

JÉSSICA LOPES SERAFIM DE LIMA

**ASPECTOS POSITIVOS E NEGATIVOS SOBRE O ATENDIMENTO À  
PESSOA IDOSA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Artigo apresentado à disciplina TCC 2 como atividade acadêmica do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Paraíba.

Orientador (a): Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira

**JOÃO PESSOA**

**2017**

**ASPECTOS POSITIVOS E NEGATIVOS SOBRE O ATENDIMENTO**  
**ASPECTOS POSITIVOS E NEGATIVOS SOBRE O ATENDIMENTO À**  
**PESSOA IDOSA NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Jéssica Lopes Serafim de Lima, Maria Adelaide Silva Moreira Paredes.

**RESUMO**

O aumento da expectativa de vida e a diminuição das taxas de mortalidade e fecundidade têm produzido profundas mudanças na estrutura etária brasileira. Tal fenômeno constitui-se como alerta para a necessidade da criação de políticas públicas voltadas à pessoa idosa. O presente estudo tem por objetivo conhecer os aspectos positivos e negativos sobre o atendimento à pessoa idosa para profissionais de saúde no âmbito da Atenção Básica. Trata-se, portanto, de um estudo de base de dados secundários e abordagem mista, realizado com 204 profissionais da Atenção Básica do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. A coleta de dados foi realizada entre julho/2010 a julho/2011, por meio de uma entrevista semiestruturada contemplando a caracterização sociodemográfica e questões referentes ao atendimento à pessoa idosa. Para análise dos dados, utilizou-se o *software Iramuteq 0.6 alpha 3*. Observou-se um número significativo de profissionais mulheres (84,8%), sendo os profissionais mais frequentes, enfermeiros (20,6%) e dentistas (20,1%). Verificou-se que os profissionais enfatizaram mais as dimensões negativas (45,7%) associadas ao atendimento a pessoa idosa, seguida das dimensões neutras (34,2%) e dimensões positivas (20,1%), sugerindo a necessidade de construir uma rede de atenção integral, capaz de suprir às reais demandas trazidas pelo envelhecimento.

**Descritores:** Atendimento, Pessoa Idosa, Atenção Básica.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é considerado um processo que ocorre quando há o aumento da população idosa no total da população. É influenciado pela diminuição da fertilidade e aumento da longevidade, visto, inicialmente, em países da Europa após a Revolução Industrial (CAMARANO & KANSO, 2013).

Antes visto apenas em países desenvolvidos, hoje também é encontrado em países em desenvolvimento; porém, ao contrário de como ocorreu nos países europeus, no Brasil, a transição demográfica vem ocorrendo velozmente e o crescimento socioeconômico não tem conseguido acompanhar, criando um cenário desfavorável à faixa etária acima de 60 anos (NASRI, 2008).

A desigualdade econômica reflete na longevidade populacional, de forma que, nas populações de renda elevada, o número de idosos e a expectativa de vida se equivalem aos índices de países europeus, ao contrário do restante da população, que se encontra com índices equiparados aos países desenvolvidos no início do século passado (CAMARANO & PASINATO, 2007).

Em consonância a isso, a transição epidemiológica também vem ocorrendo de forma desigual entre as diversas classes de renda, determinando a heterogeneidade pela qual os brasileiros adoecem, vivenciando uma velhice marcada pela feminização, pauperização, instalação de incapacidades e de dependência (CHAIMOWICZ & CAMARGOS, 2013). Observa-se, assim, uma polarização epidemiológica, de forma que, entre a população com maior poder aquisitivo, prevalecem doenças circulatórias e neoplasias, enquanto na população mais vulnerável, a mortalidade continua relacionada a doenças infecciosas, circulatórias e respiratórias (PAES-SOUZA, 2002).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como uma ferramenta de reorganização da atenção básica no Brasil, sendo uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação, que busca ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, levando assim a saúde para mais próxima possível da vida das pessoas (BRASIL, 2006).

Sob o olhar da ESF e seus princípios básicos voltados ao idoso, é preconizado que se aborde tanto as mudanças físicas consideradas normais, como a identificação precoce das alterações patológicas, buscando evitar sua apartação do convívio familiar e

social. Não se deve garantir apenas a longevidade, mas uma vida com qualidade, felicidade e, sobretudo, participação ativa em seu meio (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde na série Cadernos da Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (2006), ferramentas da ESF como Atenção Continuada e Visita Domiciliar também são de suma importância quando se trabalha com o público idoso, já que através desse serviço longitudinal que são realizadas as mudanças de hábitos e educação em saúde, bem como um momento de atenção especial para aquele usuário, sobretudo na Visita Domiciliar realizada pela equipe multiprofissional.

Portanto, no que concerne a atenção básica, é preciso que o atendimento não seja apenas voltado à cura ou controle de doenças, mas também para a integração e manutenção desse idoso na comunidade, através de grupos de convivência, terapia em grupo, dentre outros.

Diante do exposto, o presente estudo buscou responder os seguintes questionamentos: Quais as dimensões positivas e negativas apontadas pelos profissionais de saúde sobre o atendimento a pessoa idosa no cenário da Atenção Básica? Quais as justificativas apontadas pelos profissionais diante das percepções construídas? Assim, a referida pesquisa teve como objetivo conhecer os aspectos positivos e negativos sobre o atendimento à pessoa idosa no contexto da atenção básica para profissionais da saúde.

## **METODOLOGIA**

Trata-se um estudo de base de dados secundários e abordagem mista. O local do estudo foram as USF's no município de João Pessoa, Paraíba. Participaram do estudo 204 profissionais de saúde, regularmente inseridos na Atenção Básica, de ambos os sexos, escolhidos aleatoriamente, e que expressaram a participação voluntária no estudo.

O presente estudo encontra-se inserido no Projeto intitulado “Condições de Saúde, Qualidade de Vida e Representações Sociais de Idosos nas Unidades Básicas de Saúde”, desenvolvido no Laboratório de Saúde, Envelhecimento e Sociedade do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (LAERS-PPGENf), em convênio com o

FNS/M.Saúde e UFCG/Cajazeiras/PB. Assim, a coleta de dados foi realizada no período de julho de 2010 a julho de 2011, por meio de uma entrevista semiestruturada, dividida em duas partes, a saber: (1) Questionário de caracterização sociodemográfica; (2) Roteiro de entrevista semiestruturada.

Os dados quantitativos referentes às características sociodemográficas foram armazenados no programa *Microsoft Excel for Windows*, e posteriormente analisados pelo programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) for Windows, versão 21.0, onde foi calculado o desvio padrão e a frequência simples das variáveis aplicando as medidas de posição (mínimo, máximo e média). As variáveis analisadas incluíram distribuição por gênero, profissão e tempo de atuação junto a idosos.

Em seguida, as respostas da entrevista semi-estruturada foram organizadas em um banco de dados preparado em um *corpus* no software OpenOffice processados pelo programa IRAMUTEQ (*Interface de R pour lês Analyses Mutidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), que constitui um importante instrumento de análise de dados para pesquisas com conteúdo simbólico proveniente dos materiais textuais densos, organizando as palavras de maior frequência e as dividindo em classes de acordo com as relações existentes entre elas (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Optou-se pelo método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), criando classes textuais e organizando-as em dendogramas que possibilitam o estabelecimento de relações entre as variáveis.

## RESULTADOS

Conforme ilustrado na Tabela 1, dos 204 profissionais entrevistados, 84,8% (n= 173) eram do sexo feminino, enquanto apenas 15,2% (n= 31), do sexo masculino. Quanto à profissão, destacou-se o quantitativo de enfermeiros, 20,6% (n= 42), seguido do de dentistas, 20,1% (n= 41) e agentes comunitários de saúde, 15,7% (n=32), bem como o número superior de fisioterapeutas 6,9% (n= 14), quando comparados ao de médicos 5,9% (n=12). Com relação ao tempo e a experiência de trabalho com o idoso, observou-se que 27,5% (n= 56) possuem entre 4 e 7 anos, 18,1% (n= 37) mais de 10 anos e 22,1% (n=45), menos de um ano.

**Tabela 1** - Perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde inseridos na atenção básica.

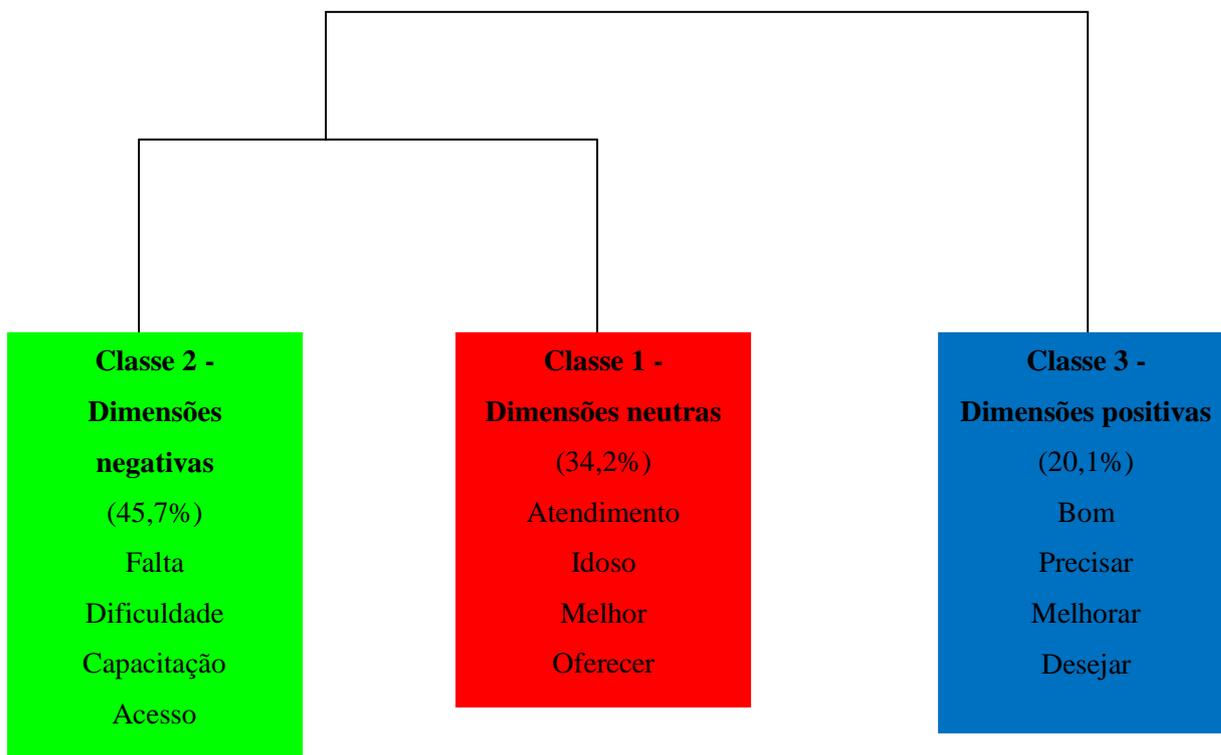
	Variáveis	N	%
<b>Sexo</b>	Masculino	31	15,2
	Feminino	173	84,8
<b>Profissão</b>	Enfermeiro	42	20,6
	Médico	12	5,9
	Fisioterapeuta	14	6,9
	Nutricionista	3	1,5
	Farmacêutico	6	2,9
	Assistente social	11	5,4
	Dentista	41	20,1
	Psicólogo	10	4,9
	Terapeuta ocupacional	1	0,5
	Fonoaudiólogo	4	2,0
	Educador físico	4	2,0
	Técnico de enfermagem	15	7,4
	Agente comunitário de saúde	32	15,7
	Assistente de consultório dentário	4	2,0
	Digitador	1	0,5
	Auxiliar administrativo	2	1,0
	Administrador	1	0,5
	Agente de vigilância ambiental	1	0,5
	<b>Tempo de trabalho com o idoso</b>	Menos de um ano	45
Entre 1-3 anos		33	16,2
Entre 4-7 anos		56	27,5
Entre 8-10 anos		33	16,2
Mais de 10 anos		37	18,1

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

Os dados apreendidos e processados pelo *software IRaMuTeQ* caracterizaram um corpus de 204 entrevistas, que constituíram 407 Segmentos de Texto (ST), gerando um conjunto textual cuja análise baseou-se na distribuição de vocábulos, seguindo da categorização hierárquica descendente de palavras, com aproveitamento de 74% dos textos analisados.

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) possibilitou o agrupamento de palavras em 03 categorias simbólicas a partir de conteúdos semânticos e palavras mais significativas, conforme ilustra a figura abaixo:

**Figura 1** - Categorias simbólicas sobre as dimensões do atendimento à pessoa idosa.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

A **Classe 2**, denominada **Dimensões Negativas**, apresentou 45,7% dos ST do corpus analisado, os participantes descreveram os aspectos negativos dos atendimentos direcionados aos idosos, considerando-os insuficientes para as demandas relacionadas ao processo de envelhecimento humano, através de palavras como *falta*, *dificuldade*, *não*, *problema* e *profissional*. A Tabela 2 apresenta os conteúdos semânticos mais significativos descritos pelos participantes.

**Tabela 2** - Palavras significativas referentes à Classe 2.

<b>Palavras Significativas</b>	<b>Frequência</b>
Falta	52
Dificuldade	24
Não	33
Profissional	23
Necessitar	9
Problema	6
Material	5
Serviço	17
Comparecimento	6
Acesso	13

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

Ainda sobre a Classe 2, os discursos também contextualizaram a precariedade da infraestrutura e dos materiais utilizados durante os atendimentos clínicos nas Unidades de Saúde, bem como as dificuldades relacionadas ao atendimento médico, conforme apresentado abaixo:

*[...] falta de insumos; falta de medicamentos [...] (suj.193); [...] falta de medicamentos, demora na marcação de exames especializados, falta de materiais de curativo [...] (suj. 182); [...] a carga horária puxada [...] (suj. 165); [...] falta apoio para cursos, ginásticas, lanches [...] (suj. 42); [...] existe a dificuldade dos médicos interagir com outros profissionais [...] (suj. 6); [...] (dificuldade de) acesso a alguns profissionais médicos [...] (suj. 196); [...] além da falta de integração dos médicos nas atividades e de interação com a equipe [...] (suj. 68).*

Assim como as barreiras causadas com relação à estrutura física das USF's, que por muitas vezes impede que seja prestado um serviço de qualidade ao sujeito idoso:

*[...] Ausência de piso antiderrapante, corrimãos [...] (suj. 13); [...] o espaço físico é pequeno, é uma casa adaptada e em condições precárias. Falta cadeiras, móveis e alguns equipamentos [...] (suj. 16); [...] falta de acessibilidade para este idoso, como rampas, corrimão e falta de espaço adequado [...] (suj. 79)*

Na **Classe 3 - Dimensões positivas**, com 20,3% dos ST do corpus analisado, os profissionais inseridos no contexto da Atenção Básica sugerem que os atendimentos ofertados em suas unidades de trabalho são bons, mas que precisam ser aprimorados, conforme pode ser observado pelas unidades semânticas que contribuíram para a formação dessa classe, como *bom* (32), *melhorar* (14) e *precisar* (13). A Tabela 3 apresenta os conteúdos semânticos mais significativos descritos pelos participantes.

**Tabela 3** - Palavras significativas referentes à Classe 3.

Palavras Significativas	Frequência
Bom	32
Melhorar	14
Precisar	13
Muito	13
Qualidade	9

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

Na fala dos entrevistados, percebe-se que as dimensões positivas associam-se às experiências exitosas das equipes durante as práticas de promoção à saúde da pessoa idosa, apesar das dificuldades encontradas na oferta do serviço, ressaltando atividades em grupo e lúdicas (como por exemplo, passeio), além das relações interdisciplinares construídas durante os atendimentos, conforme os relatos abaixo:

*[...] é bom e ficamos muito satisfeitos quando sentimos que estamos fazendo o bem [...] (suj. 105); [...] procuramos proporcioná-los em envelhecimento saudável com plena capacidade funcional através de um atendimento humanizado [...] (suj. 140); [...] equipe interdisciplinar, estamos de parabéns [...] (suj. 65); [...] no CAISI temos atendimento exclusivo ao idoso, com compromisso e atenção [...] (suj. 66).*

A “**Classe 1 - Dimensões neutras**” apresentou 34,2% dos ST do corpus analisados, em que os profissionais inseridos no contexto da Atenção Básica expressaram posicionamentos e discursos neutros sobre o atendimento oferecido às pessoas idosas no contexto da Atenção Básica, não dimensionando polaridades perceptuais nos conteúdos semânticos elaborados. As palavras mais significativas estão expostas na Tabela 4.

**Tabela 4** – Palavras significativas referentes à Classe 1

<b>Palavras Significativas</b>	<b>Frequência</b>
Idoso	57
Atendimento	60
Grupo	12
Dia	8
Trabalho	7

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

Observa-se por um lado, que os profissionais associam atendimento para idosos à elementos sócio-cognitivos, representados por *atendimento* e *idoso* com conteúdos positivos; por outro, palavras como *prioridade* e *necessidade* representam a forma como a assistência é oferecida.

## DISCUSSÃO

Os dados sobre a predominância do sexo feminino na atuação profissional em saúde encontram-se condizentes aos encontrados na literatura, como o realizado por Machin et al (2011), onde existiam 9 mulheres para cada um homem atuando profissionalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's). Tal fenômeno traz reflexos dos ensinamentos sexistas nos quais as mulheres são criadas para a maternidade e para o cuidado com o outro, o que acaba refletindo também na sua escolha profissional. Para Matos, Toassi e Oliveira (2013), a profissionalização feminina, iniciada no final do século XIX, aconteceu relacionada aos papéis femininos tradicionais, ou seja, a mulher vinculada ao cuidado, ao educar e ao servir, entendidos como dom ou vocação, reforçando o conceito citado acima.

Quanto a qualificação profissional, encontra-se de acordo com o proposto na PNAB, levando em consideração que enfermeiro e dentista são profissionais previstos na equipe multiprofissional básica (BRASIL, 2012). Porém, chamou atenção o maior número de fisioterapeutas participando da pesquisa com relação ao número de médicos, visto que os fisioterapeutas não fazem parte da equipe básica e sim do Núcleo de Apoio

à Saúde da Família (NASF), não sendo obrigatória a presença destes em todas as equipes.

O ideário construído pelos participantes da Classe 2 a cerca da precariedade do serviço público corrobora com Linhart (2009), ao afirmar que o sentimento de não estar ‘em casa’ no trabalho, de não poder fiar em suas rotinas profissionais, em suas redes, nos saberes e habilidades acumulados, graças à experiência ou transmitidos pelos mais antigos; é o sentimento de não dominar seu trabalho e de precisar permanentemente desenvolver esforços para se adaptar, para cumprir com os objetivos fixados, para não se arriscar, nem fisicamente, nem moralmente (no caso de interações de usuários ou clientes).

Observa-se a angústia carregada pelos profissionais que, mesmo abastecidos de saberes e formas de contribuir para a comunidade, no caso, a população idosa, não é possível por falta de verbas ou pelo sistema não permitir, já que muitas vezes lhes é imposto uma meta diária que não permite que seja realizado um atendimento individualizado e integral (AFFONSO; BERNARDO, 2015).

Dentre os fundamentos da PNAB, a preconização do trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, que busca, através do compartilhamento de conhecimentos técnicos e do trabalho em grupo, a melhora do paciente, minimizando a hierarquização e transversalizando as relações profissionais na contribuição ativa para o atendimento integral ao paciente (BRASIL, 2012).

Sendo assim um conceito de grande valor junto à gerontologia, de forma que, todas as áreas de especialidades em saúde possam vir a trabalhar o sujeito idoso na sua integralidade, buscando o resgate e manutenção da sua qualidade de vida (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013). O que traz consequências positivas não só para o sujeito atendido pela equipe, como também para os participantes desta, tendo em vista que estes também ficam satisfeitos ao trabalhar com uma equipe unida e com uma boa resolutividade para a comunidade .

Os profissionais, ao levantarem as questões passíveis de melhora, relacionaram sobretudo à estrutura física e ao foco ainda curativo proposto por alguns profissionais, que foge dos preceitos a ESF. É observada uma correlação positiva entre a consolidação do modelo assistencial preventivo e ações de atenção à saúde do idoso, como apresentado por Silva e Caldeira (2010), de modo que se faz necessário uma mudança

na abordagem das equipes a fim de consolidar a atenção básica em todo o território brasileiro.

Dado o cenário político, social e econômico, a estratégia de assistência pela equipe interdisciplinar não é posta em prática, construindo um ideário de conformismo diante do paradoxo entre a necessidade do atendimento e a realidade da prestação da assistência no atual cenário das políticas públicas brasileiras, conforme aponta Machin (2011).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Buscou-se, através do presente estudo, traçar as dimensões positivas e negativas apontadas pelos profissionais de saúde sobre o atendimento a pessoa idosa, visto que tal população possui necessidades particulares com relação aos outros grupos etários que fazem uso das USF's.

A dimensão que mais se sobressaiu foi a negativa, justificada pelo despreparo dos profissionais para o atendimento ao idoso, fragilidade no que se diz respeito a estrutura das USF's e a falta de interesse das famílias dos idosos atendidos, visto que muitas vezes estes não possuem mais autonomia. A falta de recursos para compra de insumos também pode ser apontada como motivos para as barreiras ainda existentes no atendimento.

Evidenciaram-se nas falas dos profissionais como aspecto positivo suas expectativas quanto à equipe multidisciplinar; entretanto, as palavras mais significativas revelaram que embora existam, os serviços precisam melhorar para suprir as demandas advindas com a velhice.

Diante do exposto, faz-se necessário alertar aos gestores e ao Estado a fragilidade do serviço que vem sendo oferecido, onde há um despreparo no que diz respeito a capacitação dos recursos humanos e, sobretudo, a vulnerabilidade do ambiente físico no qual estão inseridas as USF's, onde, como espaço de e para saúde, deve-se oferecer as condições necessárias para que não existam barreiras de acesso e/ou atendimento.

## REFERÊNCIAS

AFFONSO, PHB.; BERNARDO, MH. A vivência de profissionais do acolhimento em unidades básicas de saúde: uma acolhida desamparada. **Trabalho, Educação e Saúde**. V. 13, p. 23-43, 2015.

AGUIAR, ZN. **Antecedentes Históricos do Sistema Único de Saúde**: Breve história da Política de Saúde no Brasil. In: SUS - Sistema Único de Saúde: Antecedentes, Percurso, Perspectivas e Desafios. 2º ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 17-39.

BRASIL. Constituição de 1988. Art. 196. Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf)> acesso em: 29/07/2016.

BRASIL. Decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013. **Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação**. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8114.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8114.htm)>. Acesso em: 26/07/16.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)>. Acesso em: 26/07/16.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2. 528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Disponível em <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)> . Acesso em: 26/07/16.

CAMARGO, BV.; JUSTO, A M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**. Vol.: 21(2), 513-518, 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>. Acesso em: 14/05/17.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 3 ed, 2013. P:133-152.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina. Rio de Janeiro: Ipea, 2007 (Texto para Discussão, n. 1.292).

CHAIMOWICZ, F. CAMARGOS, M.C.S. Envelhecimento e Saúde no Brasil. In: : FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 3 ed, 2013. P:153-184.

DEBERT, GG. **A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade**. In: BARROS, MM L. (org.). *Velhice ou terceira idade?: estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. p. 49-67.

MACHIN, R. *et al.* Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: Estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo. Vol. 16, n° 11, p. 4503-4512, nov. 2011.

MATOS, IB.; TOASSI, RFC.; OLIVEIRA, MC. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. **Athenea Digital: Revista de pensamento y investigación social**. Barcelona. Vol. 13, n° 2, jul. 2013, p. 239-244.

Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. *Série Pactos pela Saúde 2006*. Vol. 12. Brasília, DF, 2010.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012, 114 p.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. Einstein, 2008.

NERI, AL.; JORGE, M. D. Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 2, p. 127-137, abr./jun. 2006.

PAES-SOUZA, R. Diferenciais intraurbanos de mortalidade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1994: revisitando o debate sobre transições demográfica e epidemiológica. **Caderno de Saúde Pública**. 18:1411-22, 2002.

Polignano, MV. História das políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão. Belo Horizonte, MG. 2001. Disponível em <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>>. Acesso em: 29/07/2016.

RAMOS, L.R.; VERAS, R.P.; KALACHE, A.. Envelhecimento populacional: Uma realidade brasileira. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, vol. 21, p. 211-224, 1987.

SILVA, JM.; CALDEIRA, AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, jun. 2010.

VALA, J.; CASTRO, P. Pensamento Social e Representações Sociais. In: VALA, J.; MONTEIRO, M.B. **Psicologia Social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2013.

VERAS, R. Envelhecimento, demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.43. n.3, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Active ageing**: a policy framework. Geneve, 2002.