



ELAINE PEREIRA DAMIAO

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA TEREAINHA
DA ROCHA, EM BREVES, PA**

**BREVES
PA - 2017**



ELAINE PEREIRA DAMIAO

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA TEREAINHA
DA ROCHA, EM BREVES, PA**

Trabalho de Conclusão de Curso de
Especialização em Saúde da Família
apresentado à Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre -
UFCSPA como requisito indispensável
para a conclusão do curso.

Orientador: Warley Simões

**BREVES
PA - 2017**

RESUMO

A ESF Teresinha da Rocha está localizada no bairro Centro da Cidade de Breves, a qual atende uma população de aproximadamente 5 mil pessoas, sendo em sua maioria idosos, com o predomínio de doenças crônico-degenerativas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus. A ESF Teresinha da Rocha atende cerca de 1337 famílias e a equipe multidisciplinar é composta por uma médica, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, dez Agentes Comunitários de Saúde, um auxiliar de limpeza e um segurança. Assim, ao elaborar o TCC pude fazer o Estudo de Caso Clínico sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, pois são doenças crônico degenerativas mais prevalentes na população atendida. Ao analisar os determinantes sociais da região de Breves, PA, pude perceber a necessidade de se trabalhar com a educação em saúde, focando na prevenção e promoção da saúde na comunidade, para estabelecer um vínculo com as pessoas atendidas e orientá-las para tirar suas dúvidas sobre os atendimentos em saúde. Assim, a visita domiciliar é uma categoria da atenção domiciliar à saúde que prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas, que tem grandes resultados quando utilizada na ESF Teresinha da Rocha. Ao término deste Portfólio posso concluir que a equipe é a principal responsável por um atendimento de qualidade, onde cada um faz a sua parte, e acredito que a equipe a que pertencço tem que melhorar também o acolhimento da demanda espontânea, as práticas de acolhimento devem ser reavaliadas e renovadas para melhor atender a população.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde, Hipertensão, Promoção da Saúde, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	6
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	10
4. VISITA DOMICILIAR	13
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
ANEXOS – ANEXO I PROJETO DE INTERVENÇÃO	18

1. INTRODUÇÃO

Hoje atuo na ESF Teresinha da Rocha, localizada no bairro Centro da Cidade de Breves, estado do Pará, que segundo o IBGE (2017), localiza-se à latitude 00° 59' 12" sul e à longitude 49° 56' 24" oeste, com altitude de 40 metros. Sua população estimada em 2015 é de 98 231 habitantes, distribuídos em uma área de 9 562,240 km², sendo, portanto, a maior e principal cidade da Ilha de Marajó. Se trata de uma região de difícil acesso, onde para chegar a Belém de barco a viagem dura 12 horas, partindo dos portos São Domingos, Bom Jesus, Custódio, Tamandaré, Comercial, Mundurucus e Ankel, ou de avião, saindo do aeroporto Júlio César com duração de cerca de 30 a 45 minutos. Por se tratar de uma região extremamente carente, também tem auto índice de doenças dermatológicas, como a hanseníase. A População 70% carente, porém vivem no bairro "melhor" dá cidade, a população que atendo não é ribeirinha, é urbana. A população dessa região tem uma cultura de mulheres que possuem muitos filhos e a sexualidade começa muito cedo, até mesmo dentro da própria casa, sendo considerado "normal" a ocorrência de gravidez na adolescência.

Baseada no extrativismo, destacando-se açaí, palmito, carvão e madeira (esta última em franca decadência pelas novas políticas ambientais adotadas pelo país). Na agricultura, destaca-se arroz, milho, mandioca, laranja, banana e limão. Na pecuária, destaca-se gado, búfalo e suínos. A fonte de renda dessa população consiste na pesca e agricultura, e no comércio de açaí. Na cidade cerca de 20% das ruas são asfaltadas, e a maioria das casas são em "alagados", casas construídas em cima de igarapés, onde eles vão aterrando e construindo ruas, não tem saneamento básico, água não é tratada, inclusive chega a se amarelada a olho nu. Tem coleta de lixo pela prefeitura três vezes na semana. O Bairro central possui as seguintes Escolas de Ensino Fundamental e Médio: Santo Agostinho, Elizete Nunes, Miguel Bitar. Possui uma creche Adventista. O local de lazer das pessoas de de Breves consiste em ir para os Igarapés e ir numa praça próximo a antiga Cosampa, onde as pessoas vão para caminhar

A ESF Teresinha da Rocha atende uma população de aproximadamente 5 mil pessoas, sendo em sua maioria idosos, com o predomínio de doenças crônico-degenerativas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus. A ESF Teresinha da Rocha atende cerca de 1337 famílias e a equipe multidisciplinar é composta por uma

médica, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, dez Agentes Comunitários de Saúde, um auxiliar de limpeza e um segurança. Durante a semana, os dias são bem divididos pela agenda programada onde: segunda é atendimento de demanda espontânea; terça é atendimento em Hiperdia, idosos e pré-natal; na quarta é atendimento no domicílio, através das visitas domiciliares; quinta é planejamento familiar e pré-natal; e sexta o atendimento é voltado para as crianças. Durante todos os dias atendemos casos de emergência se estes ocorrerem.

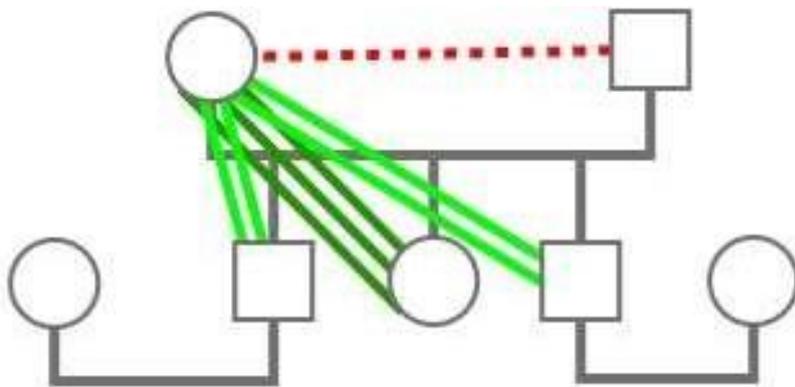
Como há uma demanda na ESF bem alta de idosos hipertensos, o meu Projeto de Intervenção (em anexo) foi elaborado com o objetivo de verificar a importância da adesão de idosos ao tratamento da hipertensão arterial, através da educação em saúde. No contexto de mudança demográfica que acontece no país, com o aumento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), como hipertensão, em consequência da mesma as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte entre os idosos, além de gerar incapacidades, dependências e perda de autonomia (BRASIL, 2007). Trata-se de um estudo descritivo e exploratório das condições de vida desses idosos, a partir dos cuidados na APS, utilizando a metodologia de orientações sobre o manejo das condutas e como lidar com a hipertensão arterial para a população de idosos atendida pela ESF Teresinha da Rocha.

Espera-se com este projeto, que compareçam à Unidade 80% dos idosos convidados, com a intenção focar na adesão ao tratamento anti-hipertensivo e espera-se que destes convidados a participar das ações de educação em saúde, 50% possa compreender as orientações fornecidas e atuar na mudança de comportamento e prevenção da hipertensão arterial e usufruir do envelhecimento saudável.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

A.M.A, 67 anos, orientada em tempo e espaço viúva, possui 03 filhos, sendo dois homens (casados) e uma filha solteira, mora com a filha, com aposentada. Há cerca de 10 anos apresenta diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Medicamentos em uso: Captopril 25mg 8/8hs, Gliben 5mg 1 vez ao dia, e metformina 850mg 1 cp no almoço.

Figura 1 - Genograma



Mora com a filha que é enfermeira, é bem assistida pela UBS, e pelo programa Hipertensão. Recebe apoio do Grupo da Igreja e participa de atividades nessa mesma igreja. Os outros filhos a visitam com frequência e estabelecem vínculos positivos e sempre que necessário acompanham a mãe em consultas com especialistas.

Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa:

Nutrição: A idosa M.M.S, relata que perdeu mais de 5 kg no último ano, pois apresenta dificuldade em controlar a Diabetes, pois afirma que já está “acostumada” com a doença e sabe o que deve comer, mas que tem dias que não dá para seguir a dieta com sucesso.

- Peso atual: 64 kg
- Altura: 1,67 cm
- IMC =21,9 (normal);
- Acuidade Visual: Não tem dificuldade para ver TV/ou problemas visuais.
- Acuidade Auditiva: Responde a pergunta feita;
- Incontinência: Sem dificuldades urinárias;
- Atividade Sexual: Idosa afirma que já não possui mais vida sexual ativa pois é viúva;
- Humor/ depressão: Sente-se feliz com a vida: ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA; resultado 5 (Normal);
- Cognição e memória: não há alterações;
- Função dos MMSS: preservada;
- Função dos MMII: preservada;
- Atividades diárias: não há limitações, pois idosa consegue realizar suas atividades sem auxílio;

- Domicílio: Presença de degraus e tapetes;
- Queda: relata não apresentar queda;

Suporte social: Mora com a filha que é enfermeira, é bem assistida pela UBS, e pelo programa Hiperdia. Recebe apoio do Grupo da Igreja e participa de atividades nessa mesma igreja. Os outros filhos a visitam com frequência e estabelecem vínculos positivos e sempre que necessário acompanham a mãe em consultas com especialistas. O apgar da família deu 07 de resultado, apresentando uma funcionalidade boa.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS

- Dieta inadequada para o controle do DM e da HAS;
- DM descontrolado, sofrendo alterações entre hipo e hiperglicemia;
- Risco de Queda devido inadequação do domicílio.

PLANO DE CUIDADOS - METAS

- Idosa necessita dos seguintes cuidados:
- A nutricionista para adequação necessária a dieta;
- Endocrinologista: para exames e acompanhamento mais específico do DM;
- Exames para avaliação cardíaca, exames laboratoriais de rotina;
- Orientações em visitas domiciliares e em consulta sobre a adequação do ambiente do domicílio, retirar tapetes e colocar pequeno corrimão nos degraus, com a finalidade de evitar quedas.
- Continuidade no acompanhamento da UBS pelos ACSs, enfermeiro e médico.

DIVISÃO DAS RESPONSABILIDADES

- Médico: Atendimento e acompanhamento do caso, solicitando exames e fornecendo encaminhamentos quando necessário, atuando com medidas farmacológicas;
- Enfermeiro: Acompanhamento do caso, orientações e visitas domiciliares;

- Nutricionista: Atendimento e acompanhamento do caso, solicitando exames e fornecendo encaminhamentos quando necessário, atuando com medidas farmacológicas;
- Endocrinologista: Atendimento e acompanhamento do caso, solicitando exames e fornecendo encaminhamentos quando necessário, atuando com medidas farmacológicas;
- Acs: Visitas domiciliares, registro de informações, acolhimento.

AVALIAÇÃO PERIÓDICA

A equipe irá avaliar o caso em discussão em reuniões periódicas, de duas em duas semanas, para avaliar o acompanhamento e os resultados do tratamento com o paciente.

REAVALIAÇÃO - CONDUTA

Solicito: hemograma, lidogramama, Glicemia em jejum, glicose pós prandial, Hemoglobina glicada, ureia/ creatinina, microalbuminuria, eletracardiograma, Raio X de torax AP e L.

- Requisição para cardiologista.
- Planos terapêuticos
- Dieta
- Exercícios físico 3 vezes por semana por 30 min
- Losartana 2 vezes ao dia.
- Hidroclorotiazida 1 vez ao dia.
- Metformina (850mg) 1 vez ao dia
- Propanolol (10mg) 1 vez ao dia

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Ao analisar os determinantes sociais da região de Breves, PA, pude perceber a necessidade de se trabalhar com a educação em saúde, focando na prevenção e promoção da saúde na comunidade, para estabelecer um vínculo com as pessoas atendidas e orientá-las para tirar suas dúvidas sobre os atendimentos em saúde.

Assim como foi dito na introdução desse portfólio, a intenção é apresentar um apanhado geral dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso de saúde da família, voltados para meu atendimento enquanto médica da Unidade Terezinha da Rocha.

A promoção em saúde estabelece a preparação da equipe e da comunidade para lidar com os problemas de saúde existentes e criar estratégias para preveni-los, que geralmente acontece através da educação em saúde. O surgimento da promoção em saúde no Sistema Único de Saúde vem de muitos anos atrás, mas se consolidou com o estabelecimento dos Pactos pela Saúde, em 2006, pelo Ministério da Saúde, com três componentes: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Gestão do SUS e Pacto pela Vida. Prioridades foram estabelecidas para possibilitar a articulação e a integração das diferentes esferas de governo de modo a atender às necessidades de saúde da população e superar as dificuldades existentes no setor.

O Pacto em Defesa do SUS retoma os preceitos da Reforma Sanitária com o objetivo de promover a cidadania como estratégia de mobilização social e a saúde como um direito com garantia do financiamento de acordo com as necessidades da saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). O Pacto para a Gestão do SUS busca aprofundar o processo de descentralização, com ênfase numa descentralização compartilhada, utilizando-se da regionalização como eixo estruturante para orientação das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O Pacto pela Vida é o compromisso que deve ser assumido pelos gestores do SUS diante de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população. O pacto prioriza a Atenção Básica de Saúde e a Saúde da Família, objetivando reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para doenças e para assistência hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). O que Machado et al (2007)

nos apresenta é que a educação em saúde deve estar cada vez mais próxima do sujeito e isso ocorre através de uma educação bancária, onde o sujeito aprende passivamente, trazendo a tona o modelo de educação em saúde atual, o qual consiste em conversa em grupo, envolvendo os sujeitos e a equipe multidisciplinar, sendo os chamados círculos culturais.

Portanto, para se discutir a organização das ações educativas no PSF, deve-se ressaltar que este se constitui na estratégia de reorganização do modelo assistencial, estruturado a partir do fortalecimento da atenção à saúde, da ênfase na integralidade da assistência, do tratamento do indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade, do aumento da capacidade resolutiva da rede básica de atenção, da vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade, e da perspectiva de promover uma ação inter setorial.

NÍVEIS DE PREVENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Leavell e Clark (1976) descrevem a prevenção como uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural da doença, a fim de tornar improvável o progresso posterior, apresentando três níveis de prevenção:

Figura 2



- **Prevenção Primária:** Realizada no período de pré-patogênese, sendo que o conceito de promoção da saúde aparece como um dos níveis da prevenção primária definidos como medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima. Um segundo nível de prevenção primária seria a proteção específica contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente. Este nível de prevenção está ligado a todas as ações que visam diminuir a incidência de uma doença na população, ou seja, desenvolvimento de ações que impeçam a ocorrência de determinada patologia na população. Inclui-se aqui a promoção à saúde e à proteção específica. Alguns dos exemplos são: vacinação, tratamento de água para consumo humano, uso de preservativos, mudanças nos hábitos de vida (incentivo a uma boa alimentação, realização de exercícios físicos).
- **Prevenção Secundária:** A fase da prevenção secundária também se apresenta em dois níveis, o primeiro diagnóstico e tratamento precoce e o segundo, limitação da invalidez. Visa um diagnóstico imediato e um tratamento para evitar a prevalência da doença no indivíduo;
- **Prevenção Terciária:** Por fim, a prevenção terciária diz respeito a ações de reabilitação, caracteriza-se por ações que tem como objetivo a reabilitação do indivíduo e redução de sua incapacidade.

GRUPO DE IDOSOS – EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A ESF Terezinha da Rocha trabalha com o grupo de idosos, onde há idosos diabéticos e hipertensos, que recebem educação em saúde através de conversas, encontros, jogos, danças, lazer, caminhadas, vida saudável. Atividades que são elaboradas pela equipe da Unidade.

Segundo Sousa e Assis (2012), a experiência de grupo de promoção da saúde com idosos tem se expandido no Brasil. O grupo é recomendado como estratégia que permite atuar nas dimensões culturais e sociais a fim de promover a qualidade de vida dessa população. Na atenção básica, destaca-se a necessidade de as equipes atuarem “de forma mais reflexiva e efetiva” na utilização dessa prática, o que implica em tornar mais claros seus pressupostos teórico-metodológicos, bem como avançar na cultura de avaliação das ações educativas.

4. VISITA DOMICILIAR

As práticas desenvolvidas até agora no curso de Especialização de Saúde da Família estiveram ligadas a construção desse portfólio, de modo que na introdução, contei sobre minha trajetória profissional, depois pude abordar um estudo de caso, a promoção da saúde e agora a visita domiciliar.

De acordo com Giacomozzi (2006), a visita domiciliar pode ser definida como:

uma categoria de atenção domiciliar à saúde, de acordo com a Resolução nº 11, de 26 de Janeiro de 2006, da ANVISA e do Ministério da Saúde. No Brasil, tal prática vem apresentando-se como um espaço em expansão, em função de alterações demográficas como: a mudança no perfil epidemiológico da população, evidenciando aumento das doenças crônicas não-transmissíveis; a elevação dos custos dos sistemas de saúde; o desenvolvimento tecnológico, que possibilita aumento na taxa de sobrevivência das pessoas; a exigência de maior privacidade, individualização e humanização da assistência à saúde; a necessidade de integração da equipe profissional com o cliente e a família (GIACOMOZZI, 2006, p. 04).

Em outro trabalho também publicado por Giacomozzi e agora junto a Lacerda (2006), apresentam a ESF como desenvolvedora da abordagem familiar:

O trabalho interprofissional na ESF assume fundamental importância para a abordagem da saúde da família, em especial na assistência domiciliar à saúde, que envolve os profissionais e as pessoas/famílias atendidas. Sendo assim, as práticas da assistência domiciliar pelos profissionais da ESF devem ser consideradas de modo a lhes revelar suas perspectivas, possibilitando uma reflexão acerca de sua prática profissional na ESF (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006, p. 01).

Portanto, a visita domiciliar é uma categoria da atenção domiciliar à saúde que prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas. É um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência e/ou atenção domiciliar à saúde, sendo programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

O Ministério da Saúde (2010) traz em seu manual de visita domiciliar, algumas atribuições do profissional médico da família em relação a visita domiciliar:

- Realizar consulta médica principalmente para aqueles que apresentem incapacidade de se deslocarem até a unidade;
- Avaliar de modo integral a situação da pessoa enferma;
- Esclarecer a família sobre os problemas de saúde e construir plano de cuidados para a pessoa enferma;
- Estabelecer forma de comunicação participativa com a família;
- Levar o caso para discussão na Equipe;
- Emitir prescrição do tratamento medicamentoso;
- Realizar pequenos procedimentos auxiliado pela equipe;
- Registrar os atendimentos realizados;
- Promover e participar de avaliações semanais do plano de acompanhamento de VD;
- Indicar internação hospitalar;
- Verificar e atestar o óbito.

OBJETIVOS DA VISITA

Segundo o Ministério da Saúde (2010), o objetivo da visita domiciliar é promover a saúde e ações preventivas através de:

- Visita à puérpera;
- Busca de recém-nascido;
- Busca ativa de doenças infectocontagiosas ou marcador;
- Abordagem familiar para diagnóstico e tratamento;
- Paciente portador de doença crônica que apresente dependência física;
- Pacientes idosos com dificuldade de locomoção ou morando sozinhos;
- Pacientes com problema de saúde que dificulte sua locomoção até a Unidade.

Roteiro da Visita domiciliar na UBS Vila de São Benedito

- Apuração dos riscos;
- Agendamento da visita;
- Abordagem individual;
- Abordagem familiar;
- Condições sanitárias de habitação;
- Projeto Terapêutico Singular;
- Procedimentos a serem realizados;
- Avaliação da visita;
- Data da próxima visita.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Ao chegar ao fim deste portfólio, posso dizer que foi muito significativo o uso dessa ferramenta como instrumento de aprendizagem durante o curso de saúde da família, pois viabilizou a implementação de mudanças de hábitos na prática com ajuda dos conteúdos aqui abordados. Os módulos do Eixo I, saúde coletiva dividido em 3 unidades de ensino, apresentaram grande contribuição para ampliar meus conhecimentos, referentes as práticas educativas, ética na APS, processos de trabalho, vigilância epidemiológica, sistemas de informação em saúde, registro clínico na APS, entre outras.

Com a estruturação do projeto de intervenção, pude realmente compreender o significado de situação-problema, de estabelecer metas e ações para intervir nesse problema de modo que venha a contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas atendidas pela Unidade de saúde. Foi muito proficiente aprender sobre processos de trabalho e PMAQ, onde acredito que existem algumas dificuldades para a implantação em diversos municípios ainda, tais como a alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de forma regular e consistente, pois pela falta de infraestrutura torna-se uma tarefa a longo prazo. Aprendi que a equipe é a principal responsável por um atendimento de qualidade, onde cada um faz a sua parte, e acredito que a equipe a que pertencço tem que melhorar também o acolhimento da

demanda espontânea, as práticas de acolhimento devem ser reavaliadas e renovadas para melhor atender a população.

Portanto, o trabalho em equipe associado a interação de teoria e prática, com a população colaborativa, tendo em foco a visita domiciliar, a promoção da saúde, estudos de casos complexos e a abordagem familiar, a qualidade de vida muda pra melhor, os hábitos que antes eram difíceis de lidar ou e propor uma mudança agora estão mais dispostos, a comunidade está mais aberta a novas ideias e as orientações de saúde, que visam atender de forma integral e comunicativa, estabelecendo um vínculo cada vez melhor entre equipe, serviços de saúde e população atendida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica nº 19. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde; organizado por José Mauro Ceratti Lopes [Internet]. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2010.. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf Acesso em: 10 de Junho de 2017.
4. GIACOMOZZI CM. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2006.
5. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Breves. 2017. Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=150180>> . Acesso em 10 de Fevereiro de 2017.
6. LACERDA MR, GIACOMOZZI CM. Assistência à saúde domiciliar e seus diferentes conceitos. Relatório técnico. Curitiba (PR): UFPR; 2006.
7. MACHADO, Maria de Fátima Antero de Sousa et al. Integralidade, Formação de Saúde, Educação em Saúde e as Propostas do SUS - uma revisão conceitual. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.
8. SOUSA, M; ASSIS, L. Educação popular em saúde e grupos de idosos: revisão sobre princípios teórico-metodológicos das ações educativas em promoção da saúde. Rev APS. out/dez; 15(4): 443-453, 2012.

ANEXOS – ANEXO I PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

**O IDOSO E OS CUIDADOS NA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UBS TERESINHA
DA ROCHA, NO MUNICÍPIO DE BREVES, PA**

ELAINE PEREIRA DAMIÃO

BREVES 2016

RESUMO

Este trabalho tem como tema a promoção da saúde para idosos que são hipertensos e acompanhados pela Unidade de Saúde da Família Teresinha da Rocha, no Município de Breves, PA. No contexto de mudança demográfica que acontece no país, com o aumento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), como hipertensão, em consequência da mesma as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte entre os idosos, além de gerar incapacidades, dependências e perda de autonomia. Dessa forma, a hipertensão arterial é uma realidade sendo conhecida como doença crônica que afeta a maioria dos idosos no Brasil, no Estado do Pará e no município de Breves, levando a necessidade da elaboração de uma intervenção embasada na promoção da saúde e nos cuidados voltados para estes idosos, bem como seu acompanhamento pela UBS. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório das condições de vida desses idosos, a partir dos cuidados na APS, utilizando a metodologia de orientações sobre o manejo das condutas e como lidar com a hipertensão arterial para a população de idosos atendida pela ESF Teresinha da Rocha. Espera-se com este projeto, que compareçam à Unidade 80% dos idosos convidados, com a intenção focar na adesão ao tratamento anti-hipertensivo e espera-se que destes convidados a participar das ações de educação em saúde, 50% possa compreender as orientações fornecidas e atuar na mudança de comportamento e prevenção da hipertensão arterial e usufruir do envelhecimento saudável.

Descritores: Saúde do idoso. Doenças crônicas-degenerativas. Hipertensão arterial.

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como tema a promoção da saúde para idosos que são hipertensos e acompanhados pela Unidade de Saúde da Família Teresinha da Rocha, no Município de Breves, PA. O envelhecimento populacional está acontecendo de forma acelerada em todas as sociedades, no entanto os países desenvolvidos são os que vêm atualmente passando pelo processo de crescimento de uma maneira mais acentuada. Estimativas futuras apontam que no ano de 2050 existirá aproximadamente 2 bilhões de pessoas na faixa etária acima dos 70 anos em todo o mundo (CARVALHO; COUTINHO, 2002; BRASIL, 2006).

De acordo com informações do Datasus (Departamento de Informática do SUS) (2011), no Brasil, ocorreu uma significativa diminuição dos níveis de mortalidade conjuntamente com os da fecundidade fez com que a participação da população de 60 e mais anos de idade aumentasse substancialmente nas últimas décadas. Segundo Candeloro (2007), o envelhecimento é um conjunto de alterações estruturais e funcionais desfavoráveis do organismo que se acumulam de forma progressiva. Dentre essas alterações, ocorre a diminuição das habilidades motoras que com o passar dos anos torna-se mais lenta. Nesse contexto, os idosos são considerados uma população susceptível a sofrer violência, essa problemática pode ocorrer a depender do contexto cultural, social e econômico existente em uma determinada sociedade (SANCHES; LEBRÃO; DUARTE, 2008).

Segundo dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), no ano de 2010 foram registradas no Estado do Pará, cerca de 1.056.867 (Um milhão, cinquenta e seis mil, oitocentos e sessenta e sete) de internações por motivos de complicação da hipertensão arterial, estando entre essas, cerca de 51.744 relacionadas a acidente vascular cerebral, sendo 22% em idosos acima de 65 anos (DATASUS, 2011).

No contexto de mudança demográfica que acontece no país, com o aumento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), como hipertensão, em consequência da mesma as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte entre os idosos, além de gerar incapacidades, dependências e perda de autonomia (BRASIL, 2007). Dessa forma, a hipertensão arterial é uma realidade sendo conhecida como doença crônica que afeta a maioria dos idosos no Brasil, no Estado do Pará e no município de Breves, levando a necessidade da elaboração de uma intervenção embasada na promoção da saúde e nos cuidados voltados para estes idosos, bem

como seu acompanhamento pela UBS. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório das condições de vida desses idosos, a partir dos cuidados na APS, utilizando a metodologia de orientações sobre o manejo das condutas e como lidar com a hipertensão arterial para a população de idosos atendida pela ESF Teresinha da Rocha.

Espera-se com este projeto, que compareçam à Unidade 80% dos idosos convidados, com a intenção focar na adesão ao tratamento anti-hipertensivo e espera-se que destes convidados a participar das ações de educação em saúde, 50% possa compreender as orientações fornecidas e atuar na mudança de comportamento e prevenção da hipertensão arterial e usufruir do envelhecimento saudável.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Ampliar os índices de adesão ao tratamento da hipertensão arterial por idosos atendidos pela UBS Teresinha da Rocha, através da educação em saúde, no município de Breves, PA.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar as características da hipertensão arterial;
- Conceituar o envelhecimento saudável e as características do idoso;
- Identificar a importância do tratamento na hipertensão;
- Executar educação em saúde sobre a importância da adesão ao tratamento.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Segundo a OMS (2015), para considerar uma pessoa idosa vai depender do desenvolvimento socioeconômico de cada país, onde em países em desenvolvimento, como o Brasil, é considerado idoso aquele que tem 60 anos ou mais e nos países desenvolvidos, é considerado idoso com 65 anos de idade. A população idosa no país vem aumentando de forma acelerada desde a década de 60 e este aumento é considerado significativo por vários estudos demográficos, esses estudos apontam também que os índices de mortalidade na terceira idade vem diminuindo com o passar dos anos (BLAZIN; RODRIGUES, 2009). O aumento da população é decorrente do aumento da expectativa de vida, proporcionada pelas transições demográficas e epidemiológicas que transformaram o perfil de morbimortalidade no Brasil. Dessa forma o grupo denominado terceira idade aumentou a sua proporção em relação ao restante da população (LUZIO et al, 2003; SIQUEIRA, 2007).

Segundo informações do Datasus (2011), esse aumento de pessoas idosas mudou a estrutura da pirâmide etária da população brasileira, onde a base da pirâmide se estreitou e o topo se alargou, apontando uma estrutura etária envelhecida, onde a população de 60 e mais anos, que em 1991 representava 7,3% da população total, passou a representar 10,8%, em 2010. O aumento da longevidade em países em desenvolvimento, como no Brasil, não está acompanhada necessariamente com uma melhor qualidade de vida dos idosos. Em países desenvolvidos o envelhecimento populacional aconteceu de maneira lenta e organizada, diferente em regiões em desenvolvimento, onde o aumento do número de idosos foi rápido sem qualquer preparo para intervir nas novas demandas provenientes dos idosos (VERAS, 2008).

O maior contingente de idosos na sociedade e a diminuição das taxas de fecundidade e natalidade geram mudanças no perfil de adoecimentos da população, buscas frequentes pelos serviços de saúde e utilização de medicamentos pelos idosos, o aumento do número dos beneficiários da previdência social entre outros. Essa situação associa-se a políticas ineficientes e muitas vezes com a carência de profissionais de saúde qualificados para o cuidado da pessoa idosa (FELIX, 2007).

Para Castro (2011), o envelhecimento é um fenômeno fisiológico, progressivo e inerente a todo ser humano. No entanto, ele não será necessariamente patológico. Patológico, podemos dizer que encontraremos na senilidade que é caracterizado pelo

declínio físico associado à desorganização mental que está vinculado a uma precária qualidade de vida. Mas podemos ter um envelhecimento que não prejudique tanto a qualidade de vida, que a senescência, que é um fenômeno fisiológico, identificado pela idade cronológica, pode ser considerado um envelhecimento sadio, onde o declínio físico e mental é mais lento. Para Luzio et al (2003, p.03), o envelhecimento é um processo que se caracteriza pela degradação natural do organismo, registrando-se alterações a vários níveis a saber:

- Músculo-esquelético – diminuição da força muscular, sobretudo nos membros inferiores e, em especial, nas articulações tíbio- társicas e pés, diminuição da “flexibilidade” muscular, aparecimento de artroses e alterações posturais (nomeadamente cifose dorsal que modifica a posição no espaço dos canais semicirculares e órgão otolítico);
- Córdio-respiratório – diminuição da tolerância ao esforço; neurológico – aparecimento de neuropatias periféricas, reflexos mais lentos, estratégias posturais desorganizadas;
- Vestibular – perturbação dos receptores vestibulares, com diminuição do número de células ciliadas e neurónios vestibulares e alterações degenerativas das máculas otolíticas, o que origina diminuição do ganho do reflexo vestibulo-ocular e risco de vppb;
- Visual – diminuição da acuidade visual (particularmente durante o movimento cefálico), da capacidade de acomodação visual, da perseguição ocular de alvos que se desloquem a velocidades uniformes, da nitidez dos contrastes, da incapacidade de adaptação ao escuro e, em certos casos, de alterações da profundidade do campo visual;
- Proprioceptivo – alterações na sensibilidade vibratória, diminuição da sensibilidade da planta do pé, diminuição da capacidade de detectar a mobilização passiva do pé e aumento do tempo de resposta dos músculos efectores;
- Cognitivas, de coordenação motora (que obriga a movimentos mais lentos) e de concentração, que se traduzem na dificuldade em realizar simultaneamente duas ou mais tarefas (por exemplo conversar e caminhar).

O envelhecimento populacional e o aumento de doenças crônico-degenerativas, requer um serviço de saúde mais preparado e adequado para atender as necessidades da terceira idade, exigindo a capacitação dos profissionais da saúde para lidar com esta demanda onde a prevenção é um fator importante para minimizar o problema das quedas (SIQUEIRA, 2007).

Mazo, Lopes, Benedetti (2004) citam os diferentes tipos de envelhecimento os quais são diferenciados logo abaixo:

- Envelhecimento biológico: é um processo contínuo durante toda a vida, com diferenciações de um indivíduo para outro, e até diferenciações no mesmo indivíduo, quando alguns órgãos envelhecem mais rápido que outros;
- Envelhecimento social: ocorre de formas diferenciadas em culturas diversas e está condicionado á capacidade de produção do indivíduo, tendo a aposentadoria como seu referencial marcante;
- Envelhecimento Intelectual: começa quando o indivíduo apresenta falhas na memória, dificuldades de atenção, na orientação e na concentração, enfim, apresenta modificações desfavoráveis em seu sistema cognitivo;
- Envelhecimento funcional: acontece quando o indivíduo começa a depender de outros para o cumprimento de suas necessidades básicas ou de suas tarefas habituais (MAZO; LOPES, BENEDETTI, 2004, p. 14).

Ainda, para Castro (2011), no processo de envelhecimento deve-se considerar o fator genético, pois o indivíduo traz um padrão genético de envelhecimento herdado de nossos pais biológicos. O Sexo, a mulher vive, em média, 8 anos mais que o homem. Fatores externos, agressões do meio ambiente. O indivíduo sofre no decurso da sua vida, infecções, alterações climáticas, traumatismos, estresse, enfim, uma série de fenômenos que o agridem interferindo sobre este padrão genético e acelerando o processo de envelhecimento.

Com o crescimento da população de idosos no mundo todo, houve também o crescimento das doenças crônico degenerativas, como a hipertensão arterial, a qual é conceituada pelo Ministério da Saúde como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90\text{mmHg}$). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas,

com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2013). Assim, a hipertensão é um fator de risco de morte para os idosos e portanto, o objetivo é atingir a população idosa e atentar-se para os cuidados que estas pessoas tem em seu tratamento para com a doença, incentivando a aderirem as formas saudáveis do envelhecimento através da UBS, bem como o tratamento medicamentoso e o comparecimento as consultas médicas.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), a finalidade da Linha de Cuidado da HAS é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com essa doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção, onde:

- Partir da situação problema: “atenção à HAS na Unidade Básica de Saúde”, problematizando a história natural da doença e como se dá a realização do cuidado das pessoas (qual o fluxo assistencial que deve ser garantido para pessoas com PA limítrofe e HAS, no sentido de atender às suas necessidades de saúde?);
- Identificar quais são os pontos de atenção no município/distrito/região/estado e suas respectivas competências, utilizando uma matriz para sistematizar essa informação e dar visibilidade a ela (que ações esses pontos de atenção devem desenvolver incluindo ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas?);
- Identificar as necessidades das Unidades Básicas de Saúde (UBS) quanto ao sistema logístico para o cuidado dos usuários (cartão SUS, prontuário eletrônico, centrais de regulação, sistema de transporte sanitário), pontuando o que já existe e o que necessita ser pactuado com a gestão municipal/distrital/regional/estadual
- Identificar as necessidades das UBS quanto ao sistema de apoio (diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação), pontuando o que já existe e o que necessita ser pactuado com a gestão municipal/distrital/regional/estadual
- Identificar como funciona o sistema de gestão da rede (espaços de pactuação – colegiado de gestão, Programação Pactuada Intergestores – PPI, Comissão Intergestores Regional – CIR, Comissão Intergestores Bipartite – CIB, entre outros);
- Desenhar o itinerário terapêutico dos usuários na rede e relacionar as

necessidades logísticas e de apoio necessárias. Definir, em parceria com outros pontos de atenção e gestão, os fluxos assistenciais que são necessários para atender às suas necessidades de saúde e as diretrizes ou protocolos assistenciais

- Identificar a população estimada de pessoas com HAS e os diferentes estratos de risco e realizar a programação de cuidado de acordo com as necessidades individuais e os parâmetros para essa doença;
- Definir metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação das Linhas de Cuidado (BRASIL, 2013, p. 23).

É possível perceber que a linha de cuidados para a HAS é integral e intersetorial, e quando está voltada para o idoso o acompanhamento pela equipe de forma integral é essencial, permitindo que a equipe avalie seu paciente integralmente, já que comumente a HAS está associada a outros fatores de risco/doenças. É importante lembrar que não há necessidade de organizar o cuidado na Atenção Básica também de forma fragmentada, por doenças, sendo fundamental garantir o acesso e o cuidado longitudinal para a pessoa independente de qual problema ela possui.

Além do acompanhamento médico e medicamentoso, o idoso necessita ser orientado quanto a seu estilo de vida, promovendo sua saúde através de uma alimentação saudável (aquela livre de alimentos gordurosos e a base de sódio) e da prática de atividades físicas. Ainda para Dias, Gurjão e Marucci (2006), se apenas uma forma de exercício tiver que ser escolhida para promover melhoria na capacidade funcional de idosos, o TP parece a melhor opção, se comparada aos exercícios aeróbios. Essa opção se fundamenta na observação de que as principais atividades cotidianas, presentes na vida de idosos, envolvem capacidades que são aprimoradas durante a prática do TP.

A prática da atividade física sistemática exerce um importante papel na melhoria e manutenção do desempenho das atividades da vida diária do indivíduo, especificamente para a pessoa idosa, reduzindo o impacto do déficit funcional natural, causado pelo seu processo de envelhecimento, assim o nível de atividade física é um componente importante na estabilização e na redução da progressão de várias doenças crônicas associadas ao aumento da idade (NASCIMENTO; PINHEIRO, 2013). Para Berlezi et al (2006), uma vez que o sedentarismo é mais prevalente na população idosa e essa população possui perfil de saúde e de comportamento

diferenciado em relação à população adulta em geral, é importante o desenho de programas especiais para esse grupo populacional. A prescrição do exercício deve contemplar intensidade, frequência, duração, modalidade da atividade física e a escolha de cada componente deve levar em consideração a condição física de cada indivíduo e se o idoso tem história de inatividade de longa data.

Ainda para Nascimento e Pinheiro (2013), em vários estudos sobre o idoso e a atividade física, tem sido observada maior longevidade com o aumento da atividade física, redução no risco de doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral e câncer e diminuição de todas as causas de mortalidade, levando a prática da atividade física por meio de programas direcionados à clientela idosa a ser vista como um recurso promissor. Portanto, envelhecimento populacional e o aumento de doenças crônico-degenerativas requer serviços de saúde preparados para atender as necessidades de saúde do idoso, o qual exige profissionais da saúde capacitados para cuidar das especificidades das necessidades os idosos (FELIX, 2007).

4. MÉTODOS

A metodologia consiste num projeto de intervenção realizado através da promoção em saúde, com a educação em saúde, por meio de orientações sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso, ao comparecimento nas consultas e a prática de um estilo de vida saudável, através da alimentação e da prática de atividade física. O cenário da intervenção desse projeto é a ESF Teresinha da Rocha, localizada no bairro Centro da Cidade de Breves, estado do Pará, que segundo o IBGE (2017), localiza-se à latitude 00° 59' 12" sul e à longitude 49° 56' 24" oeste, com altitude de 40 metros. Sua população estimada em 2015 é de 98 231 habitantes, distribuídos em uma área de 9 562,240 km², sendo portanto a maior e principal cidade da Ilha de Marajó.

Se trata de uma região de difícil acesso, onde para chegar a Belém de barco a viagem dura 12 horas, partindo dos portos São Domingos, Bom Jesus, Custódio, Tamandaré, Comercial, Mundurucus e Ankel, ou de avião, saindo do aeroporto Júlio César com duração de cerca de 30 a 45 minutos. Por se tratar de uma região extremamente carente, também tem alto índice de doenças dermatológicas, como a hanseníase. A População 70% carente, porém vivem no bairro "melhor" da cidade,

a população que atendo não é ribeirinha, é urbana. A ESF Teresinha da Rocha atende uma população de aproximadamente 5 mil pessoas, sendo em sua maioria idosos, com o predomínio de doenças crônico- degenerativas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus. A ESF Teresinha da Rocha atende cerca de 1337 famílias e a equipe multidisciplinar é composta por uma médica, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, dez Agentes Comunitários de Saúde, um auxiliar de limpeza e um segurança.

Durante a semana, os dias são bem divididos pela agenda programada onde: segunda é atendimento de demanda espontânea; terça é atendimento em Hiperdia, idosos e pré-natal; na quarta é atendimento no domicílio, através das visitas domiciliares; quinta é planejamento familiar e pré-natal; e sexta o atendimento é voltado para as crianças. Durante todos os dias atendemos casos de emergência se estes ocorrerem. Como há uma demanda na ESF bem alta de idosos hipertensos, o meu Projeto de Intervenção foi elaborado com o objetivo de verificar a importância da adesão de idosos ao tratamento da hipertensão arterial, através da educação em saúde, onde os sujeitos abordados serão homens e mulheres a partir de 60 anos, hipertensos que são acompanhados pela ESF no Hiperdia, os quais serão convidados a participar da educação em saúde. Estes foram convidados pelos agentes comunitários de saúde da ESF, através da visita domiciliar para comparecerem na Unidade.

Este projeto de intervenção foi realizado mediante a ocorrência de alguns momentos, os quais podem ser observados logo abaixo. O primeiro momento a ser realizado é a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde, através de um treinamento sobre a importância da adesão ao tratamento da hipertensão arterial e ao estilo de vida saudável, por idosos atendidos pela Unidade e orientá-los mediante os objetivos do projeto. No segundo momento ocorre a organização dos agentes comunitários de saúde para estarem realizando as visitas domiciliares, com o objetivo de convidar os idosos para participarem do encontro de educação em saúde que acontecerá na Unidade. Serão convidados através de um convite elaborado conforme o tema abordado.

O terceiro momento é o momento onde a equipe de saúde organiza os materiais, faz o levantamento dos recursos necessários para a execução do projeto, consulta as possibilidades financeiras e recorre a Secretaria municipal de Saúde para conseguir os materiais e insumos necessários. No quarto momento acontecerá o

Planejamento da ação educativa sobre a importância da adesão ao tratamento e ao estilo de vida saudável, com base no cronograma elaborado e a organização do tempo empenhado. Iniciar as atividades grupais que serão desenvolvidas por meio de Círculos de Cultura; o quinto momento trata da reunião propriamente dita com os idosos presentes através de um círculo de cultura, havendo a troca de conhecimentos entre profissionais e usuários da ESF.

5. CRONOGRAMA

AÇÕES	Set 2016	Out 2016	Nov 2016	Dez 2016
Elaboração do Projeto de Intervenção	X	X	X	X
Apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde;		X		
Organização dos agentes comunitários para convidar os idosos para a reunião;			X	
Organização da equipe de saúde sobre os materiais e insumos;			X	
Planejamento da ação educativa;			X	
Ação educativa realizada com os idosos hipertensos atendidos pela ESF.				X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

A ESF Teresinha da Rocha possui uma equipe multidisciplinar composta por uma médica, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, dez Agentes Comunitários de Saúde, um auxiliar de limpeza e um segurança.

6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Computadores;
- Folha A4;
- Impressora;
- Cartazes;
- Panfletos;
- Cadernos de Atenção Básica (HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA);
- Prontuários com registro do Hiperdia.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Através da realização deste projeto de intervenção, espera-se capacitar os profissionais da saúde que atendem na ESF para o acolhimento e atendimento dos idosos hipertensos. Espera-se com este projeto, que compareçam à Unidade 80% dos idosos convidados, com a intenção focar na adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a um estilo de vida saudável, de modo a influenciar no envelhecimento saudável.

Espera-se que destes convidados a participar das ações de educação em saúde, 50% possa compreender as orientações fornecidas e atuar na mudança de comportamento e prevenção da hipertensão arterial e usufruir do envelhecimento saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BIAZIN,D.T; RODRIGUES,R.A.P. Perfil dos idosos que sofreram trauma em Londrina Paraná. Rev. Escola de Enfermagem da USP, v.43, nº 3. São Paulo, 2009.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa. Caderno de Atenção Básica nº19, Brasília –DF, 2006
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
4. BRASIL. Secretaria Municipal da Saúde. Caderno de Violência Contra a Pessoa Idosa. 1º Edição. São Paulo 2007.
5. CANDELORO, J.M. Efeito de um programa de hidroterapia na flexibilidade e na força muscular de idosas. Rev. Brasileira de Fisioterapia. v 11. nº 4. São Carlos-SP, 2007.
6. CARVALHO, A.M; COUTINHO, E.S. Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. Rev. Saúde Pública v.36. nº 4. São Paulo, 2002.
7. CASTRO, Aliane Augustinho de. Qualidade de vida e capacidade funcional em idosos adeptos a educação física gerontológica, Revista BIUS, v. 2, n. 1, 2011.
8. DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2011/folder.htm>>. Acesso em 25 de Maio de 2016.
9. DIAS, R.M.R; GURJÃO, A. L; MARUCCI, M. Benefícios do treinamento com pesos para aptidão física de idosos, ACTA FISIATR, v. 13, n. 2, 2006.
10. FELIX, A. O planeta dos idosos. São Paulo, Revista Fator, edição do Banco Fator, 2007.
11. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Breves, Pará. 2017. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=150180>>. Acesso em 15 de Fevereiro de 2017.
12. LUZIO, C.S. Programa de Prevenção de Quedas no Idoso. Qui – Clínica de vertigem e desequilíbrio Lda. Lisboa, Portugal, 2003.

13. MAZO, G. Z.; LOPES, M.; BENEDETTI, T. Atividade Física e o Idoso: Concepção Gerontológica. 2ª Ed. Porto Alegre: Sulinas, 2004.
14. NASCIMENTO, Simone Mattos do; PINHEIRO, Rejane Sobrino. Participação no programa de atividade física de idosos residentes em uma Casa Gerontológica no Rio de Janeiro. Cad. saúde colet., Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, p. 47-52, mar. 2013.
15. OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde estão disponíveis no sitio web da OMS, 2015.
16. SANCHES, A. R.; LEBRAO, M. L; DUARTE, Y. A. O. Violência contra idosos: uma questão nova? Saude soc., São Paulo, v. 17, n. 3, p. 90-100, Set. 2008.
17. SIQUEIRA, F.V. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. Rev. Saúde Pública v.41. nº.5. São Paulo, 2007.
18. VERAS, R., Terceira idade, gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro, 2008.