

## DETERMINANTES SOCIAIS DE ENVELHECIMENTO ATIVO DAS IDOSAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA – PARAÍBA

SMO (1); KTFB(2); FMRLO(3); MGMF(4);

*1 Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba; sannidsm@gmail.com*

*2 Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba; keyllafernandes@gmail.com*

*3 Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba; fabianarodriguesenf@yahoo.com.br;*

*4 Doutora em Enfermagem; Docente da Universidade Federal da Paraíba; graacafernandes@hotmail.com;*

### RESUMO

O envelhecimento populacional configura-se como um fenômeno mundial, apontado como um dos fatos demográficos mais relevantes nas últimas décadas. Diante das projeções estatísticas, o ritmo do envelhecimento tem sido sistemático e consistente. O envelhecimento ativo é, portanto, o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. O objetivo do estudo foi avaliar os determinantes sociais de envelhecimento ativo entre idosas atendidas em um Centro de Atenção Integral à Saúde na cidade de João Pessoa, Paraíba. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal, desenvolvido entre os idosos assistido em um serviço especializado. A coleta de dados foi realizada no período de outubro a dezembro de 2014, mediante entrevista subsidiada por um instrumento padronizado. Todo o processo da pesquisa, especialmente na fase da coleta de informações empíricas, serão observados os aspectos éticos que normatizam a pesquisa envolvendo seres humanos dispostos na Resolução 466/12 do CNS/MS/BRASIL. Foram entrevistadas 195 idosas, onde os resultados evidenciaram que o aumento da população idosa traz demandas relevantes para o cuidado em saúde as quais devem constituir questões de saúde pública, tornando-se importante a discussão acerca do envelhecimento ativo e seus determinantes, no intuito de assistir este indivíduo com olhar voltado para suas necessidades objetivas e subjetivas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Envelhecimento ativo, determinantes sociais, Saúde do Idoso.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população configura-se como um fenômeno mundial, apontado como um dos fatos demográficos mais relevantes nas últimas décadas. No contexto brasileiro, este aumento populacional reafirma-se a cada nova pesquisa demonstrando que essa população, em 2013 somava 26,1 milhões dos brasileiros, mais que o dobro do registrado em 1991, quando contabilizava 10,7 milhões de pessoas com mais de 60 anos <sup>1,2</sup>. Diante destas projeções estatísticas, o ritmo do envelhecimento tem sido sistemático e consistente. A perspectiva é que em 2025, o Brasil deverá ter 15% do seu contingente populacional constituído por idosos, ocupando o sexto lugar dentre os países com população mais idosa no mundo <sup>3</sup>.

Esta tendência implica em novas demandas para as políticas públicas, seguridade social, bem como para uma assistência integralizada à terceira idade <sup>4</sup>. Uma vez que, o envelhecimento trata-se de um processo do desenvolvimento normal do ser humano, envolvendo alterações neurobiológicas estruturais, funcionais e químicas. Com influência significativa de fatores ambientais e socioculturais - como qualidade e estilo de vida, dieta, sedentarismo e exercício - intimamente ligados ao seu curso sadio ou patológico <sup>5</sup>.

Evidencia-se que o aumento da expectativa de vida nem sempre está relacionada a uma longevidade saudável. O envelhecimento, como consequência natural traz a diminuição gradual da capacidade funcional, a qual é progressiva e aumenta com a idade, onde as maiores adversidades de saúde associadas ao envelhecimento são a incapacidade funcional e a dependência, que acarretam restrição/perda de habilidades ou dificuldade/incapacidade de executar funções e atividades relacionadas à vida diária <sup>6</sup>.

Algumas representações sociais podem associar a velhice exclusivamente ao sofrimento, aumento da dependência física, declínio funcional, isolamento social, depressão e improdutividade, entre outros fatores que não representam significados positivos. As novas reflexões acerca do envelhecimento, no tocante aos projetos político-sociais, econômicos, culturais e educacionais desenvolvidos pela sociedade em geral, visam uma mudança de paradigmas, bem como a valorização da pessoa idosa, quanto cidadãos participativos, capazes de ressignificar sua história com dignidade e autonomia, contribuindo significativamente para uma longevidade saudável e ativa, garantindo a inserção social, minimizando as possibilidades

de exclusão, inclusive para aqueles indivíduos que tenham alguma fragilidade, incapacidade física ou dependência estimulando um envelhecimento saudável e ativo<sup>7,8</sup>.

Dessa forma, define-se o envelhecimento ativo como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Configurando-se como o equilíbrio biopsicossocial e integral de um ser humano que está arraigado a um contexto social e tem a capacidade de desenvolver suas inúmeras potencialidades<sup>9,10</sup>.

Pensando nisso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como principais fatores determinantes para o envelhecer ativo: serviços sociais e de saúde, determinantes comportamentais, determinantes pessoais, ambiente físico, determinantes sociais e determinantes econômicos. Onde não se pode atribuir uma causa direta a cada um, porém, as evidências sugerem que todos os fatores em si e a interação entre eles refletem o envelhecimento dos indivíduos e populações<sup>9</sup>.

Neste cenário multifatorial, diversos estudos tem sido realizados evidenciando a adoção de estratégias de promoção da saúde para o envelhecer ativo, corroborando com a qualidade de vida e saúde da terceira idade<sup>11,12,13,14,15</sup>. Uma vez que oportunizam ao idoso descobrir ou redescobrir suas potencialidades e habilidades dentro de suas limitações e condições individuais e, com isso, ressignificar sua própria vida, dirimindo a cultura das perdas associadas ao envelhecimento<sup>10</sup>.

Diante do exposto, tornou-se necessário investigar a expressão dos determinantes sociais do envelhecimento ativo, tendo em vista que ainda são incipientes os estudos, especialmente no cenário local. Pretende-se que os dados empíricos apreendidos neste estudo possam contribuir para uma assistência social e de saúde efetiva e holística a pessoa idosa, atentando para as suas necessidades específicas, pautada na valorização do envelhecimento da população de forma saudável. Dessa forma, o objetivo do estudo foi avaliar os determinantes sociais de envelhecimento ativo entre idosas atendidos em um Centro de Atenção Integral à Saúde na cidade de João Pessoa, Paraíba.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal, desenvolvido entre as idosas assistidas no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI) do município de João Pessoa, Paraíba. Os estudos transversais constituem um estudo epidemiológico com base em investigações que reproduzem resultados “instantâneos” da situação de saúde de um grupo ou comunidade, observando-se fator e efeito na mesma dimensão temporal<sup>16</sup>.

A determinação da amostra foi do tipo probabilística, por meio da técnica de amostragem simples. Para a seleção dos idosos investigados, foi levantado junto ao serviço do referido município a quantidade de idosos cadastrados.

Participaram do estudo os indivíduos com sessenta anos ou mais, de ambos os sexos, que após devidamente esclarecidos dos propósitos e passos operacionais, aceitaram participar da pesquisa, bem como aqueles que apresentaram condições cognitivas preservadas, de modo que foram capazes de responder as questões de investigação. Do total 238 idosos entrevistados, a população efetiva deste estudo foi composta por 195 idosas.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro a dezembro de 2014 pelas bolsistas de iniciação científica, mediante entrevista subsidiada por um instrumento estruturado, contemplando questões pertinentes aos objetivos propostos para o estudo. Este instrumento compreendeu duas seções, as quais serão descritas nos tópicos que se seguem.

A primeira parte do instrumento contemplou questões referentes a caracterização sociodemográfica dos idosos, as doenças e sintomas auto referidos. A segunda apreendeu as questões que pretendiam avaliar a avaliação multidimensional do envelhecimento ativo, conforme proposto por Vicente<sup>17</sup>.

A análise dos dados foi efetivada numa abordagem quantitativa por meio da estatística descritiva de natureza univariada para todas as variáveis. Para tanto, utilizou-se o sistema computacional *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS versão 20.0, por ser adequada ao alcance dos objetivos do estudo e por possibilitar a precisão e generalização dos seus resultados.

Cabe destacar que durante todo o processo da pesquisa, especialmente na fase da coleta de informações empíricas, foram observados os aspectos éticos que normatizam a pesquisa

envolvendo seres humanos dispostos na Resolução 466/12 do CNS/MS/BRASIL, assim como estabeleceu-se uma relação onde o ser pesquisado foi respeitado na sua dignidade.

Aos participantes do estudo garantiu-se o consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem acessível, incluindo todos os direitos, assim como garantia do retorno dos benefícios da pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No tocante às características sociodemográficas, evidenciou-se que a faixa etária predominante entre a população estudada foi de 60 a 69 anos (62,5%), seguida por 70 a 79 anos (29,7%) e 80 anos ou mais (7,6%). Verificou-se, também, que a maioria das idosas eram viúvas (32,8%), com escolaridade entre um a três anos (42,5%). Quanto aos benefícios de previdência social, 157 (80,5%) recebiam entre 1 a 3 salários mínimos (R\$ 788,00).

No contexto dos determinantes sociais, 46 (23,5%) idosas foram vítimas de alguma violência, do tipo roubo e 34 (17,4%) sentiram-se abandonadas pela sociedades. Quanto as redes de apoio sociais, 91 (46,6%) participavam de grupos de convivência da terceira idade. Tais variáveis estão descritas a seguir na tabela 1, revelando dados quanto a escolaridade, violência e maus tratos, convívio familiar e redes de apoio.

**Tabela 1 – Distribuição dos determinantes sociais das idosas atendidas em um Centro de Atenção Integral à Saúde dos Idosos, João Pessoa, PB, Brasil, 2015.**

Variável	Categorias	n	%
<b>Escolaridade</b>	1 a 3 anos	83	42,5
	9 ou mais	50	25,6
	4 a 8 anos	36	18,4
	Nenhum	26	13,3
<b>Violência e maus tratos</b>	Roubado	46	23,5
	Abandono da Sociedade	34	17,4
	Abandono familiar	15	7,6
	Abuso Sexual	09	4,6
	Forçado a abrir mão dos rendimentos	04	2,0
	Forçado a realizar atividades	03	1,5
<b>Convívio familiar</b>	Cônjuge	66	33,8
	Sozinho	47	24,1
	Outros familiares	38	19,4
	Cônjuge e filhos	16	8,2

	Família de um filho	15	7,6
	Cônjuge, filhos e netos	13	6,6
<b>Redes de apoio</b>	Grupo de convivência	91	46,6
	Igreja	80	41,0
	Dentro de casa	70	35,9
	Fora de casa	47	24,1
	Associações	52	26,6

Com relação à escolaridade, o estudo demonstrou um número considerável analfabetas e analfabetas funcionais. O analfabetismo feminino reflete mecanismos de organização social que bloquearam o acesso de mulheres pobres à escola. Por outro lado, também revela as práticas culturais que não valorizavam a educação escolar para mulheres, compreendendo que essas deveriam apenas ser preparadas para serem boas esposas, mães e donas de casa<sup>18</sup>.

Outro determinante social inerente ao envelhecimento ativo está relacionado a violência e maus tratos exercidos contra os idosos, que pode ser classificada de diversas formas, tais como física, sexual, psicológica, econômica, institucional, abandono, negligência, entre outros. No Brasil, a violência intrafamiliar contra os idosos passou a ser denunciada com maior frequência a partir da década de 80, porém, esta manifestação de violência é de difícil identificação e oculta da opinião pública<sup>19</sup>. No país, ainda não se tem ideia da prevalência do problema. No entanto, as características da sociedade brasileira atual, tais como as sérias dificuldades socioeconômicas para um grande segmento populacional, o preconceito contra o envelhecimento e o culto à juventude, fatores reconhecidamente favorecedores da disseminação da violência, fazem crer que o problema seja bastante frequente<sup>20</sup>.

De acordo com dados do Conselho Municipal de Direitos do Idoso de João Pessoa – CDMI/JP em 2012, foram registrados 66 denúncias e 94 casos de violência contra idosos, deste total revela-se que as idosas sofrem mais violência do que os idosos na cidade de João Pessoa, com 45 o número de denúncias registrado no sexo feminino, enquanto que no sexo masculino, menos suscetíveis aos abusos, o número de denúncias foi de 21 casos. Observou-se ainda, que os parentes são os mais denunciados, com registro de 61 denúncias<sup>21</sup>.

Os números demonstram que apesar do apoio oferecido pelas autoridades municipais e estaduais à pessoa idosa, ainda é possível identificar situações de abandono familiar e social relatadas, tais aspectos representam a causa mais frequente de institucionalização, o que, embora nem sempre represente uma opção ruim, traz importantes comprometimentos à saúde física e emocional deste grupo populacional<sup>22</sup>.

Apesar de, na atualidade haver uma tendência da população idosa ao envelhecimento mais saudável, as representações encontradas no grupo em questão reafirmam a representação de uma velhice atrelada a perdas, ao abandono e a morte, em que os indivíduos podem ficar relegados ao abandono e ausência de papéis sociais. Isso de certa forma acaba por contribuir cada vez mais para a perpetuação de mitos, estereótipos, preconceitos e discriminação em relação à velhice<sup>23</sup>.

Estudos mostraram que algumas mulheres também compartilham do sentimento de abandono como visto nesta pesquisa, sendo assim definiram o processo de envelhecimento como tempo de solidão, abandono e desvalorização, por parte da sociedade, dos amigos e da família. Em alguns casos, o envelhecimento foi entendido também como exclusão de prazer em suas vidas<sup>24</sup>. Logo, a identificação de situações de maus tratos e violência é fundamental para a manutenção da saúde da vítima e para prevenção de ocorrências e situações que possam afetar o bem-estar dos idosos<sup>18</sup>.

Desta forma, faz-se necessário a criação de estratégias e acompanhamento eficazes de casos suspeitos, possibilitando ações preventivas, e assim melhorar a qualidade de vida do idoso em condição de vulnerabilidade à violência. Cabe ressaltar que a defesa dos direitos do idoso não deve ser apenas responsabilidade dos serviços de saúde, mas deve incluir os serviços de proteção social, lideranças comunitárias, ministério público, conselhos de saúde, além do próprio idoso, familiares e comunidade<sup>25,26</sup>.

Quanto ao convívio familiar, percebe-se que a maior parte das idosas coabitam com seus cônjuges, no entanto do total de entrevistadas a viuvez prevaleceu sobre esta. Além dos diferenciais físicos entre os sexos, enfatiza-se o componente social, onde muitas mulheres após a viuvez não casam novamente, ao contrário dos homens, relatando dessa forma maior solidão

Estudos apontam que, a partir dos 60 anos, as taxas de nupcialidade obtidas para pessoas do sexo masculino são mais que o dobro que as taxas das mulheres <sup>28</sup>. Por conseguinte, devido à sobremortalidade masculina, sobretudo nas idades mais avançadas, observa-se a maior proporção de mulheres na população, tornando menores as probabilidades de casamentos das idosas em relação aos homens. Ademais, percebe-se que os idosos mais jovens frequentemente estão casados e que os mais velhos, em sua maioria mulheres, exibem percentual maior de viuvez <sup>29</sup>.

Neste estudo também evidenciou uma parcela de idosas que residem com demais familiares, tal fato é explicado como forma de suporte para os idosos ou como alternativa à falta de recursos financeiros dos filhos para a manutenção de moradias próprias <sup>30</sup>. Pesquisas em âmbito nacional mostram que no Brasil a participação do idoso na renda familiar se revela cada vez mais expressiva, sendo estes responsáveis por mais de 90% do total do rendimento mensal do domicílio, em consequência, principalmente, de suas aposentadorias <sup>31,28</sup>.

Embora, culturalmente a família seja considerada como o melhor local para o idoso envelhecer, prevendo-se a possibilidade de garantir-lhe a autonomia e preservar-lhe a identidade, a dignidade<sup>32</sup> e interação social, esse contexto merece atenção, pois a sua configuração, atualmente, apresenta-se modificada: pessoas de diferentes gerações, convivendo em um mesmo espaço, necessitam de uma postura flexível diante da vida, espaços para diálogo e disposição para rever posições a fim de conviverem de forma<sup>18</sup>. De forma que, a coabitação com o idoso e o consequente aumento de responsabilidades e tarefas dos membros familiares, não seja atribuído a um efeito nefasto sobre o relacionamento familiar<sup>33</sup>.

O estudo também revelou um número significativo de idosas que vivem sozinhas em suas residências. Essa realidade apresenta duas vertentes, por um lado este contexto pode aumentar a autonomia, a independência e promover o crescimento pessoal<sup>18</sup>, que poderia ser considerado indicativo de envelhecimento exitoso e ativo, uma vez que estas idosas como responsáveis pelo lar, apresentariam melhores condições saúdes e menor grau de dependência. Por outro lado, essa condição tem sido associada a um decréscimo na qualidade de vida, agravamento de morbidades e indicador de risco de mortalidade, devido a vulnerabilidade aos riscos e a



fragilidade, ocasionadas pelas alterações fisiológicas da idade avançada, implicando na realização de atividades inapropriadas, bem como a falta de cuidado e interação necessária.

Frente aos resultados encontrados, a interação social não acontece somente no ambiente familiar. Diversos estudos demonstram que um grande contingente de idosas, independente de classe social, tem descoberto nos chamados grupos de convivências da terceira idade oportunidades de experimentar novos modos de viver, que contribuem para aflorar sentimentos de maior satisfação, plenitude e autonomia<sup>30</sup>. Os grupos colaboram para o exercício da cidadania, para a valorização e a inserção do idoso no meio social. Portanto, há a necessidade de incentivar os idosos a participarem de eventos fora do ambiente domiciliar. Além disso, semelhante interação possibilita-lhes experienciar o senso de pertencimento a um grupo social com o qual podem contribuir com seus conhecimentos de maneira mais significativa<sup>18</sup>.

É comum o declínio de algumas capacidades cognitivas ao envelhecer, o que pode ser compensado se o idoso se mantiver participativo na comunidade em que vive, criando laços e redes de apoio e suporte social, em grupos de idosos, associações e/ou igrejas. Assim, depreende-se que os determinantes pessoais envolvem, além dos aspectos biológicos, também as competências individuais de interação interpessoal e social, tão importantes para um envelhecimento ativo, saudável e com qualidade de vida<sup>22</sup>.

A questão da religiosidade demonstra evidência do catolicismo, trazendo reflexões que perpassam a cultura e história brasileira. Além disso, estudos demonstram que a religiosidade apresenta um papel significativo frente aos desafios cotidianos geradores de estresse, propiciando maiores condições ao indivíduo idoso de lidar com a dependência e a tendência ao isolamento<sup>34</sup>.

## CONCLUSÃO

O aumento da população idosa traz demandas relevantes para o cuidado em saúde as quais devem constituir questões de saúde pública, assim torna-se cada vez mais evidente a importância da discussão acerca do envelhecimento ativo e seus determinantes, no intuito de assistir este indivíduo com olhar voltado para suas necessidades objetivas e subjetivas. Sabe-se que o aumento do número de idosos no Brasil dá-se de maneira rápida e progressiva, e apesar da velhice não ser universalmente feminina identifica-se um forte componente de gênero,

resultando em maiores expectativas de vida entre as mulheres e a feminização do envelhecimento populacional.

Com o envelhecimento, as mulheres são afetadas diferentemente dos homens. Em decorrência da maior expectativa de vida entre as mulheres. Verificam-se características importantes que as tornam mais vulneráveis à doenças, a maior probabilidade de problemas relacionados à adaptação às mudanças fisiológicas, a maior debilidade física antes da morte, isolamento social e transtornos emocionais.

A identificação dos determinantes associados ao envelhecimento ativo é relevante, pois os mesmos constituem indicadores empíricos, que podem fundamentar as estratégias de promoção do envelhecimento mais saudável, melhorando assim a qualidade de vida nesta população.

Ante o exposto, os resultados esperados da efetividade deste estudo, especificamente do conjunto de dados sistemáticos suscitados no processo de investigação, consiste no fato destes constituírem-se valioso instrumento para a criação, ampliação ou renovação de políticas e estratégias de cuidado para a pessoa idoso, de modo individualizado e contextualizado que podem exercer efeitos positivos sobre sua qualidade de vida. Espera-se, ainda, que esses achados contribuam para a construção de um novo modelo de atenção à saúde do idoso, com vistas ao envelhecimento ativo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira; 2013.
2. SDH. Secretaria de Direitos Humanos. Dados sobre o envelhecimento no Brasil. Brasília; 2012. Acesso em: 2015 Mar 26. Disponível em:  
<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoaidosa/dadosestatisticos/DadosobreoenvelhecimentoonoBrasil.pdf>
3. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2012. Rio de Janeiro; 2012 [acesso em 23 mar 2015].  
Disponível em:  
<[ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores\\_Sociais/Sintese\\_de\\_Indicadores\\_Sociais\\_2012/SIS\\_2012.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf)>.

4. SANTOS JP, PAES NA. Associação entre condições de vida e vulnerabilidade com a mortalidade por doenças cardiovasculares de homens idosos do nordeste. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, 2014; 17(2).
5. SANTOS FH, ANDRADE VM, BUENO OFA. Envelhecimento: um processo multifatorial. Psicol. estud., Maringá, 2009; 14(1).
6. FERREIRA OGL, et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. Texto contexto – enferm, 2012; 21(3).
7. TORQUATO R, MASSI G, SANTANA AP. Envelhecimento e Letramento: A Leitura e a Escrita na Perspectiva de Pessoas com Mais de 60 Anos de Idade. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2011; 24(1):89-98.
8. RIBEIRO O, PAÚL C. Envelhecimento Ativo: Manual de Envelhecimento Ativo. Lisboa: LIDEL; 2011.
9. OMS. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005
10. FERREIRA OGL, et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. Rev Esc Enferm USP, 2010; 44(4):1065-9.
11. BOTH JE, et al. Grupos de convivência: Uma Estratégia de Inserção do Idoso na Sociedade. Revista Contexto e saúde, 2011;10(20):995- 98.
12. SILVA ACS, SANTOS I. Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender. Texto contexto -enferm., Florianópolis, 2010;19(4).
13. ABREU SF. Grupo Musical uma estratégia de promoção da saúde para o envelhecimento ativo: contribuições para a Enfermagem Gerontogeriátrica. [dissertação] Rio de Janeiro (RJ): UFRJ/EEAN; 2013.
14. GOMES JCP, et al. Estudo comparativo entre hábitos vocais, sedentarismo e qualidade de vida em idosos frequentadores da unidade de saúde vila nova. Revista Espaço para a Saúde. Londrina, 2013;13(1):18-28.
15. CAVALLI AS, et al. Motivação de pessoas idosas para a prática de atividade física: estudo comparativo entre dois programas universitários - Brasil e Portugal. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, 2014;17(2).
16. Sitta EI, Arakawa AM, Caldana ML, Peres SHCS. A contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. Rev. CEFAC, 2010; 12(6):1059-1066.
17. VICENTE FR. Validação de conteúdo de um instrumento para avaliação multidimensional do envelhecimento ativo. 2012. 150f. [dissertação] Florianópolis (SC): Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina;2012.

18. FARIAS RG, SANTOS SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 167-76.
19. AGUIAR MPC, et al. Violência contra idosos: descrição de casos no Município de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, 2015; 19(2):343-349.
20. DUQUE AM, LEAL MCC, MARQUES APO, ESKINAZI FMV, DUQUE AM. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). *Cienc. saúde colet*. [online]. 2012;17(8):2199-208.
21. PRAVDA. A Violência Contra os Idosos em João Pessoa. 2013 [Internet] Acesso em 2014 jun 26. Disponível em: [http://port.pravda.ru/sociedade/incidentes/13-06-2013/34764-violencia\\_idosos-0/](http://port.pravda.ru/sociedade/incidentes/13-06-2013/34764-violencia_idosos-0/)
22. VICENTE FR, SANTOS SMA. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(2):370-8.
23. CRUZ RC, FERREIRA MA. Um certo jeito de ser velho: representações sociais da velhice por familiares de idosos. *Texto Contexto Enferm*. 2001; 20(1):144-51.
24. GUERRA ACLC, CALDAS CP. Dificuldades e recompensas no processo de Envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(6):2931-2940.
25. GONÇALVES JRL, et al. Percepção e conduta de profissionais da área da saúde sobre violência doméstica contra o idoso. *Res.: fundam. care*. Online. 2014; 6(1):194-202.
26. AMORIM LOG, SILVA RCL, SCHUTZ V. The use of sugar in venous ulcers infected by pseudomonas aeruginosa an experience report. *Cuid. fundam*. Online. 2011; 2(4):1450-1455.
27. LIMA LCV, BUENO CMLB. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2009; 2(2):273-280.
28. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas do registro civil 2011. Brasília; 2011.
29. BARBOSA KTF. Vulnerabilidade física, social e programática de Idosos atendidos na atenção primária de saúde do Município de João Pessoa, Paraíba [dissertação]. João Pessoa (PB): Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba; 2015.
30. GEIB LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro. 2012; 17(1):123-133.
31. OLIVEIRA MB, SILVA NM, TEIXEIRA, KMD. Transferências financeiras: os idosos como suporte econômico familiar [Internet] VI Workshop de Análise Ergonômica do trabalho; 2013.
32. GONÇALVES LHT, NASSAR SM, DAUSSY MFS, SANTOS SMA, ALVAREZ, AM. O convívio familiar do idoso na quarta idade e seu cuidador. *Cienc Cuid Saúde*. 2011; 10(4):746-754.

33. SEBASTIÃO C, ALBUQUERQUE C. Envelhecimento e dependência. Estudo sobre os impactes da dependência de um membro idoso na família e no cuidador principal. Revista Kairós Gerontologia. 2011; 14(4):25-49.

34. BARRICELLI ILFOBL, SAKUMOTO IKY, SILVA LHM, ARAÚJO CV. Influência da orientação religiosa na qualidade de vida de idosos ativos. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012;15(3):205-15.

