ou dedo polegar (Tabela 2).

Entre os idosos com alguma deficiência auditiva constatou-se que havia 33.653 (16,4%). Para classificá-los os idosos foram considerados incapazes, com grande dificuldade permanente, com alguma dificuldade permanente e com nenhuma dificuldade.

Incapazes são os idosos que se declararam totalmente surdos, com grande dificuldade permanente os que se declararam com grande dificuldade permanente para ouvir, mesmo com uso de

aparelho auditivo. Com alguma dificuldade permanente, foram classificados os idosos que se declararam com alguma dificuldade permanente para ouvir mesmo com o uso de aparelho auditivo e como nenhuma dificuldade os que informaram não possuir nenhuma dificuldade para ouvir, ainda que isto exija o uso de aparelho auditivo (Tabela 3).

Entre os idosos constatou-se que havia 48.213 (23,5%) com alguma dificuldade para enxergar. Para realizar a classificação dos dados foram considerados incapazes as pessoas que se declararam totalmente cegas; com grande dificuldade permanente os idosos que se declararam com grande dificuldade permanente para enxergar, mesmo com o uso de óculos ou lentes de contato; com alguma dificuldade permanente as pessoas que se declararam com alguma dificuldade permanente para enxergar, mesmo com uso de óculos ou lentes de contato; e sem nenhuma dificuldade as pessoas que se declararam sem nenhuma dificuldade permanente para enxergar, ainda que isto exigisse o uso de óculos ou lentes de contato. Cabe ressaltar que quando a pessoa usava óculos ou lentes de contacto a avaliação foi feita enquanto os estivesse utilizando (Tabela 4).

Entre os idosos constatou-se também que havia 49.438 (24,1%) com alguma dificuldade para caminhar ou subir escadas. Para ser realizada a classificação das informações foram considerados incapazes os idosos que se declararam incapazes de caminhar ou subir escadas sem ajuda de outra pessoa, por deficiência motora; com grande dificuldade permanente os idosos que se declararam com grande dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas sem ajuda de outra pessoa, mesmo com o uso de prótese ou aparelho auxiliar; com alguma dificuldade permanente os idosos que se declararam com alguma dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas sem ajuda de outra pessoa, mesmo com o uso de prótese ou aparelho auxiliar; e sem nenhuma dificuldade aqueles que

se declararam sem nenhuma dificuldade de caminhar ou subir escada sem ajuda de outra pessoa, ainda que isto exija o uso de prótese ou aparelho auxiliar. Cabe ressaltar que quando a pessoa usava prótese, bengala ou aparelho auxiliar, a avaliação foi feita enquanto os estivesse usando (Tabela 5).

Foi constatado também que havia 7.810 (3,2%) idosos com problemas mentais. Para ser realizada a classificação de deficiência mental foi considerada um retardamento mental resultante de lesão ou síndrome irreversível, que se caracteriza por dificuldades ou limitações intelectuais associadas a duas ou mais habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal, autodeterminação, cuidados com saúde e segurança, aprendizagem, lazer, trabalho, dentre outros (Tabela 6).

Tabela 5. População idosa residente em Belo Horizonte segundo capacidade de caminhar/subir.

Deficiência	n	%
Incapaz	3.886	1,9
Grande dificuldade permanente	12.757	6,2
Alguma dificuldade permanente	32.795	16,0
Nenhuma dificuldade	154.353	75,4
Ignorado	783	0,3
Total	204.574	100,0

Tabela 6. População idosa residente em Belo Horizonte conforme incidência de problema mental permanente.

Deficiência	n	%
Presente	7.810	3,8
Ausente	195.704	95,6
Ignorado	1.051	0,5
Total	204.565	100,0

DISCUSSÃO

A predominância, em Belo Horizonte, de idosos pertencentes ao sexo feminino reflete a maior longevidade das mulheres em relação aos homens, fenômeno que vem sendo atribuído a menor exposição a determinados fatores de risco no trabalho, menor prevalência de tabagismo e ingestão de álcool; diferenças quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades e maior cobertura da assistência gineco-obstétrica⁽⁴⁾.

Percebe-se que da população de pessoas com 60 anos ou mais recenseada em Belo Horizonte em 2000, 96,8% não apresentava nenhum tipo das deficiências físicas pesquisadas. Além disso, 95,67% dos idosos não apresentavam nenhum problema mental permanente. Esses dados chamam a atenção por possibilitarem uma discussão sobre a necessidade de serem propostas ações que favoreçam a manutenção da capacidade funcional dessa parcela da população, uma vez que se houver condições favoráveis, estes idosos podem manter sua independência com autonomia por mais tempo.

Grande parcela de pessoas idosas não se encontra fragilizada, logo, ainda apresenta boas condições de saúde⁽⁷⁾. Deste modo, deve-se propor uma política com foco na manutenção da capacidade funcional em programas de prevenção, no investimento de programas e ações para a detecção precoce das doenças, no monitoramento das doenças crônicas, no sistema de equipes de saúde personalizadas, em lugar do modelo de demanda espontânea que tem no hospital a peça central do sistema. Idosos com boas condições de saúde, com autonomia física e mental mantêm boas perspectivas de vida e podem assumir papéis relevantes na sociedade⁽¹²⁾.

Em estudo sobre a incapacidade funcional em mulheres idosas também foi constatado que envelhecimento não é sinônimo de incapacidade funcional, tendo em vista que mesmo entre as mulheres de 85 anos ou mais, muitas reportaram não ter nenhuma dificuldade para caminhar mais de um quilômetro⁽¹³⁾.

A capacidade funcional do idoso inclui a capacidade em executar tarefas físicas, a preservação das atividades mentais, e uma situação adequada de sua integração social e cultural. As ações de prevenção e promoção da saúde, que incluem medidas referentes às doenças

e aos aspectos do bem-estar social e cultural, são fundamentais tanto para os idosos com capacidade funcional preservada como para aqueles já com incapacidades⁽¹⁾.

O estudo da incapacidade funcional em idosos é importante para o entendimento de como as pessoas vivem os anos adicionais de vida ganhos com o aumento da longevidade. A incapacidade funcional é frequentemente avaliada por auto-declaração ou pela necessidade de contar com ajuda em tarefas básicas de cuidados pessoais, atividades da vida diária e em tarefas mais complexas, necessárias para viver de forma independente na comunidade⁽¹³⁾.

Políticas de promoção da saúde e prevenção de agravos estão provando eficácia em diferentes países⁽⁷⁾. Sendo assim, diante dos dados que evidenciam que dos idosos de Belo Horizonte recenseadas, os que se encontram fragilizados representam uma pequena parcela da população com 60 anos ou mais, devem ser propostos ações com

esse foco. É necessário serem desenvolvidas políticas amplas e intersetoriais que procurem assegurar o envelhecimento ativo⁽¹⁴⁾.

O conceito de envelhecimento ativo pressupõe independência como principal marcador de saúde. Deste modo, a capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde⁽¹⁵⁾.

As ações de promoção da saúde devem ser orientadas para promover a qualidade de vida dos idosos que precisam ser mantidos na forma mais confortável possível, no seu lar, junto de seus familiares, primando promoção da máxima autonomia individual possível que tem sua base em um determinado grau de competência, ou capacidade funcional capaz de manter habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida de forma independente e autônoma⁽¹⁶⁾.

Constatou-se nesse estudo que dos itens analisados, os idosos residentes em Belo Horizonte, recenseados em 2000, apresentavam em maior proporção dificuldade para caminhar ou subir escadas (24,1%), seguida de dificuldade para enxergar (23,5%) e deficiência auditiva (16,4%). Diante deste cenário devem ser desenvolvidas ações intersetoriais que viabilizem adequações nos ambientes residenciais, públicos e de serviços a fim de que mesmo com limitações essas pessoas possam usufruir dos seus direitos como cidadãos.

No estatuto do idoso sancionado no dia 1 de Agosto de 2003 consta que os idosos gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana sendo assegurado a eles por lei ou por outros meios, facilidades para a preservação de sua saúde física e mental, seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade⁽¹⁷⁾.

O tema central proclamado no estatuto dos idosos é o amparo, a assistência e a proteção ao indivíduo em todo o seu processo de envelhecimento e com essa nova demanda, decorrente do processo de envelhecimento, torna-se necessário haver a adaptação das famílias, dos programas governamentais, da sociedade, das instituições e, em especial da equipe que atende essa população⁽¹⁷⁾.

Envelhecer com qualidade de vida é um privilégio que envolve mudanças em vários setores da sociedade e, de modo abrangente em concepções sobre a saúde, a educação, a justiça e os direitos

sociais⁽¹⁸⁾. A proposta chave para este grupo etário é a integralidade no cuidado, visando à postergação do início das doenças o mais precocemente possível⁽⁷⁾.

Para postergar as dificuldades relacionadas à locomoção pode-se recomendar aos idosos a realização de exercícios que visem maximizar e manter a massa e a resistência óssea e minimizar o trauma. Nos idosos, o exercício pode aumentar a resistência e a força muscular, melhorar o equilíbrio, auxiliar na prevenção da perda de massa óssea contribuindo de forma significativa para a qualidade de vida. Deste modo, programas de exercícios específicos devem ser desenvolvidos e implementados para os idosos, podendo melhorar significativamente as funções do dia-a-dia⁽¹⁹⁾.

A fim de ser realizado um diagnóstico precoce da ocorrência de déficit auditivo, pode-se indicar a utilização do aparelho de amplificação sonora individual além de se propor e implementar um programa de reeducação auditiva específico para essa população. Essas são questões fundamentais para se alcançar uma melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, uma melhor integração familiar e social deste grupo etário⁽²⁰⁾.

É importante reforçar a necessidade de um serviço público de saúde voltado à prevenção do aumento do grau de perda auditiva, que pode ser estabelecido por políticas para a concessão de aparelhos de amplificação sonora individual para a pessoa idosa pelo sistema de saúde. Além disso, a realização dos programas de reeducação auditiva favorecem a adaptação e o uso diário do aparelho, além de contribuir para a interação social da pessoa idosa⁽²⁰⁾.

A diminuição da capacidade de enxergar é fruto de um processo fisiológico, nas pessoas idosas, com progressiva redução da reserva funcional que, embora geralmente camuflada nesta faixa etária, merece atenção diagnóstica e terapêutica proporcionando melhoria na qualidade de vida desses indivíduos. Além disso, cabe ressaltar que a perda visual desencadeia um processo de alteração emocional e psicológica que se caracteriza basicamente por desordem de ajustamento e depressão sendo necessária a realização de ações por órgão competentes, relacionadas com a implementação e cuidados focados na melhora da visão dos pacientes idosos⁽²¹⁾.

As ações para minimizar a ocorrência de alterações mentais e psíquicas é relevante, uma vez que atender ao idoso de forma integral é preocupar-se não apenas com todos os aspectos do processo saúde-doença que o mesmo enfrenta, mas também atendê-lo em suas necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais, integrando-os com outras pessoas, em especial, outros indivíduos da mesma faixa etária, proporcionando-lhes atividades e ocupação⁽²²⁾.

Sabe-se que a prevenção de doenças e incapacidades, para o alcance de uma boa capacidade física, cognitiva e a participação ativa dos idosos na comunidade podem possibilitar um

envelhecimento bem-sucedido. Cabe, no entanto ressaltar que por melhor qualidade de vida compreende-se mais que ausência de doença, mas um completo bem estar físico, psicológico e social⁽¹⁾.

Além disso, tendo em vista, que com o envelhecimento podem ocorrer *déficits* de locomoção, visual e auditivo, dentre outros, deve haver um empenho por parte dos profissionais de saúde em promover ações que posterguem esses comprometimentos. Isso traz conseqüências para a educação dos profissionais de saúde, que precisa ser readequada às demandas decorrentes do envelhecimento populacional.

Um preparo adequado dos profissionais de saúde poderá favorecer um pensar crítico e instigador na busca de novas estratégias para se executar o cuidar. É importante salientar que os idosos necessitam de uma atenção multiprofissional, pois suas necessidades quase sempre são multifatoriais⁽²³⁾.

CONCLUSÃO

A população de idosos recenseada em Belo Horizonte em 2000 representava (9,1%) do total da população residente na cidade. Desta população de pessoas com 60 anos ou mais, que representava 204.573 idosos, 60,5% eram mulheres e 39,4% pertenciam ao sexo masculino. Constatou-se que 2,9% do total de idosos apresentavam algum tipo de deficiência física, 16,4% alguma deficiência auditiva, 23,5% alguma dificuldade para enxergar, 24,1% alguma dificuldade para caminhar ou subir escadas e que 3,8% apresentavam problema mental.

Evidencia-se que a parcela de pessoas idosas, recenseadas, que se encontrava fragilizada em Belo Horizonte era inferior à representada por aquela com boas condições de saúde, o que vem de encontro com estudos que apontam que o envelhecimento não é sinônimo de incapacidade. Deste modo, políticas com o foco na promoção da saúde e prevenção de agravos a essas populações devem ser implementadas a fim de manter a capacidade funcional dos mesmos.

A realização da assistência focada na integralidade, promoção da saúde e prevenção de agravos, pode favorecer a postergação de déficits de locomoção, de deficiências auditivas e visuais e conseqüentemente a uma maior integração dos idosos com a comunidade, decorrente da manutenção de duas capacidades funcionais e conseqüentemente pode-se alcançar a desejada longevidade com qualidade de vida.

As políticas públicas para os idosos devem ser formuladas como ações intersetoriais e executadas em parceria por equipes multiprofissionais. As ações devem ser orientadas pela visão interdisciplinar considerando a inclusão social, cultural e econômica do idoso na sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Litvoc J, Brito FC. Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu; 2004.
2. Carvalho JAM, Garcia RAO. Envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saúde Pública 2003; 19(3): 725-33.
3. Chiamowicz F, Greco DB. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. Rev Saúde Pública 1999; 33(5): 454-60.
4. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. Rev Saúde Pública 1987; 21(3): 225-33.
5. Veras R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Cad Saúde Pública 2007; 23(10): 2463-6.

6. Rocha, MPF, Vieira, MA, Sena, RR de. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Rev Bras Enferm* 2008; 61(6): 801-8.
7. Veras R, Parahyba MI. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(10): 2479-89.
8. Araújo LAO, Bachion MM. Programa e saúde da família: perfil de idosos atendidos por uma equipe. *Rev Bras Enferm* 2004; 57(5): 586-90.
9. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1999; 33(5): 445-53.
10. Lima e Costa MFL, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Inf Epidemiol SUS [periódico na Internet]* 2000 [citado 2008 Mai 02]; 9(1) [cerca de 19 p.] Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php>
11. Souza JAV, Freitas MC, Queiroz TA. Violência contra os idosos. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(3): 268-72.
12. Giatti L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(13): 759-71
13. Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(3): 383-91.
14. Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Kuschnir R, Mendes W. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(3): 497-502.
15. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein* 2008; 6(supl1): 54-56.
16. Derntol AM, Watanabe HAW. Promoção da saúde. In: Litvoc, J, Brito FC. *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu, 2004.
17. Martins MS, Massarollo MCKB. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do estatuto do idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(1): 26-33.
18. Mota LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12(2): 363-72.
19. Pereira RMR, Fuller R. Doenças osteoarticulares. In: Litvoc J, Brito FC. *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2004.
20. Mattos LC, Veras RP. Prevalência da perda auditiva em uma população de idosos da cidade do rio de janeiro: um estudo seccional. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2007; 73(5): 654-9.
21. Ribeiro JEC, Freitas MM, Araújo GS, Rocha THR. Associação entre aspectos depressivos e déficit visual causado por catarata em pacientes idosos. *Arq Bras Oftalmol* 2004; 67(5) 579-99.
22. Martins MS, Massarollo MCK. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(1): 26-33.
23. Guarnieri AP. O envelhecimento populacional brasileiro: uma contribuição para o cuidar. *Arq Bras Ciênc Saúde* 2008; 33(3): 139-40.