

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM IDOSOS ASSISTIDOS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA****THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF ELDERLIES CARED FOR BY THE
FAMILY HEALTH STRATEGY****PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ANCIANOS ATENDIDOS POR LA ESTRATEGIA
SALUD FAMILIAR**

Fabiana Augusta Moreira Lopes¹, Liciane Langona Montanholi², Janaina Moreira Lacerda da Silva³, Flávia Aparecida de Oliveira⁴

RESUMO

Objetivo: Descrever os fatores de risco e problemas de saúde que acometem os idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF). **Métodos:** Estudo descritivo em que 58 idosos residentes em Uberaba-MG foram selecionados e entrevistados em uma comunidade assistida pela ESF. **Resultados:** Os idosos tinham 71±72 anos, sendo 77,6% aposentados, 43,1% analfabetos, 60% sedentários e 15,5% tabagistas. Os problemas de saúde mais frequentes foram: cardiovascular (60,3%), dor (43,1%) e endócrino (20,7%). Houve predomínio de pessoas acima de 70 anos e elevada frequência de aposentados com baixa renda e analfabetos. Os múltiplos problemas de saúde, em geral crônicos, apresentados pelos indivíduos entrevistados podem estar associados aos fatores de risco como sedentarismo, tabagismo e idade avançada. **Conclusão:** Conhecer o perfil epidemiológico desse grupo etário, na área de abrangência da ESF, facilita o desenvolvimento de ações mais efetivas quanto aos idosos.

Descritores: Idoso. Serviços de Saúde para Idosos. Saúde do Idoso.

ABSTRACT

Objective: To describe the risk factors and health problems that affect older adults cared for by the Family Health Strategy (FHS) program. **Method:** A descriptive study in which 58 older adult residents of Uberaba, state of Minas Gerais, Brazil, were selected and interviewed in the community served by the FHS. **Results:** The older adults were aged 71±7.2 years; 77.6% were retired; 43.1% illiterate; 60% sedentary; and 15.5% smokers. The most common health problems were cardiovascular disease (60.3%), pain (43.1%) and endocrine diseases (20.7%). Most were older than 70 years, with a prevalence of illiterate retirees with low income. The multiple health problems, mostly chronic, can be associated with risk factors such as sedentary lifestyle, smoking and old age. **Conclusion:** Becoming familiar with the

¹ Enfermeira. Mestre em Atenção à saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). E-mail: bianamlopes@hotmail.com.

² Enfermeira. Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP). E-mail: licianelm@gmail.com.

³ Enfermeira. Mestranda em Patologia Geral no Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás (IPTSP/UFG). E-mail: janaina-lacerda@ig.com.br.

⁴ Enfermeira. Doutora em Patologia Geral pela UFTM, Docente do Setor de Patologia Geral do IPTSP/UFG, Goiânia-GO. E-mail: faoliveiraufg@yahoo.com.br.

epidemiological profile of this age group within the scope of the FHS makes it easier to develop more effective actions for older adults.

Descriptors: Aged; Health Services for the Aged; Health of the Elderly.

RESUMEN

Objetivo: Describir los factores de riesgo y problemas de salud padecidos por ancianos atendidos por la Estrategia Salud de la Familia (ESF). **Métodos:** Estudio descriptivo en el que 58 ancianos residentes en Uberaba-MG fueron seleccionados y entrevistados en una comunidad atendida por la ESF. **Resultados:** Los ancianos tenían $71 \pm 7,2$ años, 77,6% están jubilados, 43,1% analfabetos, 60,0% sedentarios, 15,5% fumadores. Los problemas de salud más frecuentes fueron: cardiovasculares (60,3%), dolor (43,1%) y endócrinos (20,7%). Predominaron individuos mayores de 70 años, alta frecuencia de jubilados con bajos ingresos y analfabetos. Los múltiples problemas de salud, mayoritariamente crónicos, presentados por los individuos entrevistados, pueden estar asociados a factores de riesgo como sedentarismo, tabaquismo y edad avanzada. **Conclusión:** Finalmente, conocer el perfil epidemiológico de este segmento etario en el área de alcance de la ESF facilita el desarrollo de acciones más efectivas con los ancianos.

Descritores: Anciano. Servicios de Salud para Ancianos. Salud del Anciano.

INTRODUÇÃO

De acordo com o IBGE⁽¹⁾, o crescimento mundial da população de idosos tem ocorrido tanto em números absolutos quanto relativos. A maior demanda aos serviços de saúde é constituída pela população idosa⁽²⁾. No Brasil, o número de idosos passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008, representando um aumento de quase 700% em menos de 50 anos. Isso resultou no aumento da frequência das doenças relacionadas ao envelhecimento. Essa mudança no cenário demográfico brasileiro tem levado a uma maior procura de idosos por serviços de saúde, tanto da saúde básica como dos níveis secundários e terciários⁽³⁾.

A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis é alta entre os idosos⁽⁴⁾. Conseqüentemente, observa-se nesse grupo maior tempo de permanência intra-hospitalar, recuperação mais lenta e maior frequência de reinternações e invalidez. Esses fatos determinam custos mais elevados dos tratamentos de saúde dessa população em relação às demais faixas etárias. A cronicidade das doenças mais prevalentes entre os idosos deve ser levada em consideração para a adequada organização dos serviços de saúde. Acrescente-se a esse fato que os problemas de saúde dos idosos, além de serem de longa duração e de alto custo, exigem pessoal qualificado, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complexos⁽⁵⁾.

As doenças crônico-degenerativas podem ser resultantes, em parte, dos fatores de risco à saúde acumulados ao longo dos anos, tais como fumo, sedentarismo, álcool, automedicação, entre outros⁽⁶⁾. Diabetes mellitus e hipertensão arterial têm apresentado altas prevalências em indivíduos idosos nos últimos anos⁽⁷⁾. Além disso, o aumento da população idosa, da taxa de sobrevivência dos portadores dessas doenças, da urbanização e industrialização, da frequência do sedentarismo e da obesidade contribuem para o crescimento da prevalência e incidência dessas enfermidades⁽⁶⁾. Essas mudanças no perfil da morbidade populacional vêm acompanhadas de aumento na incidência de doenças incapacitantes, crônicas e degenerativas, que resultam em dependência e são agravadas pelas queixas de dor^(2,4).

Dessa forma, a realização de estudos para o conhecimento multidimensional de idosos que vivem na comunidade e utilizam os serviços de saúde⁽⁴⁾ é essencial para o adequado planejamento da assistência à saúde, com isso, visando à qualidade de vida no processo de envelhecimento. Assim o objetivo deste estudo foi descrever os fatores de risco e problemas de saúde que acometem os idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

MÉTODO

Os dados foram coletados em 2003, em uma área assistida por uma equipe da ESF em Uberaba, Minas Gerais, Brasil. Foram realizadas entrevistas com 58 idosos, selecionados aleatoriamente dentro da área de abrangência da ESF, que tinham 60 anos ou mais e apresentavam capacidade cognitiva de responder às perguntas. Os indivíduos foram convidados a participar da pesquisa, foram esclarecidos quanto ao projeto e concordaram por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O roteiro da entrevista foi constituído pelos seguintes dados: identificação por meio de um código numérico da pessoa, sexo, cor, agregação familiar (se mora sozinho ou não), alfabetização, grau de estudo, forma de subsistência (se aposentado ou não) e renda mensal. Os fatores de risco à saúde levantados foram: uso de tabaco e álcool, sedentarismo e automedicação. Os problemas de saúde foram agrupados em dor, problemas oftalmológicos, digestivos, endócrinos, neurológicos e cardiovasculares. Esses problemas foram questionados aos idosos de acordo com a compreensão de cada um.

O estado nutricional de cada idoso foi verificado por meio do cálculo do índice de massa corporal (IMC), considerando subnutrição quando $IMC < 22 \text{ kg/m}^2$ e

sobrepeso quando $IMC > 27 \text{kg/m}^2$ ⁽⁸⁾. O peso e a altura corporal dos idosos foram obtidos no momento da entrevista por meio de uma balança antropométrica.

No presente estudo, as variáveis quantitativas que apresentaram distribuição normal foram expressas em média \pm desvio padrão e analisadas pelo teste "t" de Student. As variáveis qualitativas foram expressas em frequências e analisadas pelo teste exato de Fisher. Os resultados foram considerados significativos quando $p < 0,05$.

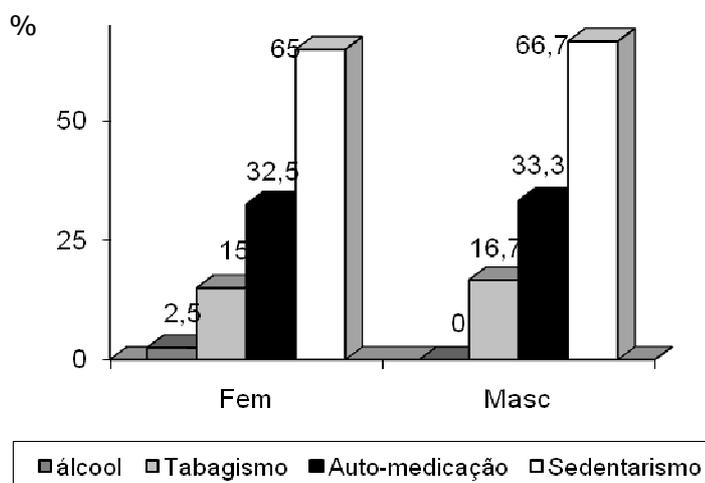
O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolo 047/2000.

RESULTADOS

Foram entrevistados 58 idosos, dos quais 69% eram mulheres. Os indivíduos apresentaram a média de idade igual a 71 ± 72 anos, sendo a média de idade das mulheres ($70,9 \pm 7,1$ anos) menor que a dos homens ($71,2 \pm 7,5$ anos) ($t = -0,130$ $p = 0,9$). A maioria dos idosos era de cor branca (82,8%) e aposentada (77,6%). Além disso, 22,4% referiram morar sozinhos e 43,1% eram analfabetos.

O sedentarismo (65,5%) e a automedicação (32,7%) foram os fatores de risco mais frequentes entre os idosos. Ademais, 15% das mulheres e 16,7% dos homens tinham o hábito de fumar. Além disso, não houve diferença significativa da frequência dos fatores de risco entre os gêneros (Gráfico 1).

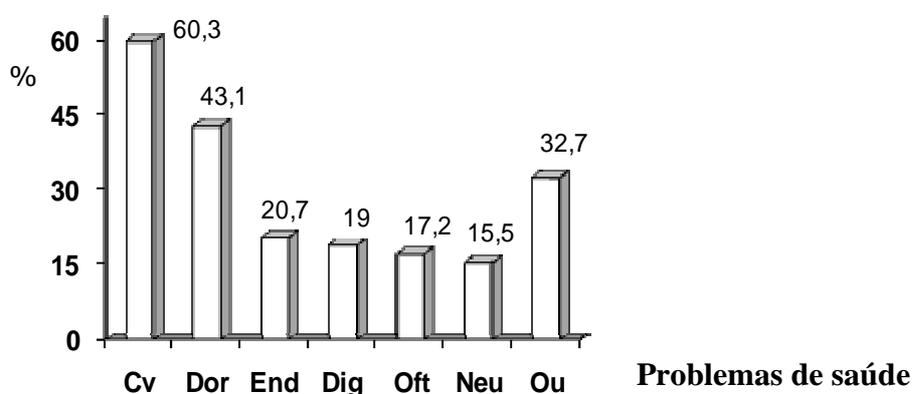
Gráfico 1. Distribuição dos fatores de risco para agravos à saúde em 58 idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de acordo com o gênero, Uberaba – MG.



Com relação à renda mensal dos idosos, 55,2% dos entrevistados referiram receber um salário mínimo, 15,5% recebiam menos de um salário mínimo, 17,2% recebiam entre um e dois salários mínimos e 12,1% recebiam mais de dois salários mínimos. Ao serem interrogados quanto ao número de medicamentos utilizados diariamente, apenas 13,8% relataram não tomarem nenhuma medicação, 67,2% utilizavam entre 1 e 4 medicações e 19% utilizavam 5 ou mais.

A maioria dos idosos relatou possuir algum problema de saúde, sendo que 5,2% não apresentavam nenhum problema e 25,9% referiram um, 27,6% dois, 32,7% três e 8,6% quatro ou mais problemas. Os problemas de saúde mais frequentes foram os cardiovasculares (60,3%), sendo a hipertensão arterial responsável por 46,5% dos casos. As queixas de dor foram referidas por 43,1% dos idosos. Além disso, 20,7% apresentaram problemas endócrinos, sendo o diabetes (15,5%) o mais frequente (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição dos problemas de saúde relatados por 58 idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, Uberaba – MG.



Cv= cardiovascular, Dor = dor, End= endócrino, Dig= digestivo, Oft= oftalmológico, Neu= neurológico, Ou= outros.

O índice de massa corporal (IMC) diminuiu com o aumento da idade, e 15,4% dos idosos na faixa etária de 60 a 69 anos possuíam o IMC menor que $22\text{kg}/\text{m}^2$, enquanto 55,6% dos indivíduos com mais

de 80 anos estavam com o IMC abaixo de $22\text{kg}/\text{m}^2$ (Gráfico 3). Além disso, o IMC apresentou correlação negativa e significativa com a idade (Gráfico 4).

Gráfico 3. Distribuição do índice de massa corporal (kg/m^2) de acordo com a faixa etária em 58 idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, Uberaba – MG.

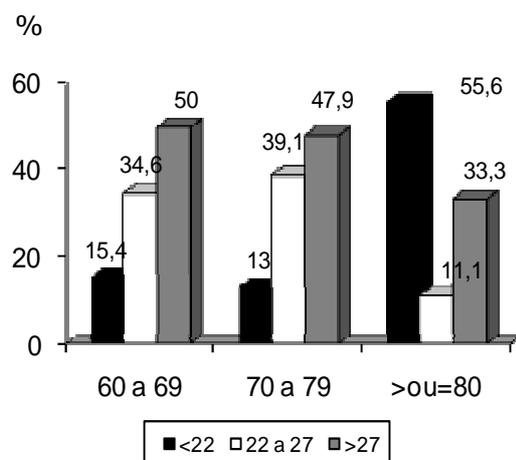
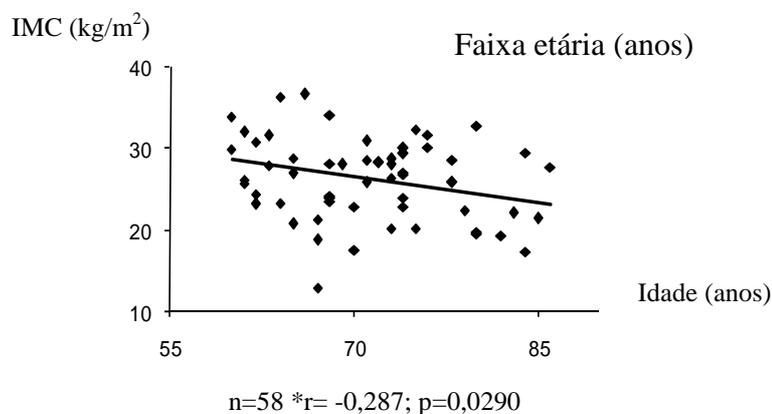


Gráfico 4. Correlação do índice de massa corporal com a idade em 58 idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, Uberaba – MG.



DISCUSSÃO

A média de idade dos idosos foi de 71 anos e não houve diferença significativa entre os gêneros. Isso contrasta com o encontrado por outros autores, que descrevem no Brasil a maior expectativa de vida ao nascer quanto às mulheres^(2,4,7).

Esse fato está associado a vários fatores, tais como proteção cardiovascular relacionada à ação hormonal, condutas menos agressivas, menor exposição aos riscos do trabalho, maior atenção ao aparecimento de problemas de saúde com

melhor conhecimento destes e maior utilização dos serviços de saúde.⁽⁹⁾

No entanto, apesar de as mulheres viverem mais em relação aos homens, elas convivem com mais doenças e fragilidades. Esse fator exige atenção especial na elaboração de políticas públicas que atendam às demandas específicas dessa população, proporcionando assim o envelhecimento com qualidade de vida, bem como a prevenção de problemas de saúde. Ademais, espera-se que os eventos fatais não sejam precedidos de longos períodos de doença e incapacidade⁽¹⁰⁾.

A baixa escolaridade da maioria dos participantes no presente estudo, em que 43,1% eram analfabetos, leva à necessidade de uma adequação das ações de educação em saúde, para que haja uma maior compreensão e motivação por parte dessas pessoas. Visto que algumas características, como analfabetismo, aposentadoria e alterações do estado nutricional, podem levar a uma maior dependência do idoso em relação a outras pessoas^(2,4,7).

Entre os idosos, 22,4% viviam sozinhos. Alguns autores relatam que a solidão do idoso está relacionada às alterações que vêm ocorrendo na estrutura da família. Nos grandes centros urbanos, por exemplo, tem aumentado a proporção de pequenas famílias em detrimento das famílias extensas.⁽⁹⁾ Outros autores afirmam que as pessoas devem dispor de autonomia

e de suas capacidades física, psicológica, social, econômica e afetiva, as quais são condições próprias dos bem-sucedidos ao envelhecer.⁽¹¹⁾ Além disso, estudo realizado no interior de Minas Gerais concluiu que, para os idosos, a saúde está relacionada com a autonomia no exercício de competências demandadas pela sociedade, tais como capacidade de responder às obrigações familiares e de desempenhar papéis sociais⁽¹²⁾. A coresidência representa uma condição de maior proteção ao idoso e atendimento de suas necessidades. Ademais, o fato de morar sozinho pode indicar uma condição de maior fragilidade quando o idoso não se encontra em plenas condições de cuidar de si mesmo, seja pelas doenças apresentadas ou por suas limitações funcionais⁽¹⁰⁾.

Fatores de risco como o sedentarismo (66,7% dos homens e 65% das mulheres), o hábito de fumar (15% das mulheres e 16,7% dos homens) e de se automedicar (32,7% dos casos) foram os mais frequentes. Isso pode estar relacionado ao aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas no envelhecimento⁽⁷⁾. Estudo realizado no Rio Grande do Sul constatou que o processo de automedicação dos idosos é influenciado pela mídia e pelo mercado da saúde. O mercado farmacêutico acaba induzindo comportamentos que buscam respostas imediatas e definitivas⁽¹³⁾. Outro estudo, realizado na cidade de

Salgueiro - PE, constatou que a automedicação está relacionada ao consumo de analgésicos, sendo a dor o sintoma que mais leva à automedicação. Além disso, os idosos sedentários se automedicam mais que aqueles que praticam atividade física⁽¹⁴⁾. A prática de atividade física é recomendada para a promoção da saúde e prevenção de doenças, com isso, diminuindo a perda de massa óssea e melhorando a força e a massa muscular, bem como a flexibilidade articular, por exemplo. Notadamente, em indivíduos acima de 50 anos, a atividade física promove benefícios circulatórios periféricos, melhor controle da glicemia, melhora do perfil lipídico, entre outros⁽¹⁵⁾.

Em relação ao fumo, os idosos fumantes apresentam algumas características que os diferem dos mais jovens, como maior dependência da nicotina, maior dificuldade em parar de fumar, fumar maior quantidade de cigarro por dia e por mais tempo⁽¹⁶⁾. As frequências dos fatores de risco não apresentaram diferenças significativas entre os gêneros, o que pode ser explicado pelo fato de a mulher estar adotando, cada vez mais, hábitos que eram tidos como próprios do homem, como tabagismo e etilismo. Além disso, ela vem se constituindo numa importante parcela da massa de trabalhadores remunerados. Com isso, a mulher, que era quem se dedicava à

maternidade e ao cuidado de idosos, ao assumir importante papel na força de trabalho, leva à necessidade de um cuidador informal e remunerado quando esse idoso torna-se enfermo ou incapacitado⁽⁹⁾.

Quanto ao IMC, encontrou-se elevada frequência de idosos com sobrepeso. Esse fato pode estar relacionado a alterações do envelhecimento, como aumento proporcional de gordura, diminuição da massa muscular e da densidade óssea⁽¹⁷⁾. Por sua vez, foi verificada uma diminuição significativa do IMC com o aumento da idade, que pode estar associada ao aumento da longevidade ou a subnutrição, que tem como fatores relacionados depressão, isolamento, dificuldade para se alimentar e fatores econômicos⁽⁸⁾. No presente estudo, 55,2% dos idosos relataram ter uma renda mensal de um salário mínimo. De acordo com o censo 2010, 36,8% da população sobrevivem com rendimento domiciliar *per capita* de até meio salário mínimo, incluindo idosos⁽¹⁸⁾.

Quanto à automedicação, 67,2% relataram usar de um a quatro medicamentos diariamente. Isso enfatiza a necessidade do aprimoramento de programas de promoção à saúde, prevenção e tratamento das doenças. Em relação aos problemas de saúde, houve o predomínio dos indivíduos com dois ou mais problemas de saúde (68,9%),

semelhantemente ao observado por outros autores, em que 75% dos idosos apresentaram pelo menos três problemas de saúde concomitantes^(2,4,7,9).

O problema de saúde mais frequente foi o cardiovascular, o que pode estar relacionado ao fato de as doenças cardiovasculares, que eram responsáveis por 12% das mortes, em 1950, representarem, nos últimos anos, mais de 40% das mortes no país⁽¹⁹⁾. Dos entrevistados, 43,1% dos idosos referiram sentir dor. Esse sintoma está entre os principais fatores que podem impactar negativamente a qualidade de vida do idoso, pois limita suas atividades e aumenta a agitação, o risco para estresse e o isolamento social. Ademais, a mensuração precisa da dor pode contribuir para que esse impacto seja minimizado, desse modo, evitando sofrimento⁽¹⁹⁾.

Assim, o aumento da sobrevivência pode acarretar um aumento da prevalência de doenças crônicas, perda da independência funcional e da autonomia⁽¹²⁾. Nesse contexto, destaca-se a necessidade de uma adequação dos serviços de saúde voltada para as características associadas ao envelhecimento. O eixo da assistência à saúde cada vez mais se volta para a assistência domiciliar, deixando à instituição hospitalar os procedimentos complexos que necessitam de alta tecnologia⁽²⁰⁾.

Dessa forma, a ESF pode contribuir na assistência ao idoso, visto que o trabalho em equipe permite avaliar o indivíduo como um todo. Isso possibilita a adaptação de atividades tanto de promoção à saúde como de prevenção e tratamento das doenças crônicas. Além disso, a ESF pode colaborar na promoção da qualidade de vida no envelhecimento.

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou identificar o perfil epidemiológico dos idosos atendidos em uma unidade da ESF, identificando os fatores de risco para agravos à saúde e os problemas de saúde que acometem os idosos. De acordo com os dados apresentados, houve predomínio de pessoas acima de 70 anos, elevada frequência de aposentados com baixa renda e analfabetos. O acometimento dos indivíduos por múltiplos problemas de saúde, em geral crônicos, pode estar associado a fatores de risco como sedentarismo, tabagismo e idade avançada. Além disso, o elevado número de medicações usadas diariamente pode comprometer a subsistência dos idosos, pois a maioria vivia com um salário mínimo ou menos. Dessa forma, conhecer o perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF facilita aos profissionais de saúde

desenvolver ações mais efetivas para sua clientela.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Rosiany de Oliveira Santos, Vera Lúcia de Oliveira, Marlene Antônia dos Reis e Vicente de Paula Antunes Teixeira, pelas contribuições na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística[Internet]. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios. Comunicação social. 25 de julho de 2002 [acesso em 2013 nov 2007]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>
2. Pilger C, Menon MU, Mathias TAF. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. *Rev. Esc. Enferm.USP.* 2013; 47(1):213-220.
3. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública.* 2009; 43(3):548-554.
4. Pilger C, Menon MU, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011; 19(5):1230-1238.
5. Veras R. [Internet] Desafios e conquistas advindas da longevidade da população: o setor saúde e as suas necessárias transformações. *In: Velhice numa perspectiva de futuro saudável. UERJ*[acesso em 2013 jun 04]. Disponível em http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/16.pdf
6. Motta LB. O que determina Nosso Envelhecimento? Que é Envelhecimento? *In: Caldas, C P. A Saúde do Idoso: a arte de cuidar.* Rio de Janeiro: Editora UERJ. 1998. p.57-59.
7. Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2011; 16(9):3689-3696.
8. Lipschitz, D.A. Protein calorie malnutrition in the hospitalized elderly. *Nutrition.* 1992;(9):531-543.
9. Silvestre JA, Kalache A, Ramos L.R.; Veras RP. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. *Arq. Geriatr. Gerontol.* 1996;(1):81-89.
10. Maia FOM, Duarte YAO, Lebrão ML. Análise dos óbitos em idosos no Estudo SABE. *Rev. Esc. Enferm.* 2006; 40(4):540-47.
11. Sayeg MA. Envelhecimento bem sucedido e o autocuidado: algumas reflexões. *Arq. Geriatr. Gerontol.* 1998; 2(3):96-98.
12. Fonseca MGUP, Firmoj OA, Loyola Filho AI, Uchôa E. Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso. *Rev. Saúde Pública.* 2010; 44(1):159-65.
13. Souza AC, Lopes MJM. Práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre: uma abordagem qualitativa. *Rev. Esc. Enferm.* 2007; 41(1):52-56.
14. Sá MB, Barros JAC, Sá MPBO. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2007; 10(1):75-85.
15. Nóbrega ACL, Freitas EV, Oliveira MAB, Leitão MB, Lazzoli JK, Nahas R *et al* . Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. *Rev Bras Med Esporte.* 1999; 5(6):207-211.
16. Goulart Denise, Engroff Paula, Ely Luísa Scheer, Sgnaolin Vanessa, Santos Eliseu Felipe dos, Terra Newton Luiz et al . Tabagismo em idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2010; 13(2):313-320.
17. Franchi KMB, Junior RMM. Atividade física: uma necessidade para a

boa saúde na terceira idade. RBPS. 2005; 18(3):152-156.

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio. *In: Estudos & Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica*. 2010. [acesso em 2013 jun 04] Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais.pdf

19. Andrade F, Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração da dor no idoso: uma

revisão. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006; 14(2):271-276.

20. Carboni RM, Repetto MA. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2007 [acesso em 2013 nov 07]; 9 (1):251-260. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a20.html>.

Artigo recebido em 14/11/2013

Aprovado para publicação em 17/07/2014.