

# Perfil de utilização dos serviços de saúde pelos idosos cadastrados no programa municipal da terceira idade, Viçosa – MG

## *Profile of health services use by seniors registered on a third-age municipal program, Viçosa, Minas Gerais, Brazil*

Jacqueline Danesio de Souza<sup>1</sup>, Rosângela Minardi Mitre Cotta<sup>2</sup>, Julicristie Machado de Oliveira<sup>3</sup>, Adelson Luiz Araújo Tinôco<sup>2</sup>

### RESUMO

Este estudo teve como objetivo descrever o perfil de utilização dos serviços de saúde pelos idosos cadastrados no Programa Municipal de Terceira Idade (PMTI), da cidade de Viçosa – MG. Trata-se de estudo observacional, transversal, com amostragem não probabilística. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas. Para verificação das variáveis utilizou-se teste de normalidade com nível de significância de  $p$  igual a 0,05. Os resultados demonstraram que 60,0% dos idosos realizavam atividade física mais de duas vezes na semana, 76,19% eram hipertensos, 15,24% diabéticos e 50,48% relataram possuir dislipidemia. O perfil de utilização dos serviços de saúde talvez possa ser atribuído à situação socioeconômica do idoso e/ou da sua família, sendo estabelecidas relações estatísticas positivas de que quanto mais alta a renda, maior a utilização dos serviços privados. Tal fato deve ser considerado na oferta de condições para prevenção de agravos e promoção de envelhecimento saudável.

**Palavras-chave:** Idoso; Envelhecimento; Serviços de Saúde para Idosos.

### ABSTRACT

*This study had as its aim to describe the profile of health service use by seniors registered on a Third-Age Municipal Program (TAMP), in Viçosa, Minas Gerais, Brazil. It is an observational and cross-sectional study, with non-probabilistic sampling. Data collection was performed by semi-structured interviews. In order to verify the variables, the normality test was used with a significance level of  $p=0.05$ . Results demonstrated that 60.0% of seniors did a physical activity more than twice a week, 76.19% were hypertensive, 15.24% were diabetic, and 50.48% had dyslipidemia. The profile of health services use may be attributed to the socioeconomic situation of the senior and/or their families. Positive statistic relations state that when the income is higher, the use of private services increases. Such fact should be taken into account when offering conditions to prevent losses and health aging promotion.*

**Key words:** Aged; Aging; Health Services for the Aged.

### INTRODUÇÃO

Constitui característica mundial, desde 1975, a transição demográfica, que evidencia o envelhecimento da população humana em todo o mundo. Nos países em desenvolvimento, a transição demográfica será ainda mais significativa e acelerada. Nas nações desenvolvidas e em desenvolvimento o envelhecimento observado entre 1970 a 2000 foi de 54 e 123%, respectivamente.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Nutrição do Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG – Brasil.

<sup>2</sup> Professor Associado do Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG – Brasil.

<sup>3</sup> Professor Adjunto do Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG – Brasil.

Recebido em: 25/01/2012  
Aprovado em: 30/10/2012

**Instituição**  
Departamento de Nutrição e Saúde da  
Universidade Federal de Viçosa  
Viçosa, MG – Brasil

**Endereço para correspondência:**  
Jacqueline Danesio de Souza  
Av. Bueno Brandão, 356, apto. 901  
CEP: 35570-000  
Viçosa, MG – Brasil  
E-mail: jackdanesio@yahoo.com.br

No Brasil, na década de 70, 4,95% da população brasileira era de idosos, atingindo 11% em 2010. A esperança de vida, que era em torno de 33,7 anos em 1950/1955, passou para 50,99 em 1990, chegou a 66,25 em 1995 e deverá alcançar 77,08 em 2020/2025.<sup>2,3</sup>

Destaca-se que o envelhecimento populacional constitui grande desafio para a saúde pública contemporânea, especialmente em países em desenvolvimento, onde esse fenômeno ocorre em ambiente de pobreza e grande desigualdade social. Com o aumento da expectativa de vida dos indivíduos, modifica-se, também, o seu perfil de saúde; em vez de processos agudos ou de óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e suas complicações, como a perda de autonomia e independência funcional que, além de demandarem elevados custos para os serviços de saúde, exigem reordenamento de suas ações prioritárias.<sup>4,6</sup>

A transição demográfica e o envelhecimento populacional introduzem grandes desafios às políticas públicas, gerando também a necessidade de intervenções mais rápidas e equânimes, além de respostas às novas demandas assistenciais que transcendem os núcleos familiares e os possíveis cuidadores.<sup>5,7</sup>

O idoso utiliza mais serviços de saúde; as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é mais longo se comparado a outras faixas etárias, o que implica, em termos de utilização dos serviços de saúde, mais problemas de longa duração, que frequentemente exigem intervenções custosas, envolvendo tecnologia complexa para o adequado cuidado.<sup>5,8</sup>

No Brasil, o custo proporcional das internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS) entre idosos é proporcionalmente mais alto em relação ao restante da população brasileira. Apesar da atenção à saúde ser direito universal no país, o acesso ao uso de serviços pela população idosa é fortemente influenciado pela situação socioeconômica do idoso e/ou da sua família. Os idosos com baixa renda domiciliar mensal apresentam piores condições de saúde em comparação àqueles com melhor situação socioeconômica, mas visitam médicos com menos frequência.<sup>9</sup>

As repercussões das profundas transformações sociais decorrentes do envelhecimento humano ainda são pouco entendidas e estão sendo observadas. A discussão sobre a influência da transição demográfica na sociedade precisa esclarecer as suas repercussões na área da saúde em relação à reorganização dos modelos assistenciais.<sup>5,10</sup>

Ao medir a utilização dos serviços de saúde e estudar sua acessibilidade, pode-se, indiretamente, avaliar sua equidade. Whitehead (1991) considera que a equidade em saúde constitui-se na superação das desigualdades em determinado contexto histórico e social, requerendo que as necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por ações governamentais também diferenciadas.<sup>4,7</sup>

Considerando-se o direito universal à saúde, a redução das desigualdades deve ser inferida como política pública prioritária e pressupõe ampliação de acesso aos sistemas de saúde com financiamento adequado, regulamentação e capacitação profissional nos seus vários níveis de complexidade, ajustados às necessidades dos idosos, tanto na rede privada quanto pública. É necessário enfrentar a fragmentação dos equipamentos de saúde com estabelecimento de redes de atenção integral ao idoso e aumentar a capacidade de regulação do Estado, em busca de verdadeira rede de suporte social com foco na equidade e integralidade da atenção à pessoa idosa.<sup>8</sup>

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil de utilização dos serviços de saúde pelos idosos cadastrados no Programa Municipal de Terceira Idade (PMTI), da cidade de Viçosa – MG.

## MÉTODOS

### Área de estudo

O PMTI, situado no município de Viçosa, zona da mata mineira, objetiva a socialização e promoção da valorização dos idosos, no cenário sociofamiliar, prevenindo o isolamento da pessoa idosa. O trabalho é desenvolvido por meio de convênio firmado entre a Universidade Federal de Viçosa (UFV) e a Prefeitura de Viçosa por intermédio da Secretaria de Assistência Social (SMAS), a fim de proporcionar envelhecimento ativo e saudável da população viçosense. Para alcançar esse objetivo, são realizadas diversas atividades, que incluem: oficinas de artesanato; esportes, ginástica, hidroginástica; palestras; avaliação médica, psicológica, nutricional; acompanhamento de enfermagem e de fisioterapia; entre outros (PMTI, Viçosa-MG, 2010). O programa conta hoje com mais de 2.480 idosos cadastrados participando das atividades desenvolvidas e acompanhadas por profissionais de diversas áreas de atuação, estagiários e também por voluntários.

## Sujeitos

O presente estudo contou com a participação de 105 idosos (4,23% do total de idosos cadastrados no PMTI). Utilizou-se como critério de inclusão que os indivíduos tivessem idade igual ou superior a 60 anos e fossem residentes nas diferentes microáreas de saúde de Viçosa – MG.<sup>11</sup>

## Desenho do estudo

Trata-se de estudo do tipo observacional, de corte transversal, com amostragem não probabilística, sendo os participantes selecionados por conveniência no período de julho a dezembro de 2010.

Durante o estudo, os participantes foram informados detalhadamente sobre a proposta de trabalho e tiveram assegurada a liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. Tais aspectos foram garantidos a partir da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFV, Of. Ref. n° 007/2011, e da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Coleta e análise dos dados

A coleta de dados se deu por meio de entrevistas realizadas por estudantes do Departamento de Nutrição e Saúde da UFV devidamente treinados, utilizando-se questionário semiestruturado elaborado pela equipe responsável pelo projeto, a partir de estudos desenvolvidos.<sup>9-28</sup> As variáveis analisadas foram: sexo, idade, escolaridade, renda, situação conjugal, condições de habitação, núcleo familiar, atividade profissional, cobertura previdenciária, mortalidades autorreferidas e utilização de serviços de saúde.

Os dados foram inseridos em planilha do Excel 2007. As análises estatísticas foram realizadas no *software* Stata versão 9.0. Todas as variáveis foram testadas quanto à sua normalidade. Utilizou-se o teste de Mann-Whitney, adotando-se como nível de significância estatística o valor de *p* de 0,05.

## RESULTADOS

A média de idade entre os sexos dos entrevistados foi de 69,0 ± 7,26 anos, sendo 85,71% feminino e

14,29% masculino. As características descritivas das variáveis utilizadas no estudo estão apresentadas na Tabela 1 e revelaram que 44,76% dos idosos apresentavam média de quatro a sete anos de estudo, com 45,71% de viúvos e 40,9% de aposentados.

**Tabela 1** - Perfil de escolaridade, situação conjugal e de trabalho e tipo de habitação dos idosos entrevistados, Viçosa, MG (2011)

Variáveis	Porcentagem (%)
<b>Escolaridade (anos)</b>	
Analfabeto (a)	18,1
1 a 3	25,71
4 a 7	44,76
8 a 10	9,52
11 a 14	1,9
<b>Situação Conjugal</b>	
Viúvo (a)	45,71
Casado (a)	38,1
Separado (a)	9,52
Solteiro (a)	6,67
<b>Situação de Trabalho</b>	
Pensionista	20,0
Aposentado (a)	40,9
Aposentado (a)/pensionista	13,3
Assalariado (a)	6,67
Não trabalha	13,33
Pensionista/assalariado (a)	2,86
<b>Tipo de Habitação</b>	
Casa Própria	82,86
Casa cedida/emprestada	5,71
Casa alugada	11,43

Em relação ao estilo de vida dos entrevistados, conforme se demonstra na Tabela 2, 82,86% dos idosos possuem casa própria, 60,0% realizam atividade física mais de duas vezes na semana, 76,19% são hipertensos, 15,24% diabéticos e 50,48% relataram possuir dislipidemia.

A renda média dos idosos foi de R\$ 654,73, com mínima de zero e máxima de R\$ 2.180,00, sendo o valor do salário mínimo do ano de 2010 igual a R\$ 510,00. No que diz respeito à renda familiar, observou-se média de R\$ 1.442,13, com mínima de R\$ 300,00 e máxima de R\$ 7.000,00 reais. A renda *per capita* média foi de R\$ 598,58, com variação de R\$ 83,84 como mínimo e R\$ 2.000,00 como renda máxima.

**Tabela 2** - Caracterização dos idosos relativo à realização de atividade física e presença de morbidades, Viçosa, MG (2011)

Variáveis	Porcentagem (%)
<b>Frequência semanal da realização de atividade física</b>	
Mais de 2 x na semana	60,0
Não pratica	26,67
Menos de 2x na semana	13,33
<b>Hipertensão</b>	
Possui	76,19
Não Possui	23,81
<b>Diabetes</b>	
Possui	15,24
Não possui	84,76
<b>Dislipidemias</b>	
Possui	50,48
Não possui	49,52

O tipo de serviço de escolha dos entrevistados no tocante à utilização de serviço público e serviço privado de saúde (utilização de plano de saúde) demonstrou que 75,24% deles usavam efetivamente o Programa Saúde da Família (PSF) e que 36,19% possuíam algum tipo de plano de saúde. Os idosos declararam procurar como porta de entrada para solucionar problemas emergenciais de saúde a rede hospitalar do SUS, citado por 40,95% dos idosos.

A Tabela 3 descreve os valores estatisticamente significativos do perfil de utilização dos serviços de saúde pelos entrevistados, quando correlacionado à associação entre renda familiar e uso do PSF, renda *per capita* e utilização do PSF, renda familiar e utilização de plano de saúde e renda do idoso e uso de plano de saúde. Segundo os resultados obtidos, quanto mais baixa a renda

do idoso maior a utilização do PSF ( $p=0,0081$ ); quanto mais alta a renda familiar, maior a utilização de plano de saúde ( $p=0,0176$ ); e quanto mais alta a renda do idoso maior a utilização de plano de saúde ( $p=0,0318$ ).

## DISCUSSÃO

Ao medir a utilização dos serviços e estudar sua acessibilidade, pode-se, indiretamente, avaliar a equidade de um sistema de saúde. Segundo Cotta *et al.*<sup>5</sup>:

*O envelhecimento da população, ao mesmo tempo em que representa um dos maiores triunfos da humanidade, é um dos maiores desafios, uma vez que a transição demográfica representa um crescente e profundo impacto em todos os âmbitos da sociedade, mas é na saúde que tem maior transcendência, tanto por sua repercussão nos diversos níveis assistenciais como pela demanda por novos recursos e estruturas.*

Os achados deste estudo ressaltaram que a média de idade dos entrevistados foi de  $69,0 \pm 7,26$  anos, estando essa faixa próxima da expectativa de vida do brasileiro em 2008 (72,8 anos), relatada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Destaca-se que, a partir dos 60 anos, os indivíduos passaram a depender cada vez mais dos rendimentos dos demais moradores do domicílio para sobreviver e manter seu padrão de vida. Além disso, a aposentadoria também passou a desempenhar papel fundamental na renda do idoso e não raras vezes na renda da família.<sup>3,12</sup>

**Tabela 3** - Associação renda e utilização, pelos idosos entrevistados, do Programa de Saúde da Família e de Plano de Saúde, Viçosa, MG (2011)

Associação	Grupo	n	Média	DP	p
<b>Média de Renda <i>per capita</i></b>					
Utilização do PSF	NÃO	26	738	473	0,0176
	SIM	79	552	362	
<b>Média da Renda familiar</b>					
Utilização de plano de saúde	NÃO	67	139	135	0,0081
	SIM	38	151	751	
<b>Média da Renda do idoso</b>					
Utilização de plano de saúde	NÃO	67	574	303	0,0318
	SIM	38	795	594	

Dos idosos entrevistados, 82,86% possuíam casa própria, dado que se aproxima do encontrado por Machado *et al.*<sup>20</sup> em estudo realizado em Viçosa-MG, onde a predominância de idosos residentes em casa própria foi de 82%.

Nesta pesquisa, encontrou-se que 60,0% dos idosos praticavam atividade física mais de duas vezes na semana, 76,19% eram hipertensos, 15,24% diabéticos e 50,48% relataram possuir dislipidemia, o que vai ao encontro da estimativa da OMS<sup>21</sup>, ao ressaltar que 40 a 50% dos brasileiros com mais de 40 anos são hipertensos e que 6 milhões são diabéticos.

Os dados obtidos confirmam a crescente utilização de serviços privados de assistência à saúde e financiamento de atendimentos pelos idosos entrevistados, sendo que, desse total, 39,16% deles possuíam algum tipo de plano de saúde. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostram que, em 1981, 68% do total de atendimentos de saúde realizados no mês anterior à pesquisa foram financiados por recursos públicos, 9% por planos ou seguros de saúde privados e 21% por gastos por desembolso direto. Em 2003, a proporção do consumo de serviços de saúde financiados com recursos públicos diminuiu para 56%, permanecendo nesse nível em 2008. Porém, a contribuição dos seguros de saúde aumentou de forma expressiva (21% da despesa total em 2008) o volume de atendimentos financiados por esse setor: 466% de 1981 a 1998.<sup>13,14</sup>

A relação renda e utilização de plano de saúde ou serviço público de saúde talvez possa estar ligada, em alguma medida, com a renda do idoso e/ou de sua família. Foram obtidas relações estatisticamente significativas entre renda e utilização do PSF ( $p=0,0081$ ); quanto mais alta a renda familiar maior a utilização de plano de saúde ( $p=0,0176$ ); e quanto mais alta a renda do idoso maior a utilização de plano de saúde ( $p=0,0318$ ). O número de pessoas que buscam a Atenção Primária à Saúde (APS) aumentou cerca de 450% entre 1981 e 2008. Esse aumento pode ser atribuído ao crescimento das unidades que prestam serviço em nível de APS. Destaca-se o crescente investimento em PSF a partir de sua criação no Brasil, no ano de 1994. Em 1998, pessoas com planos de saúde privados tinham probabilidade 200% maior de usar um serviço de saúde quando precisassem do que pessoas sem planos de saúde, mas essa diferença reduziu-se para 70% em 2008.<sup>3</sup>

De acordo com Pereira *et al.*<sup>24</sup>, em estudo realizado na região Sudeste, no que se refere à saúde, 63% dos seus entrevistados eram usuários do PSF e, em relação à assistência à saúde privada, 29,9% possuíam plano

de saúde. A associação renda e utilização de plano de saúde privado, analisada pelo autor, enfatiza que o perfil dos idosos entrevistados que não possuíam plano de saúde privado era de renda mensal igual ou inferior a um salário mínimo (R\$ 510,0), dado que coincide com os aqui obtidos, que confirmou que quanto mais baixa a renda do idoso, maior a utilização do PSF.

Segundo Araújo *et al.*<sup>4</sup>, é necessário salientar a importância do controle dos resultados de trabalhos com a aplicação de políticas públicas, tendo em vista que a gestão orientada por resultados tem mecanismos de aferição do desempenho, da satisfação do usuário e de controle social. Sendo assim, destaca-se a análise do perfil de utilização de serviços saúde para ampliação da atenção à saúde de idosos.

## CONCLUSÃO

O aumento da expectativa de vida acarreta aumento das demandas sanitárias, sociais e econômicas da população, questões estas agravadas caso não existam políticas e ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e enfermidades, que devem ser alvo do poder público em parceria com universidades e demais setores da sociedade civil organizada.

Ao se verificar o perfil de utilização dos serviços de saúde dos entrevistados, destaca-se que o acesso ao uso desses serviços pela população estudada talvez possa ser atribuído à situação socioeconômica do idoso e/ou da sua família, sendo estabelecidas relações estatísticas positivas de que quanto mais alta a renda, maior a utilização dos serviços privados.

Torna-se, portanto, necessário que as políticas públicas desenvolvidas deem mais enfoque à atenção integral, equitativa e humanizada do idoso, com ênfase na assistência coordenada entre todos os níveis de atenção, buscando oferecer suporte para a prevenção de agravos e enfermidades, além da promoção de envelhecimento saudável.

## REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas. Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento -2002. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, ONU; 2003.
2. Siqueira RL, Botelho MIV, Coelho FMG. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Cien Saude Coletiva*. 2002; 7(4):899-906.

3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Séries estatísticas & séries históricas. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
4. Araújo LF, Coelho CG, de Mendonça ET, Vaz AVM, Siqueira-Batista R, Cotta RMM. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 30(1):80-6.
5. Cotta RMM, Suarez-Varela MM, Cotta Filho JS, Llopis Gonzalez A, Dias Ricòs JA, Real ER. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. *Rev Panam Salud Publica*, 2002; 11(4):253-61.
6. World Health Organization. Population aging: a public health challenge. Geneva: World Health Organization Press Office; 1998.
7. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. 2008; 42(4):733-40.
8. Viana ALD, Fausto ACR, Lima LD. Política de saúde e equidade. São Paulo em Perspectiva, 2003; 17(1):58-68.
9. Melo MC, Souza AL, Leandro EL, Mauricio HA, Silva ID, Oliveira JMO. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(Supl. 1):1579-86.
10. Veras R. Em busca de um a assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saude Publica*. 2003; 19(3):705-15.
11. Organização Mundial da saúde. The world health report. Geneva: OMS; 2001.
12. Pereira, RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, Cecon, PR. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global dos idosos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2006; 28(1):27-37.
13. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet Séries, Saúde no Brasil* [periódico na Internet]. Maio 2011. [Citado em 2011 ago 18]; DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Disponível em: [www.thelancet.com/series/health-in-brazil](http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil).
14. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
15. Abreu ID, Forlenza OV, Barros L.H. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Rev Psiquiatr Clín*. 2005; 32(3):131-6.
16. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saude Publica*. 1997; 31(2):184-200.
17. Veras R, Parahyba ML. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(10):2479-89.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Síntese de Indicadores Sociais 2004. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
19. Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(2):311-8.
20. Machado JC, Ribeiro RCL, Leal PFG, Cotta RMM. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(4):592-605.
21. Organização Mundial de Saúde (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS; 2005.
22. Pereira, RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Priore SE. Características da saúde do idoso brasileiro. *Rev Med Minas Gerais*. 2009; 19(1):44-50.
23. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, *et al*. Análise do perfil socio-sanitário de idosos: a importância do Programa de Saúde da Família. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20(1):5-15.
24. Pereira RJ, Cotta RM, Franceschini SC, Ribeiro RC, Sampaio RF, Priore SE, *et al*. Influência de fatores socio-sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2011; 16(6):2907-11.
25. Pereira RJ, Cotta RMM, Priore SE. Políticas sobre envelhecimento e saúde no mundo. *O Mundo da Saúde*. 2005; 29(4):475-483.
26. Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. *Int J Health Serv*. 1992; 22(3):429-45.
27. World Health Organization. Statistical Information System Who-sis. Geneva: WHO; 2011.
28. Abreu WC, Franceschini SCC, Tinoco ALA, Pereira CAS, Silva MMS. Inadequação no consumo alimentar e fatores interferentes na ingestão energética de idosos matriculados no programa municipal da Terceira idade de Viçosa (MG). *Rev Baiana Saúde Pública*. 2008; 32(2):190-202.