

ARRANJOS DOMICILIAR E FINANCEIRO DOS IDOSOS DE UM SERVIÇO DE GERIATRIA

Domiciliary and financial arrangements of the elderly of a geriatrics service.

RESUMO: O rápido envelhecimento populacional do Brasil, o aumento das doenças crônico-degenerativas, associadas a fatores sociais e financeiros desfavoráveis impactam a vida do idoso, com consequente perda da qualidade. Esta pesquisa objetivou descrever o perfil social e financeiro de idosos, evidenciados pela entrevista do assistente social. É um estudo retrospectivo, do tipo descritivo realizado por meio de coleta de dados dos prontuários dos pacientes de um ambulatório de geriatria em Goiânia, no período de dezembro de 2014 a dezembro de 2015. O perfil dos idosos avaliados demonstrou ser predominantemente de idosos do gênero feminino, na faixa etária entre 60 e 69 anos de idade. Em se tratando de interações sociais, 83,2% idosos relatam terem boas relações sociais. O apoio social percebido pelo idoso mostrou-se ser um aspecto positivo. A baixa escolaridade foi frequente, sendo que 73,9% dos idosos se declararam analfabetos ou com escolaridade de até 4 anos. A renda familiar da maioria dos idosos (55,3%) foi de um a dois salários mínimos, e a maioria recebiam benefício social. Parte dos domicílios são mantidos exclusivamente pelos idosos. Embora realizado com população específica, este estudo pode contribuir de forma significativa ao fornecer dados importantes sobre as demandas deste estrato da população e fomentar reflexão e condutas.

Palavras-chave: Idosos. Família. Apoio social. Renda familiar.

ABSTRACT: The rapid aging of Brazil's population, the increase in chronic-degenerative diseases, which are associated with unfavorable social factors, impact the life of the elderly, with consequent loss of quality of life. This research aimed to describe the social and financial profile of the elderly, evidenced by the interview of the social worker. It is a retrospective, descriptive study carried out by means of data collection of patient records from a geriatrics outpatient clinic in Goiânia from December 2014 to December 2015. The profile of the elderly evaluated was predominantly of the elderly of the genus female, in the age group between 60 and 69 years of age. When it comes to social interactions, 83.2% of the elderly report having good social relations. The social support perceived by the elderly has proved to be a positive aspect. Low educational level was frequent, and 73.9% of the elderly declared themselves illiterate or with education of up to 4 years. The family income of the majority of the elderly (55.3%) was one to two minimum wages, and the majority received social benefits. Part of the households are kept exclusively by the elderly. Although performed with a specific population, this study can contribute significantly by providing important data on the demands of this stratum of the population and fostering reflection and conduits.

Keywords: Aged. Family. Social support. Income.

Fernanda Silva Rocha¹
Ivanilda Bento de Oliveira Araújo²
Patrícia Conceição Oliveira³

1- Fisioterapeuta pós-graduada em Fisiologia do Exercício. Hospital de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta – Goiânia (GO) - Brasil;

2- Assistente Social – Pós-graduada – MBA em Saúde Pública - Hospital de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta – Goiânia (GO) - Brasil;

3- Fisioterapeuta Mestre em Saúde Coletiva - Universidade Federal de Goiás (Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública) - Goiânia (GO) – Brasil;

E-mail: fernandarocha_13@hotmail.com

Recebido em: 12/02/2019

Revisado em: 20/03/2019

Aceito em: 27/05/2019

INTRODUÇÃO

O impacto do envelhecimento populacional no Brasil traz à tona preocupações sociais, econômicas e previdenciárias⁽¹⁾, sobretudo porque este tem acontecido de forma rápida, sem o devido preparo da sociedade⁽²⁾. De acordo com o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualmente existem mais de 16 milhões de pessoas com 60 anos de idade ou mais, e essa população irá quadruplicar-se até 2060⁽³⁾. Assim tem-se o desafio do enfrentamento das transformações demográfica e epidemiológica, com a diminuição das doenças infecto contagiosas e o aumento das doenças crônico-degenerativas, as quais, associadas a fatores sociais e financeiros desfavoráveis levam ao surgimento de fragilidade, com risco de incapacidade e dependência funcional, com consequente perda de qualidade de vida dos idosos⁽⁴⁾.

Urge se pensar na qualidade do envelhecimento, entre uma população com alto grau de doenças crônicas, priorizando a autonomia como fator determinante da qualidade de vida, uma vez que a saúde é a resultante da interação da saúde física, mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica⁽⁵⁾. Faz-se necessário estratégias para que os idosos se mantenham saudáveis e ativos, com redes de apoio e garantias sociais, pois mais importante que aumentar anos de vida é manter qualidade de vida nestes anos⁽⁶⁾.

As redes de apoio social destinam-se a integrar o idoso na sociedade, minimizando os

riscos da exclusão social, e podem ser consideradas formais (compostas pelas políticas públicas direcionadas à população idosa geral, agregação de serviços de atenção à saúde, instituições jurídicas, órgãos da previdência social, entre outros) e informais (constituídas pela própria família, amigos, vizinhos, igreja e comunidade). Esse apoio pode ocorrer de diferentes formas: a) instrumental ou material; b) afetivo; c) emocional, na forma de empatia, escuta e interesse; e d) interação social positiva, que diz respeito à disponibilidade de pessoas para diversão e relaxamento⁽⁴⁾.

Estudos epidemiológicos já identificaram associação entre maior apoio social e menor mortalidade geral. Acredita-se, portanto, que as relações sociais podem promover melhores condições de saúde à pessoa idosa⁽⁴⁾.

Visto que os aspectos referidos se constituem elementos dinâmicos para a tomada de condutas terapêuticas assertivas, a entrevista social faz-se um instrumento técnico, que fornece à equipe multiprofissional informações seguras, para originar uma intervenção apropriada a partir do conhecimento das possibilidades e limitações dos idosos que buscam atenção em unidades geriátricas⁽⁷⁾. Nesse sentido esta pesquisa objetivou descrever o perfil financeiro e social dos idosos, evidenciados pela entrevista do assistente social. Embora realizado com uma população específica, este estudo pode contribuir de forma significativa ao fornecer dados importantes sobre as demandas deste estrato da população e fomentar reflexão e condutas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental, retrospectivo do tipo descritivo, realizado por meio de coleta de dados dos prontuários físicos dos pacientes submetidos à Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) em um serviço de Reabilitação na cidade de Goiânia (GO). Realizou-se o levantamento dos dados epidemiológicos de todos os pacientes abordados pela AGA no período de dezembro de 2014 a dezembro de 2015. O número de prontuários avaliados foi de 226, todos tendo avaliação social preenchida. É importante frisar que este estudo é um recorte de uma pesquisa maior, na qual foram avaliados os mais variados aspectos destes idosos, por uma equipe multiprofissional.

Realizou-se a pesquisa no Ambulatório do Hospital de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta (HDS), localizado na Rodovia GO 403, na cidade de Goiânia. Tal unidade presta assistência ambulatorial em geriatria, exclusivamente para pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), através do controle da Central de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

O levantamento nos arquivos da instituição gerou a listagem dos pacientes que foram abordados pela AGA no período analisado, e que foram submetidos a entrevista social. A planilha de coleta de dados é composta pelas variáveis sócio demográficas: sexo, idade, arranjo familiar, cidade de moradia, religião, escolaridade, interação e apoio social, dependência física, renda e sustento financeiro do domicílio.

Os idosos foram agrupados por idade, de acordo com o proposto pelo IBGE, nas

seguintes categorias: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e acima de 80 anos de idade⁽⁸⁾.

A variável arranjo familiar foi categorizada de acordo com o relato do idoso em: mora com família (quem?), mora com outras pessoas (amigos ou cuidadores) e mora sozinho, e com quantas pessoas reside.

A escolaridade é estabelecida de acordo com a quantidade de anos que o idoso declarou ter frequentado a escola (0 anos ou analfabeto, de 1 a 4 anos, 5 a 8 anos ou acima de 8 anos), assim estabelecida devido serem as faixas padronizadas para avaliação do estado cognitivo do idoso, no teste mini-mental, utilizado na AGA.

Estes dados foram manipulados de forma padronizada por meio de análise estatística descritiva, sendo os dados apresentados em porcentagem, em média e em desvio-padrão. As variáveis categóricas foram expressas em números absolutos e relativos.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC GO), com parecer de aprovação número 1.509.986 e seguiu a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as normas de pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

Foram avaliados 226 idosos, dos quais 151 (66,81%) do gênero feminino e 75 (33,19%) do gênero masculino. Quanto a faixa etária, a maioria dos idosos (115 – 50,88%) se encontravam na faixa etária entre 60 e 69 anos de idade, sendo o mais idoso da idade de 96 anos. A média de idade foi de 70,70 anos, com

desvio padrão de 8,10. Em relação ao estado civil, 105 (46,46%) eram casados, 73 (32,30%) viúvos e 30 (13,27%) divorciados ou separados, sendo que 18 (7,97%) se declararam solteiros. A maioria dos idosos (216 – 95,6%) eram moradores urbanos, da região metropolitana de Goiânia, sendo os outros 10 (4,42%) moradores de cidades do entorno da capital.

A maior parte dos idosos tinham uma religiosidade definida, sendo a religião católica a mais frequente, com 125 (55,30%), seguida dos evangélicos (98 – 43,36%), espíritas (2 – 0,88%), 1 (0,44%) adventista. Se declararam não praticantes de nenhuma religião ou não forneceram a informação, 21 (9,29%) idosos.

Em se tratando de interações sociais, 191 (84,52%) idosos relataram ter boas relações sociais, realizavam e recebiam visitas em seu domicílio, sendo que 35 (15,48%) idosos relataram que não mantinham relações sociais fora do âmbito familiar.

O apoio social percebido pelo idoso mostrou-se ser um aspecto positivo, sendo que apenas 22 (9,73%) idosos relataram não ter nenhum apoio social. Entre estes idosos que não recebiam apoio social, 17 destes estavam na faixa etária de 60 a 79 anos, sendo 7 viúvas, do gênero feminino.

A baixa escolaridade foi frequente nessa amostra, sendo que 167 (73,89%) dos idosos se declararam analfabetos ou com escolaridade de até 4 anos. 32 (14,16%) idosos apresentaram

escolaridade entre 5 e 8 anos e apenas 27 (11,95%) estudaram por um período de mais de 8 anos.

A configuração familiar mais frequente encontrada na amostra foi a coresidência com os descendentes: a maioria 185 (81,86%) coabitavam com familiares, como cônjuge, filhos e netos (Figura 1). 55 (24,33%) idosos moravam em lares coabitando com 3 a 5 pessoas, o que reforça os domicílios multigeracionais. Os idosos que moravam sozinhos representaram 16% da amostra (36), e tinham idade entre 60 e 69 anos de idade, com renda de 1 a 2 salários mínimos, e relataram ter contato com a família semanal ou quinzenalmente.

Quanto ao contato com a família, a maioria dos idosos mantinham contato regular, até mesmo devido ao aspecto de coresidência. Dentre os idosos que residiam sozinhos, 12 (5,31%) relataram ter contato regular, 16 (7,08%) deles afirmaram ter contato com a família apenas mensalmente, 3 idosos (1,32%) com contato de 1 a 3 vezes por ano, e chama atenção o fato de 5 idosos (2,12%) relatarem não ter nenhum contato familiar (2 destes com idade entre 60 e 69 anos, 2 entre 70 e 79 anos e 1 acima de 80 anos).

Quanto a renda familiar a maioria dos idosos (125 – 55,30%) declararam renda entre um e dois salários mínimos. (Figura 2).

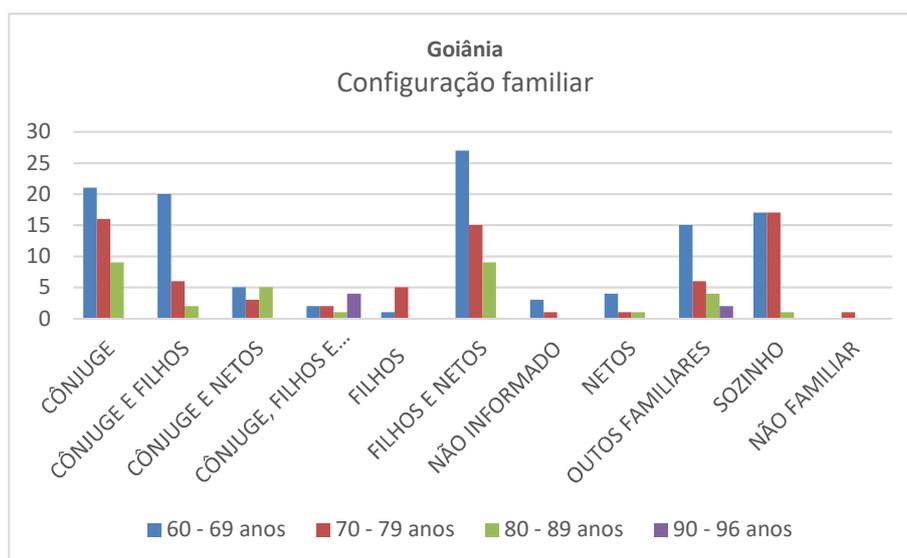


Figura 1: Configuração familiar do idoso, Goiânia - 2016

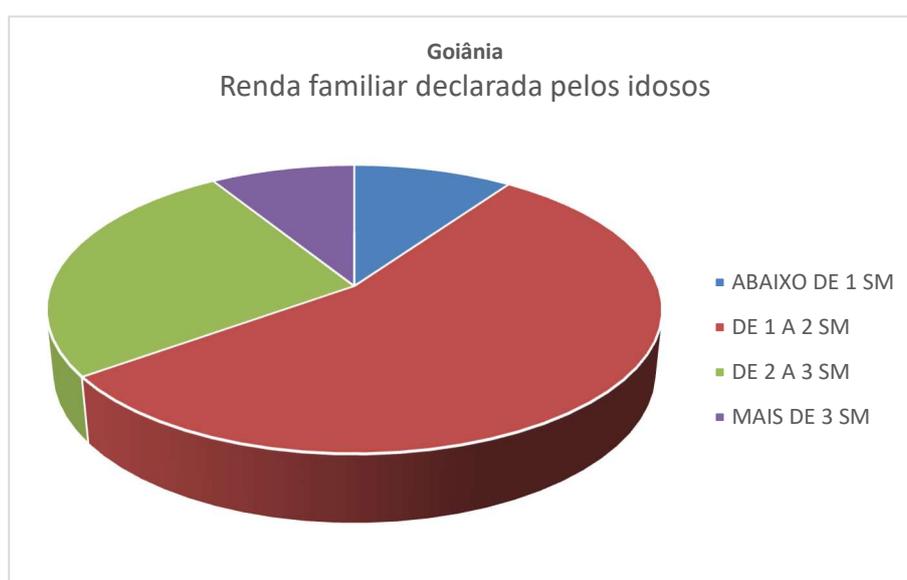


Figura 2: Renda familiar declarada pelos do idosos, Goiânia - 2016

É interessante observar, quando se questionou a origem da renda destes idosos, a maioria dos idosos entrevistados, 116 (51,32%) eram recebedores do benefício de prestação continuada (BPC), conforme figura 3. Os idosos pensionistas totalizaram 39 (17,25%). Levando em consideração que a maioria eram idosos podemos deprender que as idosas não trabalhavam fora do ambiente do lar, e ao ficarem viúvas passaram a receber pensão do companheiro (32% dos idosos eram viúvos). Parte significativa dos idosos, 17%, declararam

não ter renda e dependência financeira do cônjuge e filhos ou terceiros para o sustento.

Neste estudo 72 (31,85%) domicílios eram mantidos exclusivamente pelos idosos; 124 (54,86%) pelos idosos e família; e apenas 26 (11,50%) dos domicílios os familiares do idoso são os responsáveis pelo sustento financeiro, sendo estes cônjuges e filhos (figura 4).

A dependência física nas AVD's foi relatada por 31 (13,71%) idosos. Dos dependentes nas AVD's, 14 (6,19%) eram da faixa etária de 60 a 69 anos. Apesar da

dependência física, a maioria destes idosos eram responsáveis pela renda do domicílio.

Outras fontes de renda foram os rendimentos de aluguel e auxílio de terceiros. A

declaração de exercício de atividade laboral para complemento da renda foi feita por 5 (2,2%) idosos.

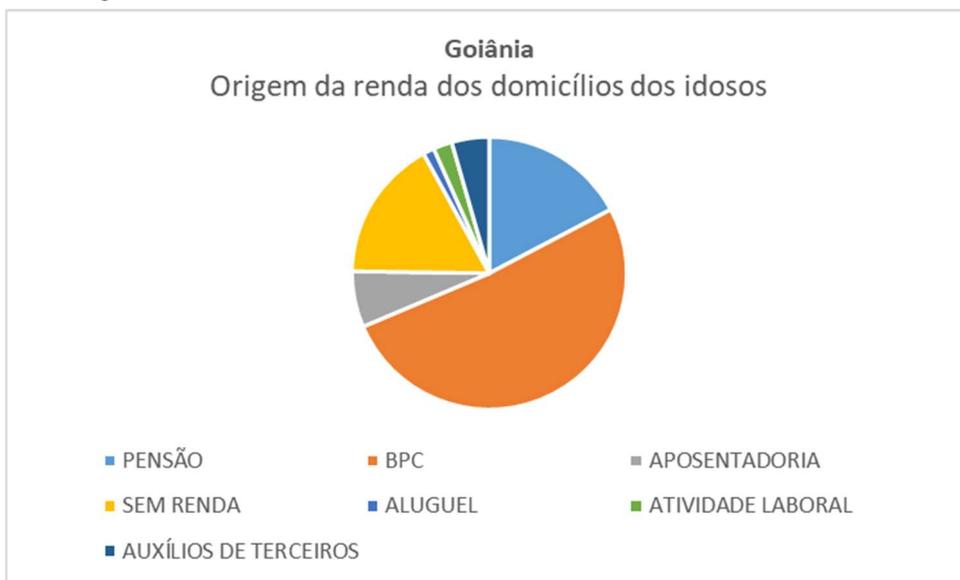


Figura 3: Origem da renda dos domicílios dos idosos, Goiânia - 2016

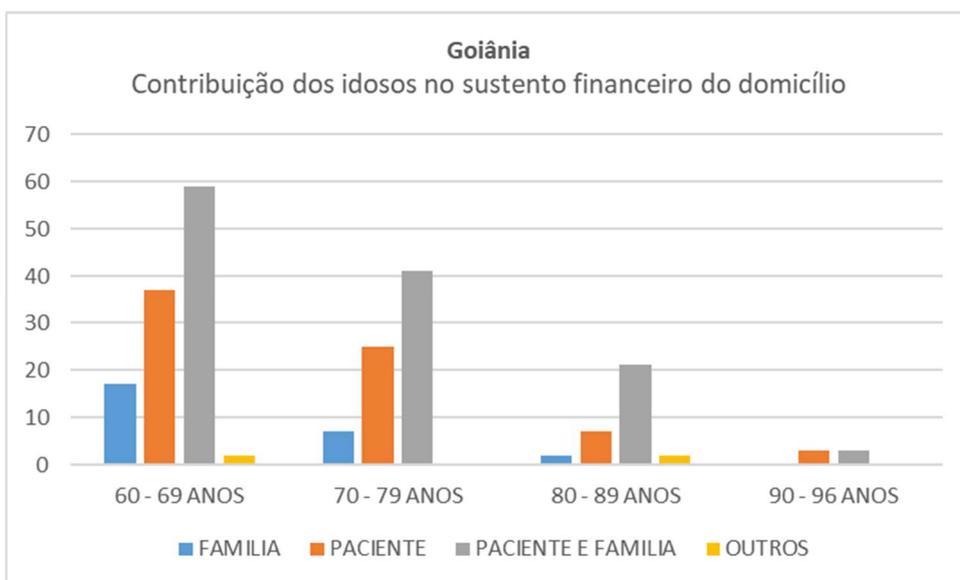


Figura 4: Contribuição dos idosos no sustento financeiro do domicílio, Goiânia - 2016

DISCUSSÃO

O maior número de idosas do sexo feminino é concordante com dados da literatura⁽⁹⁾ e decorre da maior longevidade das mulheres em relação aos homens, um fenômeno que tem sido atribuído a uma menor

exposição a determinados fatores de risco, uma menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, e a diferenças quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades, além de fatores culturais⁽¹⁰⁾.

A baixa renda dos idosos está diretamente relacionada à baixa escolaridade, limitando assim o acesso ao mercado de trabalho, e a um emprego que garanta maior renda e, conseqüentemente, melhores salários na aposentadoria⁽¹¹⁾. Outros estudos são concordantes, mostrando a baixa renda familiar dos idosos, sendo em média de 1 salário mínimo⁽¹²⁾. Este fato é extremamente preocupante e enfatiza a necessidade da existência de programas voltados à prevenção e ao tratamento das doenças, uma vez que a renda recebida por estes idosos, na maior parte dos casos, tem por finalidade cobrir apenas as despesas mensais destes⁽¹³⁾.

A manutenção no mercado de trabalho, notadamente em razão da necessária inclusão tecnológica, que exige reciclagem de conhecimentos, também é influenciada pelo grau de escolarização do idoso. O idoso com maior escolaridade tem mais facilidade de se manter no mercado, enquanto os de baixa escolaridade tendem a se manter em trabalhos informais⁽¹⁴⁾. Esse fator é marcante na amostra de nosso estudo visto que a maioria dos idosos avaliados não conseguiram se inserir no mercado de trabalho, e conseqüentemente são hoje amparados por benefício assistencial do governo.

O BPC, recebido pela maioria dos idosos de nosso estudo, é uma garantia de renda mínima, voltada aos idosos a partir de 65 anos e a pessoas com deficiência. É um benefício assistencial de um salário mínimo mensal, quando se comprova renda familiar per capita inferior a 1/4 do salário mínimo. É regulamentado pela Constituição Federal através da Lei Orgânica da Assistência Social

(LOAS)⁽¹⁵⁾. Este fato demonstra a realidade da exclusão dos idosos do mercado de trabalho, os quais não apresentam condições de se aposentar por contribuição previdenciária, conforme já discutido anteriormente.

Estudo realizado buscando verificar o impacto do BPC na autonomia dos idosos afirma ter aumentado o número de domicílios unipessoais após a implementação deste benefício, visto ser a renda um fator que incentiva o idoso a morar sozinho, principalmente os idosos mais jovens⁽¹⁶⁾. Apesar da população de nosso estudo ser jovem, este fato não é observado, tendo em vista a pequena porcentagem de idosos que moram sozinhos. Talvez uma explicação para este fato seja que como a maioria dos idosos avaliados são mulheres, estas quando têm renda tendem a ajudar os familiares e descendentes em detrimento de morar sozinhas⁽¹⁷⁾, aliado ao fato de que entre populações pobres, a tendência é de que a renda seja distribuída, constituindo os domicílios multipessoais⁽¹⁶⁾. A proporção de idosos que residem sozinhos é concordante com outros estudos, que constataram taxas de 7,7% a 22,22% dos idosos residindo sozinhos⁽¹³⁾. Apesar de não ser um número significativo as pesquisas demonstram que o número de idosos morando sozinhos vem aumentando⁽²⁾. Os principais determinantes de 'viver sozinho' encontram-se na renda familiar e pessoal, como também na satisfação com os rendimentos⁽⁴⁾⁽²⁾. O fato de o idoso morar no meio urbano também é um fator de maior aceitação para que more sozinho⁽²⁾.

Atualmente os idosos tem contribuição importante no sustento da família, sendo em muitos casos os responsáveis pelo provimento de suporte emocional e financeiro das

famílias⁽¹³⁾. Chama a atenção que os idosos tem alta participação em seu sustento. Outros estudos realizados entre idosos, demonstrou que as mesmas contribuem na renda da família, verificou-se que tinham pessoas que dependiam de seu rendimento como os filhos, os netos e o cônjuge⁽¹¹⁾.

Os idosos que tinham como fonte de renda as pensões, eram na sua maioria do gênero feminino, do que podemos depreender que estas não trabalhavam fora do ambiente do lar, e ao ficarem viúvas passaram a receber pensão do companheiro (32% dos idosos eram viúvos). A nossa pesquisa não é concordante com estudos que demonstram ser preponderante a presença das aposentadorias, seguido das pensões, que referem ter crescido nos últimos anos⁽¹¹⁾⁽¹⁸⁾.

A família ainda é vista como fonte de apoio material, emocional e assistencial. Apesar de viver em família não ser garantia de boa assistência ao idoso, ainda é verdadeiro ser melhor viver em família⁽¹³⁾. Sabe-se que quanto mais harmonioso e equilibrado for o sistema familiar, melhor será a adaptação do indivíduo frente às demandas relacionadas ao processo de envelhecimento⁽¹⁹⁾. A coresidência com familiares pode ser vista como fator positivo, significando maior apoio ao idoso, porém, por outro lado, pode oferecer maior risco de negligência e maus tratos, devido escassez de recursos ou conflitos de interesse⁽²⁰⁾.

Vários são os motivos que levam os idosos a coabitarem com seus descendentes, sendo que um deles é a necessidade econômica de filhos e netos, aos quais os idosos podem oferecer moradia e dinheiro para a subsistência. A maioria dos idosos brasileiros

possuem casa própria e chefiam a residência, chegando ao ponto de famílias que tem idosos terem melhores condições econômicas, e aquelas que não os tem, estarem mais expostas a risco de pobreza⁽¹⁸⁾. Neste sentido, diferencia-se as famílias "com idosos" das famílias "de idosos", sendo que no primeiro caso o idoso é o provedor da subsistência, enquanto no segundo caso o idoso é dependente de cuidados e com renda insuficiente para subsistência⁽²⁰⁾. Em nosso estudo verifica-se que 178 (78,76%) idosos se auto gerenciam, sendo que (194) 85,8% não apresentam dependência física.

Outros motivos para idosos morarem com descendentes é a viuvez e a necessidade de assistência física e cognitiva, e rendimentos insuficientes⁽²⁰⁾. A maioria dos homens idosos vivem com esposa ou companheira da mesma idade, ou com mulheres mais jovens, com quem se uniram em segundas núpcias, diferentemente das mulheres que tendem a não contrair novas uniões conjugais e preferirem morar com os filhos e netos⁽²⁰⁾.

Parte significativa da coresidência em domicílios multigeracionais está associada às necessidades dos filhos adultos e netos em detrimento às dos idosos, estes que frequentemente priorizam as necessidades dos descendentes, em prejuízo das suas. Essa configuração familiar pode ser uma vantagem no sentido de maior número de pessoas para apoio. Os idosos podem ficar em desvantagem ao precisar de ajuda para atividades cotidianas e, ao mesmo tempo, ter de sustentar a família, num momento da vida em que é esperada maior centralidade da geração do meio, no desempenho de papéis de autoridade e de provisão de suporte. Soma-se a estes aspectos o

risco de negligência e violências já que a renda é baixa e os conflitos possíveis⁽²⁰⁾⁽¹⁰⁾⁽²¹⁾. Outros estudos mostram que apesar de os idosos, em sua maioria, não viviam sozinhos, e entre estes, era maior a frequência de casados ou em união estável e/ou vivendo com familiares, tendo os filhos como maiores provedores de ajuda. Porém, entre os mesmos idosos que contavam com uma grande rede de contatos, identificou-se pequeno apoio recebido⁽⁴⁾.

A maior frequência da religião católica entre os idosos é concordante com a literatura⁽²²⁾. A religiosidade é um aspecto que aliado às condições sócio econômicas representa grande impacto na percepção da vida, sensação de bem-estar e qualidade de vida. É um aspecto que deve ser valorizado pelos profissionais da saúde, principalmente entre os idosos, já que é um reforço no enfrentamento da vida e sua finitude, e suporte emocional⁽²²⁾. A literatura mostra que se o idoso está envolvido ativamente em alguma religião, é maior a chance de manter-se ativo, pois a mesma fornece maior possibilidade de novas amizades e lazer⁽²³⁾. Além do enfrentamento de problemas de ordem social, familiar, educacional, previdenciário e de saúde pública, as questões existenciais também devem ser valorizadas⁽²⁴⁾. Assim, envelhecer de maneira saudável deve compreender que a participação ativa em relações sociais, culturais, espirituais é tão importante quanto os cuidados com a saúde física⁽²²⁾⁽⁹⁾.

CONCLUSÃO

O perfil dos idosos avaliados demonstra ser uma população idosa jovem, com predomínio do gênero feminino, baixa

escolaridade e baixa renda. Neste estudo, os idosos evidenciaram os fenômenos da coresidência e das transferências intergeracionais entre eles e suas famílias e grande parte dos mesmos declarou-se principal responsável pelo sustento da família. Essa configuração favorece que o idoso tenha um envelhecimento ativo e autônomo, no entanto, tais situações podem sinalizar dificuldades para o idoso conseguir utilizar seus rendimentos nos cuidados de sua própria saúde (boa alimentação, compra de medicamentos, lazer).

Embora realizado com uma população limitada, este estudo fornece dados importantes sobre as demandas dos idosos, servindo de subsídio para adoção de condutas específicas com foco nos aspectos abordados.

O fato de não se ter questionado ao idoso a auto percepção de saúde e satisfação com a sua qualidade de vida representou uma limitação deste estudo, uma vez que nada se pode concluir sobre o impacto destes arranjos familiares e financeiros na qualidade de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS

1. Miranda Gabriella Morais Duarte, Mendes Antonio da Cruz Gouveia, Silva Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2016 June [cited 2019 July 16]; 19(3): 507-519.
2. Melo Natália Calais Vaz de, Teixeira Karla Maria Damiano, Barbosa Thaís Lopes, Montoya Álvaro José Altamirano, Silveira Mirely Bonin. Arranjo domiciliar de idosos no Brasil: análises a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009). *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2016 Feb [cited 2019 July 16]; 19(1): 139-151.
3. IBGE Brazil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. 2012. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/>
4. Amaral Fabienne Louise Juvêncio dos Santos, Guerra Ricardo Oliveira, Nascimento Aline Freire Falcão, Maciel Álvaro Campos Cavalcanti. Perfil do apoio social de idosos no município de Natal, Estado

- do Rio Grande do Norte, Brasil, 2010-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2013 Jun [citado 2019 Jul 16]; 22(2): 335-346.
5. Bianca D, Freire DL, Maria D, Padilha P, Baldisserotto J. Suporte social, promoção de saúde e Brasil saúde bucal na população idosa no Brasil. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2006;9(18):203-16.
6. Formiga dos Santos N, Maria do Rosário de Fátima Silva B. As políticas públicas voltadas ao idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. *Abr.* 2013;20(2):358-71.
7. Sanchez Maria Angélica dos Santos, Mota Gabriela Maia da Silva. A entrevista social no processo de avaliação geriátrica ampla. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2009 Apr [cited 2019 July 16]; 12(1): 25-33.
8. BRASIL. IBGE:: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2014.
9. Reis LDA, Santos KT, Reis LA Dos, Gomes NP. Suporte familiar, social, condições de saúde e sociodemográficas em idosos. *Rev Baiana.* 2014;28(2):176-85.
10. Ferreira CL, Santos LMO, Maia EMC. Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. *Rev da Esc Enferm.* 2012;46(2):328-34.
11. Almeida AV, Tavares Mafra SC, Da Silva EP, Kanso S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social / The Feminization of Old Age: a focus on the socioeconomic, personal and family characteristics of the elderly and the social risk. *Textos Contexto.* Porto Alegre, 2015 Jun 30;14(1):115.
12. Victor Janaina Fonseca, Ximenes Lorena Barbosa, Almeida Paulo Cesar de, Vasconcelos Francisca de Fátima. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2009 Feb [cited 2019 July 16]; 22(1): 49-54.
13. Santos LA dos RLA dos RG de VTKT. INFLUÊNCIA DA DINÂMICA FAMILIAR. *Rev Pesqui em Fisioter.* 2014;4(2):123-30.
14. Bueno PCA. A terceira idade e o mercado de trabalho: uma revisão sistemática da bibliografia. 2000.
15. Tavares JSL de V da CLLHG de L. Benefício de Prestação Continuada para idosos no Rio de Janeiro. *Argumentum.* 2014;6(1):174-89.
16. Paulo MA, Wajnman S, Oliveira AMCH de. A relação entre renda e composição domiciliar dos idosos no Brasil: um estudo sobre o impacto do recebimento do Benefício de Prestação Continuada. *Rev Bras Estud Popul* [Internet]. 2013;30(Sup.):S25-43.
17. Carvalho G, Almeida EB De. Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia. *Rev Temática Kairós Gerontol* [Internet]. 2012;15(6):97-116.
18. Camarano AA, Kanso S, Mello JLE. Como vive o idoso brasileiro? O Novos Idosos Bras Muito além dos 60 [Internet]. 2004;l:25-73.
19. Vera I, Lucchese R, Nakatani AYK, Sadoyama G, Bachion MM, Vila V da SC. Fatores associados à disfuncionalidade familiar em idosos não institucionalizados. *Texto Context Enferm.* 2015;24(2):494-504.
20. Rabelo DF, Neri AL. Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015;31(4):874-84.
21. Silva CFS, Dias CM de SB. Violência Contra Idosos na Família: Motivações, Sentimentos e Necessidades do Agressor. *Psicol Ciência e Profissão* [Internet]. 2016;36(3):637-52.
22. Oliveira ALB de. Significado da religião/religiosidade para a pessoa idosa. 2015.
23. Maria de Fátima Maciel Araújo, Maria irismar de Almeida, Marlene Lopes Cidrack, Hercília Maria Carvalho Queiroz MCSP. O papel da religiosidade na promoção da saúde do idoso. *Rev Bras Promoção da saúde.* 2008;21(2):201-8.
24. Pegoraro AC. Espiritualidade na velhice: um desafio para o campo religioso brasileiro. *Rev Bras História das Reli.* 2009;1(3):1-10.