

**CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO****CAPACIDADE FUNCIONAL DE ANCIANOS EN UNIDADE BÁSICA DEL SALUD
DEL MUNICIPIO DE SÃO PAULO****FUNCTIONAL CAPACITY OF THE ELDERLY SEEN IN A BASIC HEALTH UNIT
IN THE CITY OF SÃO PAULO**Gerson Souza Santos¹, Isabel Cristina Kowal Olm Cunha²**RESUMO**

Este estudo objetivou avaliar a capacidade funcional de idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde município de São Paulo. Estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Família no município de São Paulo-SP. Participaram do estudo 340 sujeitos. Os dados foram coletados por meio de questionário contendo informações sociodemográficas e aplicação do Índice de Katz. Observou-se que os idosos que participaram deste estudo eram, na sua maioria, do sexo feminino, na faixa etária de 60 a 69 anos, alto percentual de idosos sem cônjuge, baixa escolaridade, aposentadoria como ocupação principal, renda mensal de um a três salários mínimos, arranjos familiares multigeracionais, com expressivo percentual de idosos vivendo sozinhos e apresentando alto grau dependência funcional para atividades relacionadas ao autocuidado. Esses resultados denotam que os idosos estão vivenciando envelhecimento caracterizado por condições sociodemográficas deficientes e alto grau de dependência.

Descritores: Saúde do idoso. Atividades cotidianas. Programa Saúde da Família.

RESUMEN

Se objetivó evaluar la capacidad funcional de ancianos registrados en una unidad básica de salud del municipio de São Paulo. Estudio descriptivo-exploratorio, de abordaje cuantitativo, realizado en Unidad Básica de Salud de la Familia del municipio de São Paulo-SP. Participaron 340 sujetos. Datos recolectados mediante aplicación del Índice de Katz. Se observó que los ancianos que participaron de este estudio eran mayoritariamente del sexo femenino, en la faja etaria de 60 a 69 años, alto porcentaje de ancianos sin cónyuge, baja escolarización, jubilados como condición laboral prevalente, renta mensual de uno a tres salarios mínimos, estructuras familiares multigeracionales, con significativo porcentaje de ancianos viviendo solos y presentando alto grado de dependencia funcional para actividades relativas al autocuidado. Los resultados demuestran que los ancianos están experimentando envejecimiento caracterizado por condiciones sociodemográficas deficientes y alto grado de dependencia.

Descritores: Salud del Anciano; Actividades Cotidianas; Programa de Salud Familiar.

¹ Mestre em Enfermagem. Doutorando e membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração em Saúde e Gerenciamento de Enfermagem - GEPAG da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo-EPE/UNIFESP. E-mail: enf.gerson@hotmail.com.

² Enfermeira e Doutora em Saúde Pública pela USP. Professora Livre Docente Associada da EPE/UNIFESP. E-mail: isabelcunha@unifesp.br.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the functional capacity of the elderly enrolled in a basic health unit in the city of São Paulo. This descriptive study was performed in a Basic Family Health Unit in the city of São Paulo, Brazil, using a quantitative approach. The study included 340 subjects. Data were collected using a questionnaire containing sociodemographic information and the application of the Katz Index. It was observed that the participants were mostly female, aged 60-69 years, without a spouse, with low education, retirement as the main occupation, a monthly income of one to three minimum salaries, living in multigenerational family arrangements, with a significant percentage of them living alone and at a high level of functional dependence for activities related to self-care. These results denote that the elderly are experiencing aging characterized by poor sociodemographic conditions and a high level of dependence.

Descriptors: Health of the elderly. Activities of daily living. Family Health Program

INTRODUÇÃO

A população mundial está envelhecendo, estudos mostram que o número de pessoas idosas cresce em ritmo maior do que o de pessoas que nascem acarretando um conjunto de situações que modificam a estrutura de gastos dos países em diferentes áreas. No Brasil, o ritmo de crescimento da população idosa tem sido sistemático e consistente. No período de 1999 a 2009, o peso relativo dos idosos (60 anos ou mais de idade) no conjunto da população passou de 9,1% para 11,3%. Com uma taxa de fecundidade abaixo do nível de reposição populacional, combinada ainda com outros fatores, tais como os avanços da tecnologia, especialmente na área da saúde, atualmente o grupo de idosos ocupa um espaço significativo na sociedade brasileira⁽¹⁾.

Neste sentido, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) vem alertando, por meio dos indicadores sociais e demográficos divulgados anualmente, que

a estrutura etária do País está mudando e que o grupo de idosos é, hoje, um contingente populacional expressivo em termos absolutos e de crescente importância relativa no conjunto da sociedade brasileira. Decorre daí uma série de novas exigências e demandas em termos de políticas públicas de saúde e de inserção ativa dos idosos na vida social⁽¹⁾.

No final da década de 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” buscando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. Para atender a essas novas exigências e demandas, é necessário por em marcha um processo de melhoria das oportunidades de acesso à saúde, à participação e à segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Esse processo envolve políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as

etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção contra as situações de violência familiar e urbana, o acesso a alimentos saudáveis e à redução do consumo de tabaco, entre outras. Tais medidas contribuirão para o alcance de um envelhecimento que signifique também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde⁽²⁾.

Assim, o cuidado da pessoa idosa na Atenção Básica em Saúde da Família, quer por demanda espontânea, quer por busca ativa – que é identificada por meio de visitas domiciliares – deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação do profissional de saúde com a pessoa idosa e familiares, a história clínica – com seus aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais, o exame físico e a avaliação funcional⁽²⁾.

A avaliação funcional, preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), é fundamental e determinará não só o comprometimento funcional do idoso, mas também sua necessidade de auxílio. Pode ser compreendida como uma tentativa sistematizada de avaliar de forma objetiva os níveis nos quais uma pessoa está funcionando numa variedade de áreas utilizando diferentes habilidades. Representa uma maneira de medir se uma

pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma⁽²⁾.

Para mensurar a capacidade do idoso em executar atividades que o permitam cuidar de si e viver independentemente, pode ser utilizada a Avaliação Funcional que é um conjunto de dados clínicos, testes e escalas. Nesse contexto são considerados os seguintes parâmetros: equilíbrio e mobilidade, função cognitiva, condições emocionais, disponibilidade e adequação do suporte familiar e social, condições ambientais e capacidade para executar as atividades da vida diária (AVD)⁽³⁾.

Katz, em 1963, propôs um instrumento composto de seis itens que avalia habilidades básicas de vida diária. Considerado o pilar básico de todos os outros instrumentos, continência, banho, vestir-se, transferência, e capacidade de alimentar-se independentemente são os itens que o compõem, e que são comuns à grande maioria dos outros testes⁽⁴⁾.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo avaliar a capacidade funcional de idosos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo-SP.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo transversal, de natureza quantitativa, parte integrante de Tese de Doutorado em

desenvolvimento na Escola Paulista de Enfermagem - Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração de Serviços de Saúde e Gerenciamento de Enfermagem (GEPAG). O estudo foi realizado com uma população de 3000 idosos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na Zona Sul do município de São Paulo – Coordenadoria Sudeste - Vila Mariana/Jabaquara, que tem implantada a Estratégia Saúde da Família. A amostra foi composta por 340 pessoas idosas selecionadas segundo os critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos e estar cadastrado na Unidade Básica de Saúde. A coleta de dados teve início após a autorização dos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Parecer nº 1012/11)⁵. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2011 a março de 2012.

Os dados foram coletados mediante aplicação de questionário contendo informações sociodemográficas. Para identificar o grau de dependência para as Atividades Básicas da Vida Diária dos idosos, adotou-se o Índice de Katz, que consta de seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ser continente (capacidade de controle total da micção e da defecação) e alimentar-se, os quais obedecem a uma hierarquia de

complexidade. As alternativas de resposta a cada um desses seis itens são: dependente e independente, sendo atribuído a cada resposta zero e um ponto respectivamente. O resultado final pode ir de zero a seis pontos, e os idosos serão englobados em três grupos distintos – zero a dois pontos: dependência importante; três a quatro pontos: dependência parcial; cinco a seis pontos: independência⁴. A análise de dados foi realizada por meio do SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) 16.0 *for Windows*®. Utilizou-se o teste Qui-quadrado (x²) para associação de variáveis, considerando o nível de significância de $p < 0,05$. Nos casos em que não foi possível obter resultados do *Pearson Chi-Square* ou quando mais de 25% das caselas apresentavam números menores que cinco, foram adotados os *Fisher's Exact Test* ou o *Likelihood Ratio*, respectivamente.

RESULTADOS

Dos 340 idosos entrevistados, 211 (62%) são mulheres e 129 (38%) são homens, com média de idade de 69,08 anos, variando entre 60 e 85 anos. Em referência à raça 237 (69,7%) são afrodescendentes (negros e pardos). Observou-se para a variável estado conjugal que 103 (30,4%) são casados ou vivendo como se estivessem casados, e que a grande maioria 237 (69,7%) não possui cônjuge. Tratando-se da escolaridade, 163 (48%) são analfabetos e

177 (52%) tem o ensino fundamental incompleto (1 a 4 anos de estudo). Em relação à ocupação atual, 235 (69,1%) eram aposentados. Tratando-se da renda familiar, 176 (51,7%) dos idosos tem renda familiar de um a três salários mínimos. A maioria dos entrevistados 280 (81,8%) moravam em domicílios multigeracionais, apresentando em média quatro pessoas por domicílio. Tratando-se da situação de moradia 240

(70,6%) possuíam casa própria. Em relação ao tipo de casa, 285 (83,8%) moravam em casa construída de tijolos. A grande maioria dos entrevistados 273 (80,2%) não realiza nenhuma atividade física. Mostraram significância estatística as variáveis: idade (p-valor- <0,001); estado conjugal (p-valor- <0,001); escolaridade (p-valor- <0,001) e atividade física (p-valor- <0,001). As demais variáveis não foram significantes.

Tabela 1- Distribuição dos níveis de dependência dos idosos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde. São Paulo SP, 2013.

Itens da Escala de Katz	Independência		Dependência parcial sem ajuda humana		Dependência parcial com ajuda humana		Dependência completa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Banhar-se	255	75,0	69	20,3	2	0,6	14	4,1
Vestir-se	245	72,1	71	20,9	15	4,4	9	2,6
Uso do banheiro	251	73,8	62	18,2	18	5,3	9	2,6
Transferir-se	241	70,9	73	21,5	17	5,0	9	2,6
Controle esfinteriano Micção	238	70,0	75	22,1	17	5,0	10	2,9
Controle esfinteriano evacuação	236	69,4	77	22,6	16	4,7	11	3,2
Alimentar-se	260	76,5	53	15,6	14	4,1	13	3,8

A tabela 1 apresenta os níveis de dependência dos idosos, avaliados pelo Índice de Katz. 255 (75,0%) são independentes para a função banhar-se; 245 (72,1%) são independentes para a função vestir-se; 271 (73,8%) são independentes para usar o banheiro; 241 (70,9%) são

independentes para a função transferir-se; 238 (70%) são independentes para a função de controle esfinteriano – micção; 236 (69,4%) são independentes para a função de controle esfinteriano – evacuação; 260 (76,5%) são independentes para a função de alimentar-se.

DISCUSSÃO

A complexidade do processo de determinação e interpretação da incapacidade funcional possivelmente ocorre pela grande variedade e falta de padronização de instrumentos utilizados, bem como diferentes pontos de corte para análise de resultados, o que pode dificultar a interpretação e comparação dos achados⁽⁶⁾.

Dos idosos que participaram deste estudo, 210 (61,7%) encontram-se na faixa de 60 a 69 anos e são, portanto, considerados como idosos jovens. Em um estudo transversal de base populacional realizado com 598 pessoas idosas em Pelotas, Rio Grande do Sul, em 2007, foram encontrados resultados semelhantes aos encontrados neste estudo. A proporção de idosos que apresentam comprometimento na capacidade funcional aumenta com o avançar da idade. Assim, a idade é um dos fatores preditores mais importantes. O risco relativo de declínio funcional aumenta cerca de duas vezes a cada dez anos a mais vividos. Idosos de 80 anos ou mais tem uma chance 25 vezes maior de declínio da capacidade funcional em comparação com idosos mais jovens^(6,7,8).

O fenômeno de os idosos residirem em domicílios multigeracionais, constituindo a principal fonte de suporte para a família, tem sido descrito como uma

tendência na população mais pobre, em países em desenvolvimento⁸. Apesar de os idosos possuírem baixa renda, a maioria tem moradia própria, pois se trata de uma região invadida pelos moradores e, posteriormente, legalizada pelos órgãos municipais.

A avaliação da capacidade funcional é fundamental para determinar o comprometimento e a necessidade de auxílio para as atividades de manutenção e promoção da própria saúde e de gestão do ambiente domiciliar por parte dos idosos, podendo guiar as políticas públicas de atenção à saúde e as políticas sociais para este segmento.

Neste sentido, estudo realizado em sete países da América Latina e ilhas do Caribe com idosos encontrou maiores prevalências de incapacidade funcional para as atividades básicas de vida diária no Chile (34,7%), no México (30,2%), na Argentina (32,1%) e no Brasil (28,6%). Com relação às atividades instrumentais, as ocorrências de incapacidade funcional foram maiores no Brasil (33,8%), no Chile (30,3%), na Argentina (27,6%) e em Cuba (26,7%). A variação das prevalências dos desfechos estudados entre os países foi justificada por diferenças nos anos de escolaridade da população-alvo, características da infraestrutura das cidades oferecida aos idosos, assim como fatores culturais relacionados à proteção do idoso em certas

localidades⁽⁹⁾. No presente estudo, prevalências de incapacidade funcional para as atividades básicas de vida diárias foram muito semelhantes, o que também foi observado em idosos em São Paulo^(9,10).

Com relação às atividades de autocuidado, encontrou-se a mais alta prevalência de incapacidade para o controle das funções de urinar e/ou evacuar, seguida pelos atos de vestir-se e tomar banho. Do total de indivíduos com incapacidade para as atividades básicas, a grande maioria é independente para realização de atividades básicas de vida diária. Em outros estudos realizados com idosos, foram encontrados resultados semelhantes^(11,12,13).

A funcionalidade na velhice e a capacidade para realização de atividades básicas de vida diária são influenciadas pelo processo de envelhecimento fisiológico, por características de gênero, idade, classe social, renda, escolaridade, condições de saúde, cognição, ambiente, história de vida e por recursos de personalidade. Tais recursos desempenham um papel importante na determinação do bem-estar subjetivo, que é um mediador na determinação da qualidade de vida na velhice. Esses recursos dizem respeito ao conhecimento e valorização de si, às capacidades de enfrentamento e ao senso de ajustamento psicológico^(14,15).

Assim, entre as principais preocupações relacionadas à saúde advindas

da longevidade, destacam-se as maiores ocorrências de doenças crônicas, quedas e incapacidade funcional, fazendo com que esses indivíduos necessitem, em muitos casos, de cuidado permanente e continuado para o adequado manejo clínico de suas doenças. Por consequência, os idosos são também maiores usuários dos serviços de saúde e apresentam maior frequência de internações hospitalares, bem como tempo de permanência mais prolongado. Para elaborar novos significados para a vida na idade avançada, a política de saúde destinada aos idosos precisa considerar aspectos como: capacidade funcional, necessidade de autonomia, cuidado e participação social^(16,17).

Neste sentido, a dependência para essas atividades gera a necessidade de apoio por parte de cuidadores, os quais, independentemente de serem formais ou informais, precisam de preparo e suporte adequados. Cabe à Estratégia Saúde da Família atender aos usuários em suas necessidades; assim, a responsabilidade do preparo e do apoio aos cuidadores recai sobre os profissionais que atuam na área. É importante conhecer quais são as atividades de maior dependência para a elaboração de um plano de ação que integre atividades de promoção da saúde, de prevenção e tratamento desses comprometimentos⁽¹⁸⁾.

A Organização Mundial da Saúde lançou políticas do envelhecimento ativo

que visam a otimizar a saúde, a participação e a segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Para minimizar/prevenir as consequências da senilidade, é necessário que os profissionais de saúde pública estabeleçam prioridades de atuação. A detecção de novos casos e o acompanhamento dos portadores de enfermidades poderão prevenir e controlar os agravos, enquanto medidas de promoção de saúde devem contar com a participação da comunidade na busca de um envelhecimento ativo, que é uma meta importante para prevenir os fatores de risco que aceleram o processo incapacitante. O atendimento integral em saúde prevê uma ação intersetorial, com atividades multiprofissionais tais como inclusão digital, estimulação cognitiva e exercícios físicos para a terceira idade, que contribuam para a qualidade de vida dessa população^(19,20).

CONCLUSÕES

Este estudo evidenciou que os idosos eram, na sua maioria, do sexo feminino, idosos jovens na faixa etária de 60 a 69 anos, afrodescendentes representados por negros e pardos. Constatou-se alto percentual de idosos sem cônjuge, baixa escolaridade representada por alto percentual de analfabetos, aposentadoria como ocupação principal, renda mensal de

um a três salários mínimos, arranjos familiares multigeracionais e expressivo percentual de idosos vivendo sozinhos. A grande maioria dos idosos é sedentária e apresenta alto grau de dependência para funções relacionadas ao autocuidado, tais como: banhar-se, ir ao banheiro e controlar esfíncteres.

Fica evidente o desafio para se desenvolverem estratégias capazes de estimular a população a adotar um estilo de vida saudável, em especial a prática de atividades físicas, que desempenham papel fundamental também na recuperação da capacidade funcional. A avaliação das atividades básicas de vida diária mostrou que os idosos participantes deste estudo apresentam elevado grau de dependência para funções relacionadas ao autocuidado: controle esfincteriano – evacuação, controle esfincteriano – micção, e para banhar-se. Dificuldades para vestir-se, usar o banheiro, transferir-se de um local para outro e alimentar-se também apresentam nível significativo de dependência.

Os dados identificados por esta pesquisa são importantes para se conhecer a situação socioeconômica e o nível de capacidade dos idosos atendidos pelo sistema público de saúde, podendo auxiliar no planejamento das ações de saúde, de acordo com os fundamentos do Sistema Único de Saúde. Além disso, apontam perspectivas para estudos futuros, em que a

análise funcional dos idosos leve em conta os vários domínios de desempenho.

REFERÊNCIAS

1. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE: Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese dos indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira em 2010. Rio de Janeiro – RJ: pg. 191-197.
2. Ministério da Saúde (BR). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília 2006. 192 p. – Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 19.
3. Costa EFA, Porto CC, Almeida JC, Cipullo JP, Martin JFV. Semiologia do idoso. In: Porto CC. Semiologia Médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.154-83.
4. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963;185(12):914-9.
5. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96 – Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1996.
6. Soares MBO, Tavares DMS, Dias FA, Diniz MA, Geib S. Morbidades, capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres idosas. Escola de Anna Nery (impr.) 2010 out-dez; 14 (4):705-71.
7. Duca GPD, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. Rev Saúde Pública 2009;43(5):796-805.
8. Santos GS, Cianciarullo TI. Perfil sociodemográfico dos idosos de uma área de abrangência do Programa Saúde da Família do município de Guarulhos-SP. Revista Saúde Coletiva. 2009, 33 (6): 200-6. Editora Bolina. São Paulo-SP.
9. Ortiz RCA, Ostir GV, Pelaez M, Ottenbacher KJ. Cross-national comparison of disability in Latin American and Caribbean persons aged 75 and older. Archives. Gerontologia Geriatria. 2006;42(1):21-33. DOI: 10.1016/j.archger.2005.06.006.
10. Minosso JSM, Amêndola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Prevalência de incapacidade funcional e dependência em idosos atendidos em um Centro de Saúde-Escola da Universidade de São Paulo. Cogitare Enferm 2010 Jan/Mar; 15(1):12-8.
11. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade de idosos no Brasil: análise multinível. Rev Saúde Pública 2010;44(3).
12. Rigo II, Paskulin LMG, Moraes EP. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2010 jun; 31(2):254-61.
13. Ferreira PCS, Tavares DMS, Rodrigues RAP. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. Acta Paul Enferm. 2011;24(1):29-35.
14. Perracini MR, Fló CM, Guerra RO. Funcionalidade e Envelhecimento. In: Perracini MR, Fló CM. Funcionalidade e Envelhecimento. Guanabara Kogan. Rio de Janeiro. 2011: pg. 3-24.
15. Torres MV. Capacidade Funcional e Envelhecimento. In: Malagutti W, Bergo AMA. Abordagem Interdisciplinar do Idoso. Rio de Janeiro: Ed. Rubio. 2010 – pg. 169-188.
16. Duca GFP, Thumé E, Hallal PC. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. Rev Saúde Pública 2011;45(1):113-20.
17. Santos SAL, Tavares DMS, Barbosa MH. Fatores socioeconômicos, incapacidade funcional e número de doenças entre idosos. Rev. Eletr. Enf. 2010;12(4):692-7.
18. Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira EA, Bachion MM Souza MR. Capacidade

funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6):2887-2898, 2010.

19. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

20. Benedetti TRB, Gonçalves HT, Mota JAPS. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. *Texto & Contexto Enfermagem* 2007; 16(3):387-398.

Artigo recebido em 12/11/2013.

Aprovado para publicação em 09/12/2013.