

ESTUDO DO PERFIL DE MORBIMORTALIDADE ENTRE IDOSOS
MORBIMORTALITY STUDY PROFILE AMONGST ELDERLY
ESTUDIO DEL PERFIL DE MORBIMORTALIDAD ENTRE ANCIANOS

Juliana Balbinot Reis Girondi¹
Simone Cristine dos Santos Nothaft²
Silvia Maria Azevedo dos Santos³
Fernanda de Oliveira⁴
Luciara Fabiane Sebold⁵
Silvana Silveira Kempfer⁶

RESUMO: **Objetivo:** identificar o perfil de morbimortalidade em idosos entre 1996 e 2007, nos estados de Santa Catarina e Bahia - Brasil. **Método:** estudo quantitativo, ecológico de série temporal. Os dados foram coletados nos meses de setembro a novembro de 2010, acessados diretamente no Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde. Os dados foram analisados por estatística descritiva, pela proporção das doenças identificadas temporalmente e pela comparação percentual entre os dois estados estudados. **Resultados:** apesar da predominância das doenças crônicas degenerativas, ainda é elevada a proporção de óbitos por causas mal definidas e doenças infecciosas e parasitárias. **Conclusão:** em relação à morbidade, há poucas diferenças entre os grupos de causas. Quanto à mortalidade, em Santa Catarina prevalecem as doenças do aparelho circulatório e neoplasias; na Bahia sintomas, sinais e achados anormais no exame clínico e laboratorial, seguido pelas doenças do aparelho circulatório.

Descritores: Idoso; Morbidade; Mortalidade; Epidemiologia.

ABSTRACT: **Aim:** to identify the morbimortality profile amongst elderly between 1996 and 2007 in the States of Santa Catarina and Bahia - Brazil. **Method:** a quantitative, ecological time-series study. Data were collected during the months of September to November 2010, directly accessed from the Information System on Mortality and Hospital Information System from the Ministry of Health. Data were analysed by descriptive statistic, by proportion of diseases temporarily identified and by percentage comparison between both States under study. **Results:** despite predominance of chronic degenerative diseases, deaths by ill-defined causes and both infectious and parasitic diseases are still proportionally high. **Conclusion:** regarding morbidity, there are small differences between groups of causes. As to mortality, circulatory system and neoplasms diseases prevail in Santa Catarina; abnormal symptoms, signs and findings during clinical and lab exams, followed by circulatory system diseases prevail in Bahia.

Descriptors: Aged; Morbidity; Mortality; Epidemiology.

RESUMEN: **Objetivo:** identificar el perfil de morbimortalidad en ancianos entre 1996 a 2007, en Santa Catarina y Bahia. **Método:** estudio cuantitativo, ecológico de serie temporal. Los datos

¹Enfermeira, Doutora, Universidade Federal de Santa Catarina(UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. Email: juliana.balbinot@ufsc.br

²Enfermeira, Especialista, Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Florianópolis, SC, Brasil. Email: nothaft@hotmail.com

³Enfermeira, Doutora, UFSC. Florianópolis, SC, Brasil. Email: azevedosm@matrix.com.br

⁴Enfermeira, Faculdade de Tecnologia da Chapa Diamantina. Email: fernandananda_ba@hotmail.com

⁵Enfermeira, Doutora, UFSC. Florianópolis, SC, Brasil. Email: fabisebold@gmail.com

⁶Enfermeira, Doutora, UFSC. Florianópolis, SC, Brasil. Email: silvanakempfer@yahoo.com.br

fueron cosechados entre septiembre a noviembre de 2010, accedidos en el Sistema de Informaciones sobre Mortalidad y Sistema de Informaciones Hospitalarias del Ministerio de Salud. Los datos fueron analizados por estadística descriptiva, por la proporción de las enfermedades identificadas temporalmente y por la comparación porcentual entre los estados estudiados. **Resultados:** aunque de la predominancia de las enfermedades crónicas degenerativas, la proporción de óbitos por causas mal definidas y enfermedades infecciosas y parasitarias aún es elevada. **Conclusión:** con relación a la morbilidad, hay pocas diferencias entre los grupos de causas. Cuanto a la mortalidad, en Santa Catarina prevalecen las enfermedades del aparato circulatorio y neoplasias; en Bahia síntomas, señales y hallazgos anormales en examen clínico y laboratorial seguido por las enfermedades del aparato circulatorio. **Descriptor:** Anciano; Morbilidad; Mortalidad; Epidemiología.

INTRODUÇÃO

Envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, com modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam em morte.¹

O envelhecimento populacional é condição em que há o aumento considerável da população em uma determinada faixa etária, não se referindo apenas a indivíduos ou a uma geração, mas a estrutura considerada como definidora da velhice.²

No entanto, dois grandes erros devem ser continuamente evitados: primeiro é considerar que todas as alterações que ocorrem com as pessoas idosas sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que impede a detecção precoce e tratamento de certas doenças, e o segundo é tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais que podem ser facilmente explicados pela senescência.³

Os problemas de saúde modificam-se ao longo da vida e, para compreender como as doenças abalam o indivíduo e a sociedade, são desenvolvidos e aperfeiçoados a cada período de tempo, os programas e estratégias do governo, nos âmbitos locais e regionais. Os dados disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde auxiliam esta compreensão, porém, não são suficientes para explicar as transformações sociais, para isto, são necessários estudos descritivos, que se aproximam da realidade da população e suas nuances.²

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas. Estudos mostram que a dependência para desempenho das atividades de vida diária tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre aqueles com 90 e mais anos. Vale ressaltar que, dentro do grupo das pessoas idosas, aquelas com idade igual ou superior a 80 anos são o seguimento populacional que mais cresceu nos últimos tempos, correspondendo a 12% da população idosa e 1,1 % da população total.³

A morbidade é um termo usado para designar o conjunto de casos de uma dada afecção ou soma dos agravos à saúde que atingiu um grupo de indivíduos, é usada para obtenção de uma estimativa quantificada de doenças numa população. Conhecer a mortalidade de uma população permite fazer inferências sobre as condições de saúde dos grupos que a constituem. A comparação de coeficientes de mortalidade entre regiões e entre seguimentos populacionais, em uma mesma época ou em diferentes momentos, é um dos métodos mais empregados para levantar explicações etiológicas.⁴

A problemática do estudo relaciona-se ao contexto de mudança no perfil epidemiológico brasileiro, que influencia a assistência à saúde da população, necessitando de programas e políticas públicas que se aproximem a cada dia deste cenário provocando um novo olhar no cuidado à saúde e sua dinâmica. Conhecer o perfil de morbimortalidade

dos idosos em dois contextos geograficamente distantes pode nos aproximar de um contexto epidemiológico semelhante, mesmo em populações distintas.

A realidade exposta suscitou a seguinte questão norteadora do estudo: Qual o perfil de morbimortalidade na população de 60 anos e mais nos estados de Santa Catarina (SC) e Bahia (BA) no período entre 1996 a 2007? A qual gerou o objetivo de: identificar o perfil de morbimortalidade na população de 60 anos e mais, nos estados de Santa Catarina e Bahia, no período entre 1996 a 2007.

MÉTODOS

Estudo quantitativo do tipo ecológico de série temporal, com base nos bancos de dados Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH) do Ministério da Saúde (DATASUS). Foram levantados os dados de morbimortalidade na população com idade de 60 anos e mais, nos estados de Santa Catarina e Bahia, no período de 1996 a 2007, regiões geograficamente distantes, mas com semelhanças no perfil de morbimortalidade populacionais. A escolha dos estados se deu pela semelhança dos coeficientes de mortalidade proporcional, segundo as regiões brasileiras do Nordeste e Sul, demonstrados em estudo realizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde em 2005, que utilizou um recorte temporal entre 1996 e 2005.⁵

A análise temporal de 1996 a 2007 foi adotada em virtude das revisões sofridas pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), visto que, em 1996, passou a vigorar a CID-10 (10ª revisão). O CID-10 permite a classificação da causa básica e específica de óbito e internação. Por outro lado, a escolha do ano de 2007 ocorreu pelo fato do mesmo ser o último ano com dados de mortalidade disponibilizados pelo DATASUS. Os dados foram coletados entre setembro e novembro de 2010.

Para a análise de proporção foram elencadas as cinco principais causas do CID-10 de maior prevalência para verificar a morbidade e mortalidade entre idosos da Bahia e de Santa Catarina. Os dados coletados foram agrupados em planilha do programa Microsoft Excel e analisados por estatística descritiva demonstrada pela frequência em porcentagem.

Realizou-se o cálculo da Taxa de Ataque dos idosos dos estados de Santa Catarina e Bahia, entre os anos de 1996 a 2007, conforme a fórmula:⁶

$$\text{Taxa de Ataque} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de idosos doentes por causa}}{\text{População de idosos}} \times 100$$

Para o cálculo do coeficiente de mortalidade, o recorte ocorreu entre 1996 a 2006 em ambos os Estados, por não existirem dados disponíveis nos bancos de dados, referentes ao ano de 2007. Utilizou-se para tal a fórmula:⁶

$$\text{Coeficiente de mortalidade por Idade} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos em idosos por idade no período}}{\text{N}^\circ \text{ de idosos por idade na metade do período}} \times 100.000$$

As variáveis deste estudo foram: idade de 60 anos e mais, os estados de Santa Catarina e Bahia, o tempo de recorte do estudo e as taxas de prevalência da exposição das doenças acometidas no grupo.

RESULTADOS

As morbidades de maior prevalência em pessoas de 60 anos e mais, no Estado de Santa Catarina, por ordem crescente foram: doenças do aparelho circulatório, aparelho

respiratório, neoplasias, aparelho geniturinário e algumas doenças infecciosas e parasitárias. As morbidades de maior incidência de acordo com a lista morbidade/CID-10 foram: algumas doenças infecciosas e parasitárias; neoplasias; aparelho circulatório; aparelho respiratório; aparelho geniturinário.

No Estado da Bahia, as morbidades de maior prevalência em pessoas de 60 anos e mais foram: doenças do aparelho circulatório, aparelho respiratório, algumas infecciosas e parasitárias, aparelho digestivo e aparelho geniturinário. As morbidades de maior incidência de acordo com a lista de doenças do CID-10 foram: algumas doenças infecciosas e parasitárias; aparelho circulatório; aparelho respiratório; aparelho digestivo; aparelho geniturinário.

Há diferença entre os grupos de causas e doenças que levam a população idosa da Bahia e de Santa Catarina a serem internadas, bem como diferença na ordem em que os grupos de causas acometem esta população. Em Santa Catarina, a terceira maior causa de morbidade são as neoplasias, já na população da Bahia, são algumas doenças infecciosas e parasitárias. A quarta causa em Santa Catarina são as doenças do aparelho geniturinário, na Bahia no aparelho digestivo.

Em quinto lugar em Santa Catarina estão algumas doenças infecciosas e parasitárias, enquanto na Bahia são as doenças do aparelho geniturinário, considerando o decorrer dos anos. Já as doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho respiratório, sem diferenças significativas das doenças destes grupos de maior prevalência ao longo dos anos, constituem as primeiras causa de morbidade em ambos os Estados. Em Santa Catarina, as internações por neoplasias estiveram em ascensão durante o período estudado, na Bahia esse fato não foi verificado.

Verificou-se a presença das doenças do aparelho digestivo como causas de internação no Estado da Bahia, o que não foi verificado no Estado de Santa Catarina na população de 60 anos e mais.

As causas de mortalidade entre pessoas de 60 anos e mais nos Estados de Santa Catarina e Bahia são: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, sintomas, sinais e achados anormais exame clínico e laboratorial, doenças do aparelho respiratório, doenças endócrinas nutricionais e metabólicas. Houve diferenças na ordem em que esses grupos se apresentam. A primeira causa, em Santa Catarina são as doenças do aparelho circulatório, seguida pelas neoplasias.

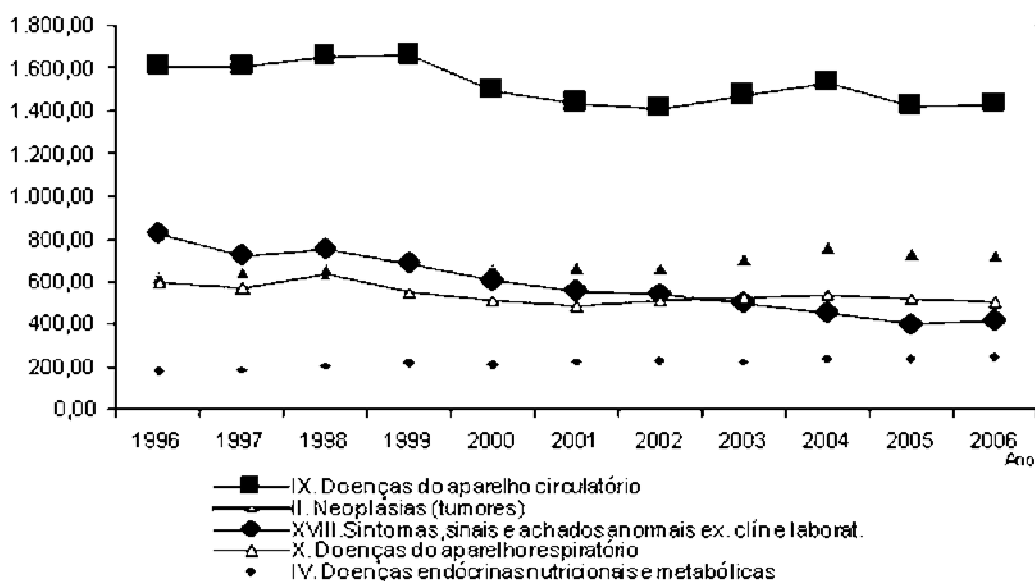


Figura 1 - Coeficiente de Mortalidade por Idade em Idosos (100 000 habitantes). Santa Catarina/Brasil, 1996 - 2006. Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/DATASUS.

Na Bahia, os sintomas, sinais e achados anormais, bem como, os exames clínicos e laboratoriais, seguido pelas doenças do aparelho circulatório, são os maiores achados. O grupo das DCNT está entre a causa da maior proporção de mortes entre os idosos.

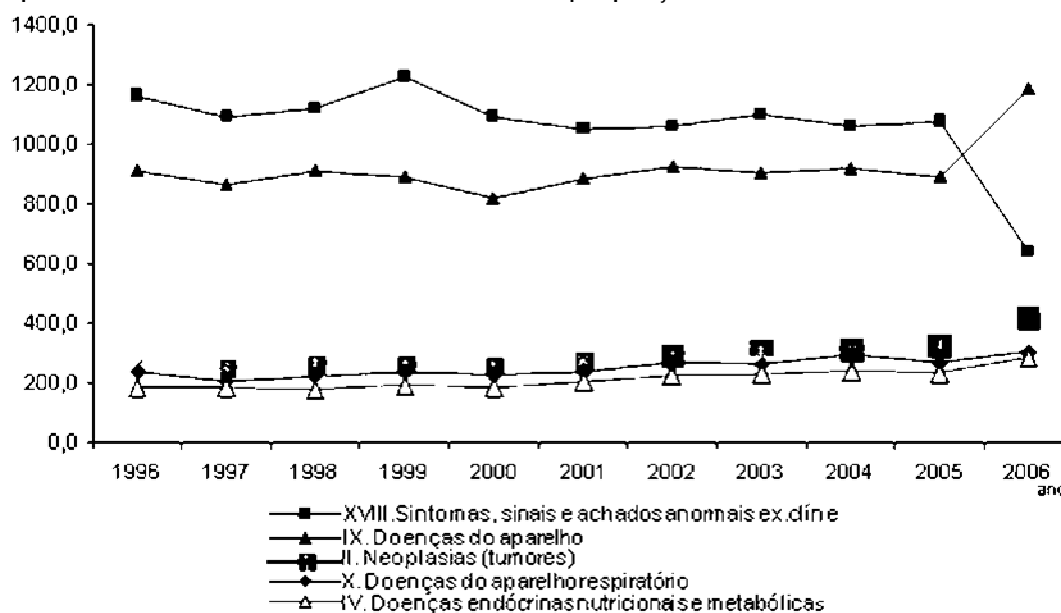


Figura 2 - Coeficiente de Mortalidade em Idosos (100 000 habitantes). Bahia/Brasil, 1996 - 2006. Fonte: Sistema de Informação em Mortalidade. SIM/DATASUS.

DISCUSSÃO

Na infância e adolescência predominam as doenças infecciosas e parasitárias no quadro nosológico. Progressivamente, devido à multifatores, estas cedem lugar às crônico-degenerativas, que passam a ser prevalentes, especialmente nos idosos.⁴

Além das transformações demográficas, o Brasil tem experimentado a transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro da morbimortalidade. As doenças infectocontagiosas, em 1950, eram responsáveis por 40% das mortes, hoje por menos de 10% dos óbitos. O oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares, que representavam 12% das mortes e hoje respondem por mais de 40% dos óbitos.⁷

O acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos idosos é uma questão fundamental quando se analisa a qualidade de vida na terceira idade. O processo de envelhecer associa-se com o aumento dos riscos de incidência de inúmeras doenças, quer pelo próprio processo biológico, quer pelos longos períodos de exposição a agentes patógenos. A grande incidência ou prevalência de eventos mórbidos nos idosos resultam em uma demanda maior aos serviços de saúde.

As estatísticas que expressam a situação das doenças na população têm múltipla utilização, elas permitem inferir os riscos de adoecer a que as pessoas estão sujeitas, bem como constituem indicações a serem utilizadas na preparação das investigações dos seus fatores determinantes e na escolha das ações saneadoras adequadas.⁴

Os indicadores de saúde desta população evidenciam que a mortalidade e a morbidade aumentam com a idade e são devidos, predominantemente, às doenças degenerativas. As afecções do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório são as principais causas de óbito em maiores de 60 anos, sendo porém ainda alta a proporção de óbitos por causas mal definidas, o que reflete a precária assistência médica e a reduzida qualidade da informação.⁸

Um novo perfil epidemiológico pode ser identificado ao se acoplar às antigas mazelas algumas novas doenças e situações de risco à saúde num contexto de iniquidade e desigualdades, espelho de contradições seculares. Desta forma uma população com perfil de morbidade que apresenta como causas algumas doenças infecciosas e parasitárias, está clamando por mudanças, melhorias das condições socioeconômicas e sanitárias, além da necessidade de ampliação do acesso aos serviços de saúde.¹

Sabe-se que independente do indicador estudado, as pessoas com mais de 60 anos normalmente apresentam índices maiores de morbidade, se comparados com os demais grupos etários da população, tendo em vista suas condições crônicas de saúde.⁹

Destarte, atualmente a tendência é que haja um número maior de idosos, que vivem mais, porém, apresentam maiores doenças crônicas, e estas, geralmente se relacionam a algum tipo de incapacidade funcional. A incapacidade funcional tem implicações na vida do idoso, incluindo sua família, a comunidade e o serviço de saúde pública, por acarretar dependência e maior vulnerabilidade.¹⁰

O Brasil assume um perfil epidemiológico de transição demográfica que retrata o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, as quais foram responsáveis por 66,3% da carga de doenças, as infecciosas representam 23,5%, e as externas 10,2%.¹¹

Estudo realizado com 268 idosos demonstra que há um perfil interessante quando se trata de morbidades autoreferidas, os idosos mencionam: hipertensão arterial, artrite/reumatismo/artrose, diabetes mellitus e metade deles se encontra em risco nutricional para doenças, depressão, sedentarismo e dependência funcional.¹²

Devem-se mencionar as neoplasias, às quais são significativas quando observados os registros epidemiológicos da saúde brasileira. Nas mulheres, a neoplasia da mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o mais comum.¹³

Em relação às doenças do aparelho geniturinário, favorece o aumento de Infecções do Trato Urinário (ITU) a imunodeficiência relacionada à idade, as alterações funcionais e orgânicas do trato geniturinário, imobilidade e a presença de doenças sistêmicas. No homem merece destaque a hiperplasia prostática que dificulta o esvaziamento vesical, favorecendo a estase e a aderência bacteriana. Nas mulheres, o enfraquecimento do assoalho pélvico, a redução da capacidade vesical, a secreção vaginal, a contaminação fecal e as alterações tróficas do epitélio pela queda dos níveis hormonais facilitam a ITU.⁸⁻¹⁴

Referente às doenças endócrinas nutricionais e metabólicas sabe-se que a população idosa é propensa a alterações nutricionais em virtude de fatores relacionados às modificações fisiológicas e sociais, ocorrências de doenças crônicas, uso de medicações, hábitos alimentares, depressão e alterações da mobilidade com dependência funcional.³ Os idosos apresentam outras deficiências, incluindo a redução na secreção e ação diminuída da insulina, impedindo que esta exerça sua função adequadamente e favorecendo o desenvolvimento da hiperglicemia. Doenças e medicações também podem contribuir para o desenvolvimento do diabetes em idosos.¹⁵

Dessa forma, os estudos epidemiológicos são essenciais para identificar problemas prioritários, de modo a orientar decisões relativas à definição de prioridades para intervenção, proporcionando maior resolubilidade ao serviço.¹⁶⁻¹⁷

Além disso, sabe-se que envelhecer é um processo natural, caracterizado por várias mudanças que acometem cada indivíduo de forma singular, no entanto, estas alterações podem ser amenizadas por meio de intervenções adequadas, promovendo uma melhor qualidade de vida a indivíduos nesta faixa etária em todas as regiões do país, porém respeitando as regionalizações.¹⁸

O idoso neste contexto do envelhecimento preserva a autodeterminação e pode ser considerado neste caso como um geronte saudável, mesmo com alguma morbidade crônica, pois consegue manter suas atividades na vida cotidiana e sua capacidade funcional. Esta característica ativa mantém o idoso integrado em um ambiente agradável e consegue desenvolver habilidades importantes para uma vida independente e com qualidade.¹⁹

CONCLUSÃO

O perfil de morbimortalidade dos idosos remete a dois cenários brasileiros com índices de mortalidade semelhantes mesmo que geograficamente distantes.

Em relação à morbidade, há diferenças entre os grupos de causas que acometem a população idosa em ambos os estados. Em relação à mortalidade, em Santa Catarina prevalecem as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas neoplasias; na Bahia sintomas, sinais e achados anormais exame clínico e laboratorial seguido pelas doenças do aparelho circulatório. Compreender a distribuição da morbimortalidade da população idosa é fundamental para subsidiar as ações na área da Enfermagem que sejam capazes de perceber estas demandas.

As limitações do estudo relacionam-se ao pouco desenvolvimento do poder analítico dos dados coletados bem como da incapacidade do estudo ecológico evidenciar-se no nível individual da morbimortalidade. São notórias as facetas individuais que podem ser visualizadas em uma perspectiva epidemiológica, o que este estudo não é capaz de capturar.

Esta discussão suscita novos estudos que abordem a temática da morbimortalidade em idosos no Brasil, tendo em vista a mudança do perfil epidemiológico da população e a necessidade de conhecer em profundidade os agravos que acometem os idosos e suas nuances.

REFERÊNCIAS

1. Figueredo NMA, Tonini T. Gerontologia: atuação de enfermagem no processo de envelhecimento. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2006.
2. Pilger C, Lentsck MH, Vargas G de, Baratieri, T. Causas de internação hospitalar de idosos residentes em um município do Paraná, uma análise dos últimos 5 anos. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2011 set-dez [acesso em 2012 out 09];1(3):[09 telas]. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3186/2407>.
3. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): ANS; 2007.
4. Pereira MG. Epidemiologia teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde: perfil de mortalidade do brasileiro [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008 [acesso em 2013 abr 26]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/coletiva_saude_061008.pdf.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Curso Básico de Vigilância Epidemiológica. Medidas em Saúde Coletiva e Introdução à Epidemiologia Descritiva - FUNASA. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
7. Gordilho A, Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro (RJ): UnATI, UERJ; 2000.
8. Virtuoso JF, Balbé GP, Mazo GZ, Pereira MGS, Santos FS. Morbidade e mortalidade da população idosa de Florianópolis: um estudo comparativo entre homens e mulheres. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2010 ago [acesso em 2012 out 10];13(2):215-24[8 telas]. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v13n2/v13n2a06.pdf>.
9. Victor JF, Ximenes LB, Almeida PC, Vasconcelos FF. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 jan-mar [acesso em 2012 out 10];22(1):49-54[5 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a08v22n1.pdf>.



10. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional de idosos. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007 ago [acesso em 2012 out 10];23(8):1924-30[6 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v23n8/19>.
11. Rodrigues RAP, Scudeller PG, Pedrazzi EC, Schiavetto FV, Lange C. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2008 out-dez [acesso em 2012 out 12];21(4):643-8[5 telas]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a17v21n4.pdf.
12. Santos MB, Ribeiro SA. Dados sociodemográficos e condições de saúde de idosas inscritas no PSF de Maceió, AL. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2011 [acesso em 2012 out 10];14(4):613-24[11 telas]. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v14n4/v14n4a02>.
13. Gonçalves LLC, Lima AV, Brito ES, Oliveira MM, Oliveira LAR, Abud ACF, et al. Mulheres portadoras de câncer de mama: conhecimento e acesso as medidas de detecção precoce. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2009 [acesso em 2011 dez 13];17(3):362-7[5 telas]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a11.pdf>.
14. Boas PJFV, Ferreira ALA. Infecção em idosos internados em instituição de longa permanência. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2007 abr [acesso em 2011 dez 14];53(2):126-9[4 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n2/16.pdf>.
15. Nogueira AMT, Temóteo TL, Carvalho CMRG, Carvalho AMO, Borges MESMM, Luz MHBA, et al. Estudo multidimensional de idosos diabéticos atendidos em ambulatório do Sistema Único de Saúde. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2010 jan/mar [acesso 2011 dez 14];18(1):25-31[6 telas]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a05.pdf>.
16. Garcia ESS, Saintrain MVL. Perfil epidemiológico de uma população idosa atendida pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2009 jan/mar [acesso em 2011 dez 14];17(1):18-23[5 telas]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a04.pdf>.
17. Costa MFBNA, Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 abr-jun [acesso em 2011 dez 14];44(2):437-44[7 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/28.pdf>.
18. Cartaxo HGO, Silva EAPC, Santos ARM, Siqueira PGBS, Pazzola CM, Freitas CMSM. Percepção de idosas sobre o envelhecimento com qualidade de vida: subsídio para intervenções públicas. *Rev RENE* [Internet]. 2012 [acesso em 2012 fev 16];13(1):158-68[10 telas]. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/27/23>.
19. Falcade BL, Leite MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Silva LAA, Gonçalves LHT. Octogenários em residências unipessoais: enfoque sobre a qualidade de vida e condições de saúde. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2011 set/dez [acesso em 2012 out 10];1(3):386-93[7 telas]. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3524/2415>.

Data de recebimento: 06/10/2012

Data de aceite: 24/06/2013

Contato com autor responsável: Juliana Balbinot Reis Girondi

E-mail: juliana.balbinot@ufsc.br

Endereço postal: Rua Delminda Silveira 363, apto 303. Agronômica. Florianópolis. Santa Catarina. CEP: 88025-500.