

# PREVALÊNCIA DE IDOSOS RESTRITOS EM UMA COMUNIDADE DE SALVADOR, BAHIA

Jéssica Costa Rodrigues<sup>1</sup>  
Mariana Louise Gonçalves Machado<sup>2</sup>  
Milena Santos da Soledade<sup>3</sup>  
Maiara Lefundes<sup>4</sup>

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo identificar a prevalência de idosos restritos em uma comunidade de Salvador – BA, ressaltando a importância do profissional Fisioterapeuta na Atenção Básica. MÉTODO: Tratou-se de um estudo transversal, descritivo, de caráter exploratório. A pesquisa foi realizada entre os meses de Setembro à Novembro de 2018, através da coleta de dados secundários por meio de fichas de cadastramento de uma Unidade de Saúde da Família. RESULTADOS: 357 fichas foram analisadas, onde 172 eram de idosos e, dessa amostra, 10,5% se encontravam restritos à domicílio e 2,9% restritos ao leito. CONCLUSÃO: Através desse estudo foi possível traçar um perfil epidemiológico da amostra analisada, porém não foi possível encontrar um número significativo de idosos restritos.

**Palavras-chave:** Saúde do idoso; Restrição; Perfil epidemiológico; Atuação fisioterapêutica; Atenção básica.

## ABSTRACT

Objectives: The aim of this study was to identify the prevalence of elderly people who were restricted to bed at a Community of Salvador – BA, highlighting\* the importance of the Physiotherapist in Primary Health Care. Method: It is a descriptive epidemic and exploratory study. The search was conducted between September and November of 2018, through the collection of secondary data by means of records of a Family Health Unit. Results: 357 records were analyzed, 172 elderly were found and of this sample, 10, 5 % were restricted to the home and 2, 9% restricted to bed. Conclusion: It was possible to outline an epidemiological profile of the analyzed sample, however, it was not possible to find a significant number of restricted elderly due to limitations.

**Keywords:** Health of the elderly; Restriction; Epidemiological profile, Physiotherapeutic performance; Basic attention.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Público de Saúde do Brasil, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituído pela Constituição da República Federal de 1988 (CF/88) e consolidado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90. De acordo com a CF/88, todos os cidadãos têm direito a saúde e cabe ao Estado o dever de oferecê-la à população. Diante disso, a atenção básica de saúde foi desenvolvida com o intuito de promover o acesso universal e gratuito a todos os indivíduos (PAIM et al., 2011).

Desde a segunda metade do século XX, o Brasil vem sofrendo grandes mudanças sociodemográficas. A partir da década de 1980, a taxa de mortalidade infantil e de natalidade

<sup>1</sup>Graduanda do curso de Fisioterapia. E-mail: jelcosta96@gmail.com

<sup>2</sup>Graduanda do curso de Fisioterapia. E-mail: mari\_louise-13@hotmail.com

<sup>3</sup>Graduanda do curso de Fisioterapia. E-mail:soledade.m3@gmail.com

<sup>4</sup>Mestre em Fisioterapia, docente do curso de fisioterapia da unifacs. E-mail: maiara.oliveira@unifacs.br

sofreram um declínio significativo, enquanto a expectativa de vida aumentou e ultrapassou os 60 anos de idade, fazendo com que houvesse um processo de transição importante, em a população brasileira deixou de ser predominantemente jovem. Em 2010, o número de idosos no país era de 20,5 milhões e, para 2040, estima-se que esse valor dobre, sendo assim, o número de idosos irá corresponder à 23,8% de habitantes total. (MIRANDA, 2016; VASCONCELOS, 2012)

A público idoso no Brasil está em ascensão, necessitando cada vez mais de investimentos nas políticas de saúde que asseguram seus direitos. Os problemas que afetam esses indivíduos são diversos e influenciam diretamente na qualidade de vida do próprio idoso e da família, além de gerar um alto gasto financeiro. (VERAS, 2007). Tendo em vista a grande vulnerabilidade que o envelhecimento acarreta para essas pessoas, torna-se fundamental ações e programas de promoção de saúde e de prevenção de doenças, a fim de reduzir os fatores de risco que possam causar danos à saúde física e mental do idoso, afastando-o por um tempo das suas atividades de vida diária.

Durante o século XX, houve uma mudança no perfil epidemiológico da população brasileira, com uma diminuição da morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e aumento por doenças cardiovasculares, neoplásicas e causas externas. Além disso, o Sistema Único de Saúde (SUS) modificou o cenário da saúde no Brasil. Baseado na universalidade, integralidade, equidade e intersetorialidade, tal sistema propôs um modelo oposto ao da assistência privada, que tem como ênfase o processo de cura da doença e a especialização do profissional, exigindo que os profissionais apresentem uma formação técnica, porém, humanizada, com capacidade para prestar atendimento integral ao cidadão. Diante desse cenário, o papel do fisioterapeuta vem se moldando para se adequar às novas demandas, buscando atuar não somente na reabilitação, mas principalmente na prevenção de doenças e promoção de saúde. (JÚNIOR, 2010; REZENDE, 2009; RODRIGUES, 2008).

O presente estudo, realizado através de uma abordagem quantitativa, descritiva e de caráter exploratório, teve como objetivo investigar a prevalência de idosos restritos em uma determinada região da cidade de Salvador, BA, relatando os principais indicadores epidemiológicos que levaram a essa morbidade. Não deixando de expor a valia da atuação fisioterapêutica na Atenção Primária.

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de um estudo de natureza observacional, com uma abordagem quantitativa, descritiva e de caráter exploratório, ancorado pela pesquisa transversal. Foi realizado entre os meses de setembro a novembro de 2018. Nesse período houve uma coleta de dados secundários, através das fichas de cadastro de usuários assistidos pela Unidade de Saúde da Família (USF) Menino Joel, localizada no bairro do Nordeste de Amaralina, na cidade de Salvador (BA), por intermédio de quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que prestam assistência para microárea 02, 03, 04 e 05, tendo como população alvo os idosos restritos da comunidade não havendo a necessidade de identificação e abordagem aos usuários.

O presente estudo teve como critérios de inclusão: fichas de idosos com faixa etária igual ou superior a 60 anos; de ambos os gêneros; e que tivessem registros por meio das fichas cadastrais.

Para análise de variáveis clínicas e caracterização da amostra foi elaborado um questionário contendo questões objetivas do qual foi possível avaliar as seguintes variáveis: Sexo, idade, perfil socioeconômico, tempo e motivo de restrição ao leito, acessibilidade e/ou acompanhamento fisioterapêutico, periodicidade, re hospitalização durante um período e comorbidades.

Para a obtenção dos dados pessoais e epidemiológicos que caracterizaram a população alvo escolhida, foram verificados 357, fichas disponíveis na USF no período de coleta, sendo destes 172, de idosos. Para a análise dos dados foi utilizado o software R 3.5.0. As variáveis foram expressas em frequências e percentuais – n (%), média e desvio padrão. Para verificar a existência de associação significativa entre as variáveis de interesse usamos teste Qui-Quadrado ou o teste Exato de Fisher. O nível de significância para este estudo é de 5% sendo que as variáveis que apresentaram  $p < 0,05$  não tiveram significância relevantes para o estudo.

A pesquisa foi desenvolvida após análise do projeto juntamente com ofício protocolado e endereçado à Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Saúde (CGPS) para que fosse feita a análise e emissão do parecer técnico. Após análise e emissão do parecer com aprovação do projeto, foi disponibilizada a carta de anuência para viabilizar a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), após emissão do parecer de aprovação (Número do Parecer: 2.899.560), foi encaminhado o substanciado da aprovação referente ao projeto para a CGPS, após receber o parecer substanciado a CGPS, emitiu um ofício informando ao Distrito Sanitário (DS) a autorização para realização da pesquisa na rede SMS, que

encaminhou o pesquisador/ equipe de pesquisa ao campo de pesquisa. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para os ACS pois apesar da coleta ter acontecido de forma secundária em prontuários, houve uma entrevista prévia com os ACS's.

A pesquisa obteve como risco o extravio dos dados, porém isto foi evitado uma vez que, apenas, as pesquisadoras e a orientadora tiveram acesso às informações.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS,2014), no ano de 2050 os idosos (indivíduos acima de 60 anos de idade) representarão um quinto da população do planeta, o que pode levar a um número de 2 bilhões de pessoas (ONU BR, 2014). De acordo com dados do Censo Demográfico de 2010, o Brasil em 2025 estará entre os seis primeiros países com a população mais idosa do mundo e o número de idosos será de aproximadamente 30 milhões (IBGE, 2010). Considerando a importância dessa transição demográfica, houve o decreto de uma legislação específica para esse segmento etário, a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994, no qual ressalta a importância do idoso e do seu processo de envelhecimento na sociedade geral, tendo como objetivo assegurar os direitos dos mesmos, assim como promover uma maior independência, inclusão e atuação efetiva na comunidade, afim de possibilitar de maneira mais efetiva a sua dignidade, bem-estar e uma melhor qualidade de vida (PIMENTEL; SCHEICHER, 2009; BORGES, 2005).

Durante a análise de dados deste estudo, foram avaliadas 357 fichas de cadastro de usuários da Unidade de Saúde da Família Menino Joel, sendo 172 (48,17%) idosos, com média de idade de 70,04 anos (dp=8,11). No entanto, em conformidade com os estudos supracitados, observou-se a prevalência de idosos do sexo feminino (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Descrição quanto ao gênero e número de usuários

Variáveis	n= 172	%
<b>Sexo</b>		
<b>Masculino</b>	67	39,0
<b>Feminino</b>	105	61,0

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

No Brasil, pesquisas de Pinheiro et al. (2002) e Medeiros (2015), mostraram que o sexo feminino é predominante na utilização dos serviços de saúde, tanto nos atendimentos

caracterizados como curativos, e principalmente nos preventivos. Segundo Levorato et al. (2014), a partir de um estudo transversal, observou-se que as mulheres buscaram tais serviços 1,9 vezes mais em relação aos homens, o que pode indicar um maior grau de fragilidade e/ou um maior investimento para esse grupo. Em concordância com Pereira et al. (2015), apesar do sexo masculino apresentar uma maior prevalência de hábitos prejudiciais à saúde, percebe-se uma pouca oferta de serviços especializados para homens e uma compreensão limitada dos fatores culturais e simbólicos que refletem na pequena procura por atendimentos na área de saúde por parte desse gênero.

Na Tabela 2, pode-se verificar que, diante o número de fichas coletadas, observou-se uma maior prevalência de idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (59,4%), seguido por Diabetes Mellitus (DM) (24,7%), Obesidade (14,8%), Cardiopatias (6,5%), Câncer (CA) (2,9%), Doenças Respiratórias Crônicas (2,9%), Desnutrição (2,4%) e Depressão (0,6%). Apesar desse quantitativo, sob a visão de Veras (2009), mesmo que o idoso venha apresentar uma ou mais doenças crônicas, isso não o impossibilita de realizar suas atividades de maneira autônoma, portanto ele deve ser considerado um idoso saudável.

Tabela 2 - Descrição referente ao número de pacientes, associado a comorbidades

<b>Variáveis</b>	<b>n=</b>	<b>%</b>
<b>HAS</b>	101	59,4
<b>DM</b>	42	24,7
<b>Obesidade</b>	25	14,8
<b>Desnutrição</b>	4	2,4
<b>Cardiopatia</b>	11	6,5
<b>Câncer</b>	5	2,9
<b>Depressão</b>	1	0,6
<b>Doenças respiratórias</b>	5	2,9

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Durante o século XX, houveram mudanças tanto no perfil epidemiológico, quanto no perfil sociodemográfico da população brasileira, de modo que os indivíduos passaram a apresentar maiores índices de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e deixou de ser predominante jovem (CAVALCANTI et al, 2009). Sabe-se que o envelhecimento é um

processo natural e multifatorial, que promove alterações morfológicas, funcionais e biológicas no ser humano. Diante disso, o declínio da função cognitiva e o aumento no risco de doenças cardiovasculares, neurológicas e sensoriais, associados à perda de massa muscular e ao déficit de equilíbrio são importantes transformações que podem levar a uma restrição ao leito (GIL et al, 2017). Sendo assim, a incidência de DCNT em idosos tende a ser maior, podendo ser um grande preditor de risco.

De acordo com Boing et al. (2010), apesar da prevalência das doenças crônicas fatais ser no público masculino, as mulheres são portadoras de doenças de curta duração, doenças agudas e transitórias, doenças crônicas não fatais e sintomas habituais, o que concretiza os pensamentos dos autores supracitados no que diz respeito a esse gênero como destaque com maiores frequências de uso nos serviços de saúde. Em corroboração com o trabalho de Pereira, Nogueira e Silva (2015) a hipertensão apresentou maior prevalência especialmente no público idoso, seguido de uma elevada preponderância nas taxas de diabetes, osteoporose, ansiedade e demais doenças cardiovasculares. No entanto, apesar das DCNT representarem as principais patologias entre a população idosa, não houveram estudos conclusivos quanto a predominância de gênero de acordo com as comorbidades.

No presente estudo, com relação às comorbidades, associada ao gênero (**Tabela 3**), a HAS e diabetes, ocorreram com maior prevalência no sexo feminino, sendo HAS (63,5%) e (26,0%) para diabetes, no entanto os valores não foram significativamente relevantes para o estudo ( $P= 0,177/ 0,634$ ).

No entanto, no estudo de Cecílio et al. (2015) evidenciou uma maior prevalência de diabetes para as mulheres o que justifica uma maior preocupação delas com a saúde e, conseqüentemente, maior procura por serviços de saúde e assistência. A prevalência de HAS identificada neste estudo foi semelhante a encontrada no estudo de Radovanovic et al. (2014), onde a hipertensão mostrou ser maior entre as pessoas do sexo feminino.

Tabela 3 - Associação de gênero com a comorbidade

Variáveis	Sexo				p-valor
	1		2		
	n	%	n	%	
HAS	66	63,5	35	53,0	0,177
DM	27	26,0	15	22,7	0,634

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

À vista disso, no Brasil há um número significativo de idosos restritos ao domicílio, porém com a escassez de estudos nacionais sobre o tema, foi realizada uma pesquisa de definição sobre o tema entre alguns estudos japoneses. De acordo com Shinkai *et al.* (2006), consideraram idosos restritos ao domicílio aqueles que saem de casa apenas uma vez por semana ou menos que isso, classificando-os em tipo 1 (idosos que não são capazes de sair de casa sem auxílio) e tipo 2 (idosos que saem apenas na vizinhança sem auxílio). Já no estudo de Haraguchi *et al.* (2006), o conceito de idoso restrito ao domicílio está associado à incapacidade de sair de casa independentemente. Já para Imuta *et al.* (1998), idosos restritos ao domicílio são pessoas cuja realização das atividades de vida diária está limitada ao círculo doméstico, o que não significa incapacidade de realizá-las em ambiente comunitário.

Segundo o estudo de Amaral *et al.* (2012), as pessoas idosas são mais acometidas por doenças crônicas como diabetes, hipertensão, obesidade, doenças reumáticas, doenças cardiovasculares, entre outras comuns nessa população, sugerindo que este público com idade mais avançada está mais sujeito ao aparecimento de situações patológicas que os levem à deficiência como limitações funcionais, restrição de movimentos e dificuldades de deambulação.

Como evidenciado na **Tabela 4**, das 172 fichas de idosos selecionados para o estudo a maioria não apresentaram restrição, correspondendo a (86,6%), no entanto (2,9%) apresentaram restrição ao leito e (10,5%) indicaram restrição ao domicílio. Sabe-se que a presença de DCNT pode ser um fator de risco quanto às restrições, porém, no presente estudo não houveram associações significativas entre as comorbidades e o tipo de restrição (**Tabela 5**).

Tabela 4 - Descrição relativa ao tipo de restrição

<b>Variáveis</b>	<b>n=</b>	<b>%</b>
<b>Sem restrição</b>	149	86,6
<b>Restrito ao leito</b>	5	2,9
<b>Restrito ao domicílio</b>	18	10,5

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Tabela 5 - Associação quanto ao tipo de restrição e comorbidade

Variáveis	Tipo de restrição						p-valor
	0		1		2		
	n	%	n	%	n	%	
HAS	88	59,9	4	80,0	9	50,0	0,453
DM	35	23,8	2	40,0	5	27,8	0,637
Obesidade	25	17,1	0	0,0	0	0,0	0,089
Desnutrição	4	2,7	0	0,0	0	0,0	1,000
Cardiopatia	11	7,5	0	0,0	0	0,0	0,724
Câncer	4	2,7	0	0,0	1	5,6	0,521
Doenças respiratórias	4	2,7	0	0,0	1	5,6	0,521
Depressão	0	0,0	0	0,0	1	5,6	0,135

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

De acordo com os dados analisados neste estudo, dos 23 idosos restritos, apenas 12 responderam sobre a causa de restrição, sendo o AVC a principal causa (41,7%), seguido por Alzheimer (25,0%), Amputação (25,0%) e Deficiência mental (8,3%). (**Tabela 6**)

Tabela 6 - Descrição referente as causas de restrição

Variáveis	n= 12	%
<b>AVC</b>	5	41,7
<b>Alzheimer</b>	3	25,0
<b>Amputação</b>	3	25,0
<b>Deficiência mental</b>	1	8,3

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

No ano de 1998, com a expansão da estratégia de saúde da família, criou-se um sistema de informação afim de organizar os dados coletados por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a fim de fornecer um suporte operacional e gerencial, agilizar o processo de tomada de decisões baseadas nas necessidades da população. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) contém dados descritos nas fichas de cadastramento e acompanhamento. É através desse sistema que o perfil sociodemográfico e epidemiológico da



população assistida pode ser definido, com o intuito de direcionar o planejamento das ações de saúde necessárias e específicas para este público (CARRENO et al, 2013).

Segundo Cavalcante et al. (2015), uma das principais fragilidades do SIAB percebidas pela equipe de saúde, foi a omissão de informações por parte dos pacientes durante o preenchimento das fichas. Além disso, outro fato observado é a falta de entendimento quanto às siglas e/ou patologias, o que acaba não sendo notificado durante o cadastramento por desconhecerem a sua importância e finalidade. Tais fragilidades implicam na falta de conhecimento sobre as famílias e seus componentes, dificultando o direcionamento sobre as prioridades daquele grupo.

Durante essa pesquisa, pôde-se perceber a falta de registros importantes quanto às doenças prévias dos indivíduos, assim como dados sobre rehospitalizações e sobre o acesso à Fisioterapia e um possível acompanhamento (**Tabela 7**). Essa falta de dados pode estar atrelada ao despreparo dos ACS, que, muitas vezes, desconhecem as patologias e variáveis, o que implica diretamente na lacuna percebida nas fichas.

Em relação as limitações do presente estudo, aponta-se a lacuna no preenchimento das fichas de cadastro, assim como a colaboração de um número maior de ACS para que consequentemente pudéssemos obter uma amostragem significativa. Apesar disso, acredita-se, por se tratar de dados municipais e oficiais e de preenchimento obrigatório em todas USF, seus resultados permitiram o alcance dos objetivos propostos.

Tabela 7 - Descrição de dados não encontrados na ficha de cadastro

<b>Variáveis</b>	<b>n=</b>	<b>%</b>
<b>Acesso a fisioterapia</b>	167	97,1
<b>Acompanhamento fisioterapêutico</b>	169	98,3
<b>Re hospitalização</b>	159	92,4

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Conhecendo o perfil epidemiológico dessa amostra e sabendo do processo de envelhecimento populacional que vem ocorrendo, cada vez mais faz-se necessário que os profissionais da saúde tenham um conhecimento sobre os fatores de risco que podem levar à diversas intercorrências durante essa fase da vida. Dessa forma. Foi possível captar então, a importância de uma equipe multiprofissional focada na prevenção e na qualidade de vida da

população idosa, com o intuito de promover um envelhecimento saudável. É essencial que, no contexto da atenção primária, as visitas domiciliares sejam realizadas, de forma que a abordagem seja familiar, afim de dividir as responsabilidades e cuidados com todos, buscando soluções próximas à realidade da família. Dentre os profissionais que já se encontram na equipe mínima das Unidades de Saúde da Família, é importante ressaltar que a inserção do Fisioterapeuta na atenção primária pode otimizar esse processo, atrelando a recuperação e a prevenção de incapacidades e/ou doenças, afim de intervir também no coletivo (AVEIRO et al., 2008).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A população idosa no Brasil está em ascensão em decorrência da redução da natalidade, da mortalidade e do aumento da longevidade, diante disso torna-se elevada a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo uma das principais causas de morbi-mortalidade, sendo assim torna-se cada vez mais importante a promoção de saúde e prevenção de doenças para melhora da qualidade de vida desses indivíduos.

Diante o exposto, a inserção do profissional fisioterapeuta na equipe mínima de atenção à saúde, torna-se fundamental pois as atividades desenvolvidas pelo fisioterapeuta contemplam diversos públicos por meio de estratégias diferentes, tanto a nível individual quanto coletivo, outrossim, o fisioterapeuta pode atuar na atenção primária promovendo assistência preventiva e orientações para responsabilização dos usuários bem como na atenção secundária e terciária por meio de tratamento e reabilitação de agravos à saúde. Nesse sentido, recomenda-se o acompanhamento das atividades desenvolvidas e divulgação delas por meio de produções científicas de modo a proporcionar a efetiva inclusão do profissional fisioterapeuta nesse nível de cuidado.

A partir desta pesquisa, foi possível identificar uma prevalência de idosos do sexo feminino na comunidade, que apresentam maiores índices de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), no entanto não foi possível encontrar um número significativo de idosos restritos. Entretanto foram verificadas lacunas no preenchimento do Sistema de Informação a Atenção Básica (SIAB), relacionados a temática abordada como, por exemplo, a necessidade de mais informações quanto acesso a fisioterapia e detalhamento preciso quanto a patologias e comorbidades prévias, assim como a colaboração de um número maior de ACS para que consequentemente fosse possível obter uma amostragem significativa. Portanto, torna-se

fundamental a criação de projetos pedagógicos por meio dos órgãos responsáveis, a fim de incrementar e ampliar os conhecimentos para os profissionais constituintes da equipe de saúde da família para uma coleta de informações mais precisa quanto ao preenchimento do formulário dos indivíduos.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, Fabienne et al. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, Nov. 2012

AVEIRO, Mariana et al. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16 (Supl. 1), p. 1467-1478, 2011.

CARRENO, Ioná et al. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 947-956, 2015.

CAVALCANTI, Christiane et al. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Rev. salud pública**. v. 11, n. 6, p. 865-877, 2009.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra et al. Percepções sobre instrumentos de coleta de um Sistema de Informação. **Journal of Health Informatics**, v. 7, n. 1, 2015

CECILIO, Hellen et al. Comportamentos e comorbidades associados às complicações microvasculares do diabetes. **Acta Paul Enferm.** v. 28, n. 2, p. 113-9, 2015

FUJITA, K, FUJIWARA, Y, CHAVES, PHM, Motohashi Y, Shinkai S. Frequency of going outdoors as a good predictors for incidence disability of physical function as well as disability recovery in community-dwelling older adults in rural Japan. **J Epidemiology**, v. 16, n. 6, p. 261-270, 2006

GIL, André et al. Comparação do controle postural em cinco tarefas de equilíbrio e a relação dos riscos de quedas entre idosos e adultos jovens. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 120-126, Jun. 2017.

HARAGUCHI, Y; OSAKI, Y; KISHIMOTO T; YAKURA, N. Prevalence of the homebound in the elderly population within a community determined by using three measurement scales. **Nippon EiseigakuZasshi**, v. 61, n. 1, p. 44-52, 2006

IMUTA, H; YASUMURA, S; FUJITA, M; Arai H, Fukao A. Homebound elderly in a Japanese community: related factors and change of mobility. **NipponKoshuEiseiZasshi**, v. 45, n. 9, p. 883-892, 1998

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. **Características urbanísticas do entorno dos domicílios**. Rio de Janeiro, 2010. p.1-175.

JÚNIOR, José. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 supl.1, Jun. 2010.

LEVORATO, Cleice Daiana et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1263-1274, 2014.

MEDEIROS, Suzane; MORAIS, Fátima. Organização dos serviços na atenção à saúde da idosa: percepção de usuárias. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 52, p. 109-19, 2015

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Mundo terá 2 bilhões de idosos em 2050; **OMS diz que ‘envelhecer bem deve ser prioridade global’**. Disponível em: [www.nacoesunidas.org](http://www.nacoesunidas.org)

PAIM, Jaimilson et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet, Mai. 2011.

PEREIRA, Déborah et al. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no sertão central do Ceará. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 4, 2015.

PIMENTEL, Renata; SCHEICHER, Marcos. Comparação do risco de queda em idosos sedentários e ativos por meio da escala de equilíbrio de Berg. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 6-10 Mar. 2009.

PINHEIRO, Rejane et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707 2002

Radovanovic, Cremilde et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 22, n. 4, p. 547-53. jul./ago 2014.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54. 2009.

REZENDE, Mônica et al. A equipe multiprofissional da Saúde da Família: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1403-1410, 2009

RODRIGUES, Raquel Miguel. A fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios. **Perspectiva**, 2007-2011 2.8 (2008)

VERAS, Renato Peixoto et al. Promovendo a saúde e prevenindo a dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 10, n. 3, p. 355-370, 2007.

MIRANDA, Gabriella et al. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

VASCONCELOS, Ana Maria; GOMES, Marília. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, dez, 2012.