

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**NATHÁLIA LOHANA CHAVES BARBOSA**

**SAÚDE DO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOVA  
MATRONA, SALINAS - MINAS GERAIS**

**MONTES CLAROS – MINAS GERAIS**

**2017**

**NATHÁLIA LOHANA CHAVES BARBOSA**

**SAÚDE DO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOVA  
MATRONA, SALINAS - MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização Estratégia Saúde da  
Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro,  
para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

**MONTES CLAROS – MINAS GERAIS**

**2017**

**NATHÁLIA LOHANA CHAVES BARBOSA**

**SAÚDE DO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOVA  
MATRONA, SALINAS - MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 27 de setembro de 2017

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pela oportunidade de realizar este trabalho,  
aos meus amigos e familiares pelo apoio e compreensão,  
à equipe da Estratégia Saúde da Família Nova Matrona por  
ter abraçado essa causa e  
à orientadora Maria Dolôres pelos ensinamentos.

## RESUMO

A população brasileira de idosos é o segmento populacional que mais tem aumentado. O envelhecimento populacional é consequência da queda de fecundidade no país, bem como da queda da mortalidade em todas as idades. Esse aumento da população idosa é uma realidade que exige mudanças de paradigmas e estratégias políticas, econômicas e sociais. A Política Nacional do Idoso estabelece direitos sociais, garantia da autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade, como instrumento próprio de cidadania. Este estudo objetivou elaborar um projeto de intervenção visando melhorar a qualidade de vida e o controle das doenças crônicas da população idosa da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família de Nova Matrona no município de Salinas - Minas Gerais. Após a realização do diagnóstico situacional verificou-se que não havia ações voltadas para a saúde do idoso, apesar dessa faixa etária corresponder a um percentual significativo da população. Utilizou-se a revisão narrativa a partir de algumas publicações da Biblioteca Virtual de Saúde. Os resultados obtidos forneceram subsídios para elaborar um plano de ação. Após identificar os “nós críticos” do problema foram definidas ações de intervenção. Considera-se, portanto, que a atenção básica ao idoso por meio de iniciativas de promoção de saúde, de assistência e de reabilitação em saúde tenha o intuito de melhorar, manter ou recuperar a capacidade funcional do idoso, valorizando sua autonomia e sua independência física e mental.

**Palavras chave:** Saúde do idoso. Envelhecimento. Estratégia Saúde da Família. Doença crônica.

## ABSTRACT

The Brazilian population of the elderly is the population segment that has increased the most. Population aging is a consequence of declining fertility in the country, as well as a drop in mortality at all ages. This increase in the elderly population is a reality that demands paradigm changes and political, economic and social strategies. The National Policy of the Elderly establishes social rights, guarantee autonomy, integration and participation of the elderly in society, as a proper instrument of citizenship. This study aimed to elaborate an intervention project to improve the quality of life and the control of the chronic diseases of the elderly population of the area of coverage of the Family Health Team of Nova Matrona in the city of Salinas - Minas Gerais. After the situational diagnosis, it has been verified that there are no actions directed at the health of the elderly, although this age group corresponds to a significant percentage of the population. The narrative revision was used through some publications of the Virtual Health Library. The results obtained provided subsidies to elaborate a plan of action. After identifying the "critical nodes" of the problem, intervention actions were defined. Considers, therefore, that basic care for the elderly through health promotion, health care and rehabilitation initiatives is intended to improve, maintain or restore the functional capacity of the elderly, valuing their autonomy and their physical and mental independence.

**Key words:** Elderly health. Aging. Family Health Strategy. Chronic Disease.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Priorização dos problemas de saúde na ESF Nova Matrona, município de Salinas – MG, 2016.	24
Quadro 2	Operações sobre os “nós críticos” relacionados ao controle inadequado de doenças crônicas na população idosa da comunidade de Nova Matrona, distrito de Salinas - Minas Gerais.	27
Quadro 3	Identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas.	29
Quadro 4	Análise de viabilidade do plano.	30
Quadro 5	Plano operativo relacionado ao projeto de intervenção quanto à saúde do idoso da comunidade de Nova Matrona, distrito de Salinas - Minas Gerais.	32



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>13</b>
<b>3 OBJETIVO .....</b>	<b>14</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>15</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
<b>5.1 A população idosa .....</b>	<b>17</b>
<b>5.2 Doenças crônicas não transmissíveis.....</b>	<b>19</b>
<b>5.3 Atenção básica ao idoso .....</b>	<b>21</b>
<b>6 PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>35</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

### **Município de Salinas**

Salinas é um município do norte do estado de Minas Gerais, região do Alto Rio Pardo. Sua população estimada para 2016 é de 41.494 habitantes conforme as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016a).

Possui uma área territorial em 2015 de 1.862,117 km<sup>2</sup>, sendo que em 2010 sua densidade demográfica era de 20,75 hab/km<sup>2</sup>. Limita-se com os municípios: Rio Pardo de Minas, Taiobeiras, Santa Cruz de Salinas, Comercinho, Rubelita, Fruta de Leite, e Novorizonte (IBGE, 2016b).

O município é conhecido mundialmente pela produção de cachaça. A economia local baseia-se na agropecuária, indústria da cachaça e silvicultura. A cidade é cortada por importantes rodovias que ligam a região central de Minas Gerais e o estado de Goiás e Distrito Federal ao nordeste do país. Nos últimos anos recebeu muitos estudantes devido à ampliação do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais.

### **Comunidade de Nova Matrona**

O município de Salinas é constituído de três distritos: Salinas, Ferreirópolis e Nova Matrona (IBGE, 2016b). Nova Matrona é uma comunidade da zona rural de Salinas, com cerca de 3000 habitantes, localizada aproximadamente a 36 km da sede e cerca de 20 km de Taiobeiras (município mais próximo). É um dos distritos mais antigos do município.

Os principais fomentos da economia do distrito são a agricultura familiar (grande plantio de tomate e pimentão), pecuária, produção de cachaça e cerâmica. Como a região sofre com a seca, há uma migração pendular para o estado de São Paulo, onde muitas famílias matronenses trabalham na lavoura do café. Ainda assim, é grande o número de desempregados e subempregados.

A estrutura de saneamento básico na comunidade é ruim, pois é grande o número de parasitoses no distrito. Além disso, o analfabetismo é elevado, sobretudo nos maiores de 60 anos.

## **Estratégia de Saúde da Família de Nova Matrona**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) de Nova Matrona tem localização central no distrito; foi construída em terreno da prefeitura há cerca de 10 anos, projetada para tal fim. Sua estrutura física é adequada, tem recepção confortável, sala de curativos, dois consultórios para atendimento do médico e do enfermeiro, sala para os agentes comunitários de saúde (ACS), sala de vacinação, sala de saúde bucal, banheiros e cozinha. Funciona das 7h às 17h, de segunda a sexta-feira. Vacinas, curativos, aferição de pressão arterial e dispensação de medicamentos são realizados durante todo o funcionamento da unidade.

A equipe é formada por seis agentes comunitárias de saúde, duas técnicas de enfermagem, um enfermeiro, uma médica do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), um cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma recepcionista. Conta com o apoio da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que é composta por nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta, fonoaudióloga e assistente social que, geralmente, fazem atendimentos na unidade uma vez por mês.

A jornada de trabalho da Equipe Nova Matrona está ocupada quase que exclusivamente com as atividades de demanda espontânea e com o atendimento de alguns programas: saúde bucal, puericultura, pré-natal, visitas domiciliares, realização de curativos e vacinação. A equipe realiza esporadicamente palestras sobre saúde bucal nas escolas, doenças mais frequentes como hipertensão arterial e tem um grupo operativo de gestantes, que tem reuniões mensais.

A equipe de saúde faz reuniões esporadicamente, com pautas diversas, discussão de casos complexos, análise das metas, entre outros. Em uma dessas reuniões foram identificados os problemas de saúde da área de abrangência, destacando-se: controle inadequado de doenças crônicas na população idosa, dislipidemia/doenças cardiovasculares, grande número de consultas por condições agudas, alta prevalência de tabagismo e etilismo, verminose e outros relacionados adiante no projeto de intervenção.

O problema definido pela equipe como prioritário foi o controle inadequado das doenças crônicas na população idosa. Percebeu-se que a população idosa procura a equipe de saúde da família (ESF), em grande parte, devido à descompensação de doenças crônicas, como por exemplo, crise hipertensiva no paciente previamente hipertenso. A falta de cuidado continuado e prevenção de agravos foram pontuadas na reunião como fatores preocupantes quanto à saúde do idoso e passível de atuação pela ESF.

Portanto, este projeto abordará estratégias de controle das doenças crônicas da população idosa.

## 2 JUSTIFICATIVA

A Equipe de Saúde da Família Nova Matrona realizou diagnóstico situacional e levantamento dos principais problemas, sendo identificado o controle inadequado de doenças crônicas na população idosa como problema a ser priorizado na comunidade.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus agravos representam situações que geralmente comprometem a capacidade funcional do idoso. Na medida em que a população envelhece, as DCNT representam a principal causa de incapacidade e de mortalidade da pessoa idosa no mundo (DANTAS *et al.*, 2013).

Entretanto, a saúde do idoso é passível de intervenções, sendo possível a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, evitando consequências negativas do não controle das doenças crônicas e do processo de envelhecimento.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar a qualidade de vida e o controle das doenças crônicas da população idosa da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família de Nova Matrona no município de Salinas - Minas Gerais.

#### 4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do projeto de intervenção foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme o módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Na elaboração do projeto utilizou-se também o módulo de Iniciação à metodologia: textos científicos (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013).

Para subsidiar este trabalho foi realizada uma revisão narrativa da literatura sobre o tema por meio de pesquisa nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os descritores: Saúde do idoso, Envelhecimento, Estratégia Saúde da Família e Doença crônica.

O plano de intervenção foi elaborado a partir da seleção e análise de determinados critérios. Na UBS o problema identificado foi a inexistência de ações voltadas para a saúde do idoso.

Uma vez definidos os problemas e as prioridades, a próxima etapa foi a descrição do problema selecionado. Para a descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros que foram produzidos pela própria equipe através das diferentes fontes de obtenção de dados. Foram selecionados indicadores como o número absoluto da população idosa e o número de consultas dessa faixa etária. A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão.

Com o problema explicado e identificado os “nós críticos” relacionados ao problema, passou-se pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho da operacionalização.

Fez-se a identificação dos recursos necessários para execução das operações, cuja etapa “constitui uma atividade fundamental para análise da viabilidade do plano”. Foram identificados os atores que controlavam esses recursos e sua motivação na

operacionalização, bem como as ações estratégicas para motivá-los e tornar viável a operação. Foram identificados os atores que controlavam esses recursos e sua motivação na operacionalização, bem como as ações estratégicas para motivá-los e tornar viável a operação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.67).

Na última etapa da elaboração do plano operativo, reunimo-nos com as pessoas envolvidas no planejamento, para definir os responsáveis pelo projeto e pelas ações estratégicas e os prazos para a realização de cada ação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).



## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 A população idosa

De acordo com a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº8. 842/1994 e o Estatuto do Idoso, disposto na Lei 10.741/2003, idosos são aquelas pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (sessenta) anos de idade (BRASIL, 1994, 2003). Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) define o idoso considerando o grau de desenvolvimento do país, naqueles em desenvolvimento ou subdesenvolvidos considera-se a partir de 60 anos, nos países desenvolvidos aumenta-se para 65 anos (WHO, 2005).

Nas duas últimas décadas, estudos têm mostrado o crescimento da população de idosos, como sendo um fenômeno mundial. Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005, p.8),

[...] a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223%, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento.

A população brasileira de idosos é o segmento populacional que mais tem aumentado, cerca de 4% ao ano no período de 2012 a 2022, segundo estimativas do IBGE (2016a). O envelhecimento populacional é consequência da queda de fecundidade no país, bem como da queda da mortalidade em todas as idades. Haverá um aumento médio de um milhão de idosos anualmente, para os próximos 10 anos. Esse fenômeno se deve às alterações na fecundidade e mortalidade, e também aos fluxos migratórios. Estados da Região Nordeste apresentam uma concentração maior de idosos em função da emigração de jovens e adultos (OLIVEIRA; JANNUZZI, 2005).

Em seu estudo, Veras (2009, p.549) aponta que “o número de idosos no Brasil passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008 – um aumento de quase 700% em menos de 50 anos”. Segundo Kuchemann (2012, p.165) “em 2011, a população idosa era de 20,5 milhões, o equivalente a 10,8% da

população total. Projeções indicam que, em 2020, a população idosa brasileira será de 30,9 milhões, representando 14% da população total”.

Além do Brasil, outros países latino-americanos, também apresentam esse processo de transição demográfica acelerado, resultando em aumento da população longeva. Em contrapartida, o aumento da expectativa de vida, não lhes garantiu a devida melhoria de sua qualidade de vida; ao contrário do que aconteceu nos países desenvolvidos, cujo processo foi lento e acompanhado da elevação da qualidade de vida (SOUZA *et al.*, 2015; VERAS, 2009; VIEIRA; PEIXOTO; SILVEIRA, 2014).

Lima *et al.* (2014, p.266), citando Stevenson, Gonçalves e Alvarez (1997), enfatizam que dentre outros fatores, o crescimento da população idosa:

[...] influencia o modo de gerir a atenção à saúde, visto que uma sociedade em processo de mudanças tem necessidade de adequação dos valores culturais, das políticas sociais e de saúde, de maneira a atender às necessidades e aos problemas decorrentes do envelhecimento populacional.

Como consequência do envelhecimento populacional, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro com perfil de morbimortalidade, caracterizado por um aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Esse quadro demanda intervenções contínuas e superespecializadas, onerando sobremaneira o sistema de saúde (PIMENTA *et al.*, 2015; PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012; VIEIRA; PEIXOTO; SILVEIRA, 2014).

O envelhecimento populacional é considerado por Pereira *et al.* (2017, p.112) um grande desafio para a Saúde Pública, “principalmente de países em desenvolvimento, nos quais a transição demográfica ocorreu de forma abrupta, sem tempo para uma reorganização social e de serviços adequados para atender a nova demanda”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2015, p.12), as mudanças que envolvem o envelhecimento são complexas, sendo que biologicamente o envelhecimento associa-se “ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares”. Na medida em que os anos passam, “esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair

diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo” levando ao falecimento. Entretanto, “essas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos”.

Além das perdas biológicas, o envelhecimento envolve outras mudanças, principalmente as relacionadas ao papel e à posição social, e à forma de lidar com perdas próximas, como morte de familiares e amigos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

## **5.2 Doenças crônicas não transmissíveis**

Na população, em cada três indivíduos, um é portador de doença crônica e, entre os idosos, oito em cada dez possuem pelo menos uma doença crônica (VERAS, 2009). O aumento da população idosa é uma realidade que exige mudança de paradigmas e estratégias políticas, econômicas e sociais. Todavia, um processo de envelhecimento, sem o olhar para essas mudanças podem levar a um quadro de idosos com incapacidades físicas ou necessidades de cuidados especiais (SOUZA *et al.*, 2016).

“Um importante fator que pode comprometer a capacidade funcional do idoso é a presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus agravos” (DANTAS *et al.*, 2013, p.915).

Segundo Souza *et al.* (2016, p.812), a minimização da presença dessas DCNT, no processo de envelhecimento pode ser influenciada por “fatores imutáveis e mutáveis. Os imutáveis envolvem o sexo, a idade e a herança genética. Os mutáveis relacionam-se ao estilo de vida do indivíduo ou de um grupo”, sendo que práticas relacionadas à “nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamentos sociais e controle do estresse” são instrumentos importantes na qualidade de vida. “Tais práticas são potencializadas por fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais”.

Estudos apontam que as principais DCNT e agravos que afetam o idoso são: doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, diabetes, neoplasias, doença

pulmonar obstrutiva crônica, doenças musculoesqueléticas (como artrite e artrose), demência, cegueira e diminuição da visão, doenças mentais e depressão (DANTAS *et al.*, 2013; LIMA *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2016, SOUZA *et al.*, 2016; PIMENTA *et al.*, 2015; VIEIRA *et al.*, 2014).

Dentre essas DCNT, as de maior incidência são as cardiovasculares, com destaque para a hipertensão arterial, e o diabetes *mellitus*. Essas comorbidades são fatores determinantes para as limitações na capacidade funcional dos idosos (DANTAS *et al.*, 2013; LIMA *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2016; PIMENTA *et al.*, 2015; VIEIRA *et al.*, 2014).

Segundo Pimenta *et al.* (2015, p.2496), a hipertensão arterial “é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônica e é a causa de mortes por acidente vascular cerebral e doença arterial coronariana”. Além dessas DCNT, Silva *et al.* (2016) aponta que entre outras comorbidades, o diabetes *mellitus* é considerado fator de risco para doenças cardiovasculares, o que explica uma prevalência quatro vezes maior de diabetes em idosos com doença cardíaca.

Silva *et al.* (2016, p. 309) citam em seu trabalho que:

A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê que, em 2030, o Brasil tenha uma população de aproximadamente 11,3 milhões de diabéticos, dos quais aproximadamente 33% terão entre 60 e 79 anos. A alta frequência de diabetes *mellitus* na população idosa pode acarretar em complicações para a saúde, como doenças cardiovasculares, retinopatia, nefropatia e neuropatia.

Essas condições “podem resultar em complicações e sequelas comprometedoras à independência e à autonomia dos idosos, sendo dispendiosas para esses indivíduos, suas famílias e sistema de saúde” (SOUZA *et al.*, 2016, p.820).

Vieira *et al.* (2014), em seu estudo, apresentaram uma amostra elevada de idosos usuários da rede básica do SUS; sendo que a prevalência da síndrome metabólica nessa amostra mostrou-se preocupante, devido a associação dessa doença com as DCNT, aumento da morbimortalidade e impacto sobre o sistema de saúde, visto que o SUS é responsável por 70% dos gastos em assistência ao idoso na população brasileira. As autoras apontam ainda que, além disso, cerca de um terço dos gastos

de hospitalização com idosos são destinados ao tratamento de agravos como insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração, e que possivelmente estão relacionadas às complicações inerentes ao diabetes *mellitus*.

Silva *et al.* (2016, p.313) enfatizam “a importância da atenção da equipe de saúde sobre hábitos de vida e alimentares da população idosa, levando em consideração as alterações metabólicas que essa população pode apresentar”. Corroborando com o exposto, Souza *et al.* (2016) em seu estudo, sugerem que o estilo de vida voltado a hábitos saudáveis é um fator contribuinte para a longevidade.

Nesse contexto, Pereira *et al.* (2017, p.117), citando Borim, Barros e Neri (2012) colocam que:

[...] a prática de atividades físicas adequadas, a alimentação saudável, a abstinência do fumo e do álcool bem como o uso de medicamentos sabiamente podem prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo, sendo fatores modificáveis e que podem ser trabalhados pela equipe multiprofissional de saúde visando a promoção do envelhecimento ativo e saudável.

### **5.3 Atenção básica ao idoso**

Apesar da criação da Política Nacional da Saúde do Idoso em 1999 e do Estatuto do Idoso em 2003, apenas em 2006, por meio do Pacto pela Saúde, o SUS passou a considerar a saúde da população idosa como prioridade. Na atenção básica, de acordo com Rodrigues *et al.* (2009, p.605), “o objetivo principal passou a ser a manutenção da capacidade funcional do idoso, garantindo a prioridade no atendimento àquele identificado como frágil”.

No entanto, estudos mais recentes mostram que a garantia dos direitos presentes no Estatuto do Idoso ainda é um horizonte a ser alcançado, pois muitos dos benefícios propostos sequer saíram do papel. Atualmente “a presença de idosos nos serviços de saúde é cada vez mais comum; daí a importância da vigilância em saúde nos

serviços da Atenção Básica, especialmente dos idosos inseridos em famílias vulneráveis” (SOUZA *et al.*, 2015, p.245).

Uma forma de avaliar a saúde da população idosa é por meio da investigação da sua capacidade funcional, um marcador de saúde nessa faixa etária. Entende-se por capacidade funcional a “capacidade de manter as habilidades físicas e mentais para uma vida independente e autônoma”. Esse marcador de saúde “é o mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso, segundo a visão da saúde pública” (PEREIRA, *et al.*, 2017, p.113).

A PNI estabelece direitos sociais, garantia da autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade, como instrumento próprio de cidadania. O Estatuto do Idoso assegura atenção integral à saúde do idoso no artigo décimo quinto:

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003).

Nesse sentido, os investimentos em políticas de promoção e prevenção de saúde, tendem a levar a construção de um cenário com uma população idosa mais saudável. Estas tendências são confirmadas por estudos internacionais mais recentes que apontam também redução nas limitações funcionais entre os idosos (DANTAS *et al.*, 2013; VERAS, 2009).

Diante disso, a Estratégia de Saúde da Família,

[...] teria o potencial de ampliar o acesso aos serviços dos idosos com incapacidades, humanizar o cuidado e fortalecer o vínculo das equipes de saúde com a população. Além disso, poderia também diminuir tanto as complicações clínicas decorrentes da multimorbidade quanto as internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária à saúde (WACHS *et al.*, 2016, p.2).

Em conformidade com o exposto, Veras (2009) coloca que a atenção básica ao idoso deve ultrapassar o binômio diagnóstico e tratamento de doenças por meio de iniciativas de promoção de saúde, de assistência e de reabilitação em saúde cujo intuito seja melhorar, manter ou recuperar a capacidade funcional do indivíduo,

valorizando sua autonomia e sua independência física e mental. Pereira *et al.* (2017) corroboram mostrando que a Atenção Primária, através da avaliação funcional, deve adequar os planos de cuidados dos idosos, com a finalidade de preservar sua autonomia e promover o envelhecimento ativo.

## **6 PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Este projeto de intervenção segue os passos do Planejamento Estratégico Situacional, conforme mencionado anteriormente.

### **Definição dos problemas**

A equipe de saúde faz reuniões esporadicamente, com pautas diversas, discussão de casos complexos, análise das metas, etc. Em uma dessas reuniões a equipe compilou os problemas mais relevantes e passíveis de enfrentamento da comunidade de Nova Matrona. Após a reunião, ouviram-se informantes-chaves da comunidade e foi feita uma atualização da lista de problemas, dispendo-os em ordem de relevância:

- Controle inadequado de doenças crônicas na população idosa
- Dislipidemia/doenças cardiovasculares
- Grande número de consultas por condições agudas
- Alta prevalência de tabagismo e etilismo
- Verminoses
- Inexistência de atividades/locais de lazer
- Falta de contra referência
- Alta rotatividade de profissionais médicos
- Coleta do lixo apenas uma vez por semana

### **Priorização de problemas**

Definidos os problemas, foi realizada a priorização dos mesmos obedecendo aos critérios de importância, de urgência e da capacidade da equipe para enfrentá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O quadro 1, a seguir, apresenta a priorização dos problemas de saúde na Equipe de Saúde da Família Nova Matrona, município de Salinas.



Quadro 1 - Priorização dos problemas de saúde na ESF Nova Matrona, município de Salinas – MG, 2016.

Problema	Nível de importância	Urgência (0 a 10)	Capacidade de enfrentamento da equipe
Controle inadequado de doenças crônicas na população idosa	Alto	10	Parcial
Dislipidemia/doenças cardiovasculares	Alto	10	Parcial
Grande número de consultas por condições aguda	Alto	9	Parcial
Alta prevalência de tabagismo e etilismo	Alto	9	Parcial
Verminose	Médio	8	Parcial
Inexistência de atividades/locais de lazer	Médio	7	Parcial - baixa
Falta de contra referência	Médio	7	Parcial
Alta rotatividade de profissionais médicos	Médio	6	Parcial - baixa
Coleta do lixo apenas uma vez por semana	Médio	6	Parcial - baixa

Fonte: Diagnóstico Situacional. ESF Nova Matrona - Salinas-MG.

O problema escolhido para ser abordado foi o controle inadequado das doenças crônicas na população idosa.

### **Descrição e explicação do problema selecionado**

Sabendo-se que o percentual de idosos do distrito de Nova Matrona, que é de 20,7% é superior ao valor da população brasileira de idosos, cerca 11,5% da população total, pode-se presumir a relevância do problema. E, tendo em vista as peculiaridades da saúde dessa faixa etária e de que a expectativa de vida do brasileiro tem aumentado, viu-se a necessidade de priorizar esse tema por parte da equipe.

Percebeu-se na reunião com a equipe que a população idosa procura a ESF, em grande parte, devido à descompensação de doenças crônicas, como por exemplo, crise hipertensiva no paciente previamente hipertenso. A falta de cuidado continuado e prevenção de agravos foram pontuadas na reunião como fatores preocupantes quanto à saúde do idoso e passível de atuação pela ESF.

Através da conversa com informantes chave constatou-se que a falta de atividades de lazer voltadas para a população idosa e o alto índice de analfabetismo também são fatores que implicam negativamente na saúde e na qualidade de vida do idoso. Foi citada a participação em eventos religiosos como única forma de lazer dos idosos. Muitos informantes alegaram já ter presenciado situações de dificuldade por parte dos idosos quanto à tomada de suas medicações, por não terem o domínio da leitura.

### **Seleção dos “nós críticos”**

O problema “controle inadequado das doenças crônicas na população idosa” possui vários “nós críticos” que podem ser abordados na prática da Atenção Básica. São eles:

- Inexistência de ações voltadas para a promoção da saúde do idoso
- Falta de classificação de risco cardiovascular
- Baixa adesão aos tratamentos
- Dificuldade em tomar a medicação corretamente
- Elevado número de quedas nos domicílios
- Elevado número de pacientes acamados devido a acidente cerebral encefálico e fraturas decorrentes de quedas
- Falta de atividades de lazer para o idoso

### **Desenho das operações**

As operações estão apresentadas no quadro 2, incluindo os “nós críticos”, resultados esperados, produtos e recursos.

Quadro 2 – Operações sobre os “nós críticos” relacionados ao controle inadequado de doenças crônicas na população idosa da comunidade de Nova Matrona, distrito de Salinas - Minas Gerais.

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos
Inexistência de ações voltadas para a promoção da saúde do idoso	<b>Linha de cuidado</b> – criar grupo operativo de hipertensos e diabéticos adaptado à população idosa, criar um espaço na agenda voltado para o cuidado continuado.	<p>Maior controle das doenças crônicas e do autocuidado, diminuição das complicações e das internações.</p> <p>População melhor informada sobre os riscos cardiovasculares.</p> <p>Diminuir o sedentarismo e a obesidade.</p> <p>Melhorar a alimentação e a qualidade de vida.</p>	<p>Reduzir doenças cerebrovasculares, complicações do mau controle do diabetes e da hipertensão arterial.</p> <p>Aumentar o autocuidado.</p> <p>Avaliar o nível de informação</p>	<p>Cognitivo: capacitação da equipe.</p> <p>Organizacional: convite à população, agendar local.</p> <p>Financeiro: recursos para realizar lanche saudável e confeccionar material educativo.</p>
Falta de classificação de risco cardiovascular	<b>Classificação e organização para cuidar melhor</b> – fazer a classificação de risco cardiovascular da população idosa e organizar a agenda conforme o risco cardiovascular	<p>Maior e melhor controle das doenças crônicas</p> <p>Melhor planejamento do cuidado continuado</p>	<p>Reduzir doenças cerebrovasculares, complicações do mau controle do diabetes e da hipertensão arterial.</p> <p>Reduzir número de consultas por “agudização” de doenças crônicas</p> <p>Organizar as consultas de cuidado continuado</p>	<p>Cognitivo: capacitação da enfermeira e da médica para realizar a classificação.</p> <p>Organizacional: definição de um período da agenda para realizar a classificação de risco.</p> <p>Financeiro: confecção de folha de rosto para prontuários.</p>

Quadro 2 – continuação.

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos
Baixa adesão aos tratamentos	<b>Entendendo a prescrição</b> – treinamento da equipe a respeito das orientações a serem dadas durante a dispensação de medicamentos.	a Melhor adesão aos tratamentos e maior controle das comorbidades. Evitar intoxicações medicamentosas.	Avaliação do nível de informação da população. Aumentar o autocuidado.	Cognitivo: capacitação da equipe e familiares dos idosos. Financeiro: disponibilização dos medicamentos na farmácia da Unidade.
Número elevado de pacientes que tomam a medicação de forma errada	<b>Separando a medicação:</b> oficina de arte para confecção de recipientes para colocar a medicação de modo a facilitar o entendimento dos pacientes analfabetos	a Promover a adesão correta à terapêutica proposta. Maior controle das doenças crônicas.	Avaliação do nível de informação. Reduzir o número de pacientes que tomam a medicação de forma errada.	Cognitivo: capacitação da equipe. Organizacional: convite à população, organizar material, agendar local. Financeiros: insumos para oficina de arte.
Elevado número de queda em domicílios	<b>Casa segura</b> – palestra e teatro a respeito dos riscos no domicílio e cuidados para evitar quedas	– Mostrar para os idosos quais são as situações de risco de quedas e como preveni-las	Reduzir o número de quedas e acidentes domésticos. Avaliação do nível de informação a respeito da segurança no domicílio.	Cognitivo: capacitação da equipe Organizacional: convite à população, agendar local, criar apresentação audiovisual. Político: articulação com o NASF e obtenção de insumos.
Falta de atividades de lazer para o idoso	<b>Melhor idade</b> – alongamentos mais forró da melhor idade	– Promover oficinas de artes e música dentro do grupo operativo. Aumentar a prática de atividade física	Criação do grupo da “Melhor Idade” e de grupos de caminhada.	Organizacional: convite ao educador físico, preparação dos recursos audiovisuais e agendamento do local. Político: articulação com os vereadores para criação de um grupo “Melhor idade”. Financeiro: aquisição de insumos para a realização do grupo.

### Identificação dos recursos críticos

Campos, Faria e Santos (2010, p.67) definem recursos críticos como aqueles que são indispensáveis na execução de uma operação e que “não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los”.

Quadro 3 - Identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas

<b>Operação/ projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
<b>Linha de cuidado</b>	Cognitivo: capacitação da equipe. Organizacional: convite à população, agendar local. Financeiro: recursos para realizar lanche saudável e confeccionar material educativo.
<b>Classificação e organização para cuidar melhor</b>	Cognitivo: capacitação da enfermeira e da médica para realizar a classificação. Organizacional: definição de um período da agenda para realizar a classificação de risco. Financeiro: confecção de folha de rosto para prontuários.
<b>Entendendo a prescrição</b>	Cognitivo: capacitação da equipe e familiares dos idosos. Financeiro: disponibilização dos medicamentos na farmácia da Unidade.
<b>Separando a medicação oficina de arte</b>	Cognitivo: capacitação da equipe. Organizacional: convite à população, organizar material, agendar local. Financeiros: insumos para oficina de arte.
<b>Casa segura</b>	Cognitivo: capacitação da equipe Organizacional: convite à população, agendar local, criar apresentação audiovisual. Político: articulação com o NASF e obtenção de insumos.
<b>Grupo Melhor Idade</b>	Organizacional: convite ao educador físico, preparação dos recursos audiovisuais e agendamento do local. Político: articulação com os vereadores para criação de um grupo “Melhor idade”. Financeiro: aquisição de insumos para a realização do grupo.

## Análise de viabilidade do plano

Quadro 4 - Análise de viabilidade do plano

Operação	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ações estratégicas
Linha de cuidado	Cognitivo: capacitação da equipe. Organizacional: convite à população, agendar local. Financeiro: recursos para realizar lanche saudável e confeccionar material educativo.	Secretário municipal de saúde, líderes comunitários, sociedade civil.	Favorável	Apresentar projeto Apoio das associações
Classificação e organização para cuidar melhor	Cognitivo: capacitação da enfermeira e da médica para realizar a classificação. Organizacional: definição de um período da agenda para realizar a classificação de risco. Financeiro: confecção de folha de rosto para prontuários.	Secretário municipal de saúde, coordenador da Atenção Básica do município.	Favorável	Apresentar projeto
Entendendo a prescrição	Cognitivo: capacitação da equipe e familiares dos idosos. Financeiro: disponibilização dos medicamentos na farmácia.	Secretário municipal de saúde, coordenador da Farmácia Básica do município.	Favorável	Apresentar projeto
Separando a medicação – oficina de arte	Cognitivo: capacitação da equipe. Organizacional: convite à população, organizar material, agendar local. Financeiros: insumos para oficina de arte.	Coordenador da Farmácia Básica do município, Secretaria de Educação	Favorável	Apresentar projeto Apoio das associações
Casa segura	Cognitivo: capacitação da equipe Organizacional: convite à população, agendar local, criar apresentação audiovisual. Político: articulação com o NASF e obtenção de insumos.	Coordenador da atenção básica do município, coordenador do NASF, assistente social.	Favorável	Apresentar projeto
Grupo Melhor Idade	Organizacional: convite ao educador físico, preparação dos recursos audiovisuais e agendamento do local. Político: articulação com os vereadores para criação de um grupo “Melhor idade”. Financeiro: aquisição de insumos para a realização do grupo.	Secretário municipal de saúde, líderes comunitários, sociedade civil, representantes políticos (vereadores), Coordenador do NASF.	Favorável	Apresentar projeto Apoio das associações

Portanto, os recursos para a execução das operações propostas no plano são viáveis, conforme o quadro 4.

### **Elaboração do plano operativo**

O plano operativo para a execução das atividades propostas foi elaborado, estabelecendo os responsáveis por cada atividade e os prazos a serem cumpridos. Desse modo, a gestão do plano ficará mais clara e o gestor terá mais autonomia para cobrar os responsáveis se ocorrerem eventuais atrasos ou a atividade não for realizada.

O quadro 5, a seguir, registra o plano operativo relacionado ao projeto de intervenção quanto a saúde do idoso da comunidade de Nova Matrona, distrito de Salinas - Minas Gerais.

Quadro 5 - Plano operativo relacionado ao projeto de intervenção quanto a saúde do idoso da comunidade de Nova Matrona, distrito de Salinas - Minas Gerais

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
Linha de cuidado	<p>Maior controle das doenças crônicas e do autocuidado, diminuição das complicações e das internações.</p> <p>População melhor informada sobre os riscos e para cardiovasculares.</p> <p>Diminuir o sedentarismo e a obesidade.</p> <p>Melhorar a alimentação e a qualidade de vida.</p>	Grupo operativo voltado para a saúde do idoso e para hipertensos e diabéticos.	Todos da equipe	<p>Elaboração do cronograma: janeiro/2017.</p> <p>Elaboração das atividades: janeiro/2017.</p> <p>Início do grupo operativo: fevereiro/2017.</p>
Classificação e organização para cuidar melhor	<p>Maior e melhor controle das doenças crônicas</p> <p>Melhor planejamento do cuidado continuado</p>	Fazer classificação de risco cardiovascular e folha rosto para os prontuários.	Médica e enfermeira	<p>Fazer classificação de risco: janeiro e fevereiro/2017.</p> <p>Confeccionar folha de rosto: março/2017.</p> <p>Organizar agenda de cuidado continuado: março/2017.</p>
Entendendo a prescrição	<p>Melhor adesão aos tratamentos e maior controle das comorbidades.</p> <p>Evitar intoxicações medicamentosas.</p>	Treinamento da equipe	Técnica da farmácia e médica.	Treinamento: janeiro/2017
Separando a medicação	<p>Promover a adesão correta à terapêutica proposta.</p> <p>Maior controle das doenças crônicas.</p>	Oficina de arte	ACS, técnico de enfermagem.	<p>Elaborar a oficina: até dezembro/2016.</p> <p>Realizar oficina: fevereiro/2017.</p>
Casa segura	<p>Mostrar para os idosos quais são as situações de risco de quedas e como preveni-las.</p> <p>Diminuir acidentes no domicílio.</p>	Palestra e teatro	ACS, médica e enfermeira.	<p>Elaborar a peça de teatro: até início de fevereiro/2017.</p> <p>Ensaios: até final de fevereiro/2017.</p> <p>Palestra e teatro: março/2017.</p>
Cuidado universal	Orientar cuidadores com relação às peculiaridades no cuidado do paciente acamado	Palestra e cartilha	Enfermeira, cirurgião dentista e médica.	<p>Elaborar e confeccionar a cartilha: janeiro/2017.</p> <p>Palestra: fevereiro/2017.</p>
Melhor idade	Promover oficinas de artes e música dentro do grupo operativo. Aumentar a prática de atividade física.	Grupo "Melhor Idade"	Técnica em saúde bucal, recepcionista e técnica de enfermagem.	<p>Planejamento das atividades: até fevereiro/2017.</p> <p>Início do grupo: março/2017</p>



**Gestão do plano**

O monitoramento do projeto de intervenção será realizado pelo enfermeiro da ESF, que é o coordenador da equipe e tem mais autonomia para realizar as cobranças necessárias para o bom andamento do projeto. Com o objetivo de organizar melhor o acompanhamento do projeto, ficou estabelecido que haverá reuniões quinzenais cuja pauta será exclusivamente o andamento do projeto de intervenção.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O envelhecimento populacional afeta diretamente a atenção primária à saúde, pois esta representa a principal porta de entrada do sistema de saúde pública e consiste no nível de atenção em que são realizadas atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos. Diante dessa nova realidade é necessário que a APS se adapte às mudanças no perfil demográfico da população brasileira, construindo iniciativas que visem à manutenção e à recuperação da capacidade do indivíduo, bem como o fomento ao envelhecimento ativo. Para isso faz-se necessária a redução das DNCT e a implantação de planos de cuidados individualizados.

Por meio do diagnóstico situacional é possível identificar as regiões onde a população idosa é mais expressiva e dependente do sistema público de saúde, de modo que implantação de atividades focadas nas especificidades dessa faixa etária seja prioridade dentre as políticas de saúde nessas regiões.

Como o fenômeno de envelhecimento demográfico tem atingido todas as populações do mundo, algumas em uma velocidade maior que outras, é de grande importância o compartilhamento de experiências quanto à saúde do idoso. Torna-se necessária a capacitação da equipe de saúde que lida com essa nova realidade para que o processo de adaptação seja rápido e as mudanças implementadas sejam eficazes, possibilitando o quanto antes a autonomia, a independência física e mental, a qualidade de vida e a preservação da capacidade funcional de um maior número de idosos.

## REFERÊNCIAS

BORIM, F.S.A.; BARROS, M.B.; NERI, A.L.. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.4, p.769-780, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 Aug. 2017.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm)> Acesso em: 10 mar. 2017.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. 2003. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3)>. Acesso em: 30 out. 2016

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 30 out. 2016

DANTAS, C. M. H. L.; BELLO, F.A.; BARRETO, K.L.; LIMA, L.S.. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.66, n.6, p.914-920, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/16.pdf>> Acesso em: 10 mar. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. 2016a. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>> Acesso em: 30 out. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Minas Gerais**. 2016b. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=315700&search=minas-gerais|salinas> > Acesso em: 20 mar. 2017.

KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, Brasília, v.27, n.1, p.165-180, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/se/v27n1/09.pdf>> Acesso em: 10 mar.2017.

LIMA, T. J. V. *et al.* Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.23, n.1, p.265-276, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00265.pdf>> Acesso em: 30 mai. 2017.

OLIVEIRA, K. F.; JANNUZZI, P. M.. Motivos para migração no Brasil e retorno ao nordeste: padrões etários, por sexo e origem/destino. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.19, n.4, p.134-143, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/spp/v19n4/v19n4a09.pdf>> Acesso em: 10 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde 2015**. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2017.

PEREIRA, L. C. *et al.* Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.7, n.1, p.112-118, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0112.pdf>> Acesso em: 30 mai. 2017.

PIMENTA, F. B. *et al.* Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.20, n.8, p.2489-2498, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2489.pdf>> Acesso em: 30 mai. 2017.

PINHEIRO, G. M. L.; ALVAREZ, A. M.; PIRES, D. E. P. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.8, p.2105-2115, 2012. Disponível em: < v.17, n. 8, p. 2105-2115, 2012> Acesso em: 30 mai. 2017.

RODRIGUES, M. A. P, *et al.* Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.4 , p. 604-612, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/7272.pdf>> Acesso em: 30 mai. 2017.

SILVA, A. B. *et al.* Prevalência de diabetes *mellitus* e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24 n.3, p. 308-316, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n3/1414-462X-cadsc-24-3-308.pdf> Acesso em: 30 mai. 2017.

SOUZA, M. A. H. *et al.* Perfil do estilo de vida de longevos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.819-826, 2016. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n5/pt\\_1809-9823-rbgg-19-05-00819.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n5/pt_1809-9823-rbgg-19-05-00819.pdf)> Acesso em: 30 mai. 2017.

SOUZA, R. A. *et al.* Vulnerabilidade de famílias de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.68, n.2, p. 244-252, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0244.pdf>> Acesso em: 30 mai. 2017.

STEVENSON, J. S.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. O cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 33-55, 1997. *Apud* LIMA, T. J. V. et al. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.23, n.1, p.265-276, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00265.pdf>> Acesso em: 30 mai. 2017.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.3, p.548-554,2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>> Acesso em: 30 mai. 2017.

VIEIRA, E. C; PEIXOTO, M. R. G.; SILVEIRA, E. A. Prevalência e fatores associados à Síndrome Metabólica em idosos usuários do Sistema Único de Saúde, **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.17, n.4, p.805-817, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n4/pt\\_1415-790X-rbepid-17-04-00805.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n4/pt_1415-790X-rbepid-17-04-00805.pdf)> Acesso em: 30 mai. 2017.

WACHS, L. S. *et al.* Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.3, e00048515, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n3/0102-311X-csp-32-03-e00048515.pdf>> Acesso em: 30 mai. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Trad. de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)> Acesso em: 10 mar. 2017.