

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

PERFIL DOS IDOSOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
NO MUNICÍPIO DE DIAMANTINA: UMA VISÃO GERONTOLÓGICA

FABIANA FERREIRA

DIAMANTINA/ MINAS GERAIS

2011

FABIANA FERREIRA

PERFIL DOS IDOSOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
NO MUNICÍPIO DE DIAMANTINA: UMA VISÃO GERONTOLÓGICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Atenção Básica  
em Saúde da Família, Universidade Federal de  
Minas Gerais, para obtenção do Certificado de  
Especialista.

Orientadora: Professora Salete Maria de Fátima Silqueira

DIAMANTINA/ MINAS GERAIS  
2011

FABIANA FERREIRA

PERFIL DOS IDOSOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
NO MUNICÍPIO DE DIAMANTINA: UMA VISÃO GERONTOLÓGICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Atenção Básica  
em Saúde da Família, Universidade Federal de  
Minas Gerais, para obtenção do Certificado de  
Especialista.

Orientadora: Professora Salete Maria de Fátima Silqueira

Banca Examinadora

Professora Salete Maria de Fátima Silqueira  
Professor Humberto Ferreira de Oliveira Quites

Aprovada em Belo Horizonte, 24/03/2012.

## **AGRADECIMENTO**

Dedico este trabalho aos exemplos da minha vida: MINHA FAMÍLIA!

Em especial ao meu pai, sempre presente!

Agradeço a Deus por colocar em meu caminho oportunidades ideais nos momentos certos;

A minha família, por estar sempre presente;

A ESF Diamante Vida, por se fazer parte da minha vida profissional;

A tutora Silmeiry, pelo seu compromisso e amizade;

Às amigas Patrícia, Andreza, Jumara e Lília, pelos ótimos momentos de cumplicidade e por tornarem as viagens sempre descontraídas.

Obrigada!

## RESUMO

O envelhecimento é um processo natural e dinâmico inerente a todos os seres, e está associado à múltiplas alterações orgânicas, como as neurológicas, estruturais, funcionais e químicas. E este processo é marcado por transformações na estrutura populacional mundial, inclusive no Brasil. A estimativa é que o país seja o sexto país do mundo com uma população idosa acima dos sessenta anos de idade.

O presente estudo visa conhecer e descrever o perfil epidemiológico dos idosos cadastrados na ESF Diamante Vida, no bairro Vila Operária, no município de Diamantina, e aborda questões como a ocorrência das síndromes geriátricas, doenças crônico degenerativas, situações de risco e aspectos sociais e funcionais. Foi utilizado um formulário elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e Coordenadoria de Atenção ao Idoso preenchido pelos Agentes Comunitários de Saúde em visitas domiciliares. Trata-se de uma coleta de dados secundários, em que a escolha dos indivíduos foi realizada de maneira aleatória por sorteio, além da busca de referencial teórico em bancos de dados. Os resultados mostraram dentre outras considerações, que a maioria dos idosos cadastrados na ESF Diamante Vida, possui mais de sessenta anos de idade, grande número apresenta Hipertensão Arterial e que as Síndromes Geriátricas acometem um número reduzido de idosos, assim como o Diabetes. Diante dessa realidade, para o atendimento do idoso no âmbito da saúde, as ações de políticas públicas deverão se adequar a este novo cenário, para que possam oferecer condições necessárias à prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde.

**Descritores:** Envelhecimento. Programa Saúde da Família. Saúde do idoso.

## ABSTRACT

Aging is a natural and dynamic process inherent in all beings, and is associated with multiple organic changes, such as neurological, structural, functional and chemical. And this process is marked by changes in population structure worldwide, including Brazil. It is estimated that the country is the sixth country in the world with an elderly population over sixty years of age.

This study aims to understand and describe the epidemiological profile of elderly enrolled in the ESF Diamante Vida, in Vila Operária in the city of Diamantina, and addresses issues such as the occurrence of geriatric syndromes, chronic degenerative diseases, risk situations and social aspects and functional . We used a form prescribed by the State Department of Health of Minas Gerais and Elderly Care Coordination completed by Community Health Workers on home visits. It is a collection of secondary data, where the choice of individuals was conducted randomly by lot, and the pursuit of theoretical in databases. The results showed among other considerations, which most seniors enrolled in the ESF Diamante Vida, has more than sixty years of age, has numerous Hypertension and geriatric syndromes that affect a small number of elderly, and diabetes. Given this reality, for the care of the elderly within the health, public policy actions should fit into this new scenario, so they can provide necessary conditions for the prevention, promotion, treatment and rehabilitation.

**Keywords:** Aging. Family Health Program. Health Elderly

## SUMÁRIO

1) INTRODUÇÃO	01
2) JUSTIFICATIVA	04
3) OBJETIVOS	06
4) METODOLOGIA	07
5) REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	09
5.1) Envelhecimento populacional: demografia e epidemiologia	09
5.2) Atenção à Saúde do Idoso	10
5.3) Principais Síndromes Geriátricas	12
5.4) Instabilidade Postural	13
5.5) Imobilidade	14
5.6) Iatrogenia	14
5.7) Incapacidade Cognitiva	14
5.8) Incontinência urinária e/ou fecal	15
6) APRESENTAÇÃO DOS DADOS	16
7) RESULTADOS	17
8) DISCUSSÃO	27
9) CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXO 1	



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AVE – Acidente Vascular Encefálico

AVD's – Atividades de Vida Diária

DA – Doença de Alzheimer

DM – Diabetes Mellitus

DP – Doença de Parkinson

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ESF – Estratégia Saúde da Família

HA – Hipertensão Arterial

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

OST – Osteoporose

SciELO – Scientific Electronic Library On line

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

## 1) INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo dinâmico e inerente a todo e qualquer ser e, prolongar a vida é um desejo da sociedade, uma vez que se tenta incorporar qualidade de vida à experiência cronológica (VERAS, 2009). E este processo é complexo e envolve alterações neurológicas, estruturais, funcionais e químicas, conferindo a cada um que envelhece características específicas (BUENO *et al*, 2009). Quando compreendido como um processo natural, de redução progressiva da reserva funcional, é dito como senescência, o que, em condições normais, não provoca doenças. No entanto, quando acarreta sobrecarga e compromete a capacidade funcional, diz-se senilidade. Vale destacar que algumas alterações advindas da senescência podem ser minimizadas quando se adota um estilo de vida mais ativo (BRASIL, 2007).

A maior vulnerabilidade e maior incidência de doenças e agravos podem ocasionar diminuição da capacidade funcional, entendida como sendo a manifestação da autonomia e independência para realizar atividades da vida diária e atividades instrumentais da vida diária, sendo que na Geriatria, bem estar e funcionalidade são conceitos equivalentes (MORAES, 2008; BRÊTAS *et al*, 2007).

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e atinge proporções consideráveis em números absolutos. No Brasil não poderia ser diferente, embora a “velhice” da população tenha ocorrido mais tardiamente se comparada aos países desenvolvidos. Esse fato é resultado de conquistas sociais e políticas que, juntamente com o advento de tecnologias, contribuem para tornar o processo de envelhecimento um dos acontecimentos mais marcantes deste século.

Define-se então que o envelhecimento é heterogêneo, específico, indiscriminado, depende de outros fatores, que não sejam exclusivamente os fisiológicos e/ou patológicos e que se acumulam lenta e progressivamente com a idade, o que transcende a ideia de que seja

necessário um cuidado diferenciado para esse perfil populacional que aumenta cada dia mais.

A transição demográfica caracteriza-se por ser um conjunto de modificações no tamanho e estrutura etária da população (CHAIMOWICZ *et al*, 2009) e que no Brasil, deu início do século passado, em que as altas taxas de fecundidade (o número médio de filhos por mulher) e altas taxas de mortalidade, sendo estas mais evidentes em crianças devido às doenças transmissíveis, fizeram com que o número da população adulta se elevasse consideravelmente, o que como consequência, ampliaria o número de idosos.

Já no início do século XX, com a queda da taxa de fecundidade, a distribuição etária da população se modificou, fazendo com que os idosos se tornasse um grupo expressivo e aumentasse o ápice da pirâmide demográfica, em detrimento do número reduzido de crianças na base da estrutura geométrica.

Dessa maneira, o Brasil está se tornando um país cada vez mais velho e, estimativas revelam que em 2025 seremos a sexta nação com maior número de pessoas idosas (BANDEIRA *et al*, 2007).

Diante desse cenário de abrupto crescimento dos longevos, torna-se desafiador implementar políticas de atenção à saúde do idoso com o intuito de permitir o envelhecimento ativo e com qualidade. Segundo Costa e Ciosak (2010), as Equipes de Saúde da Família facilitam a formação de redes de suporte e são as primeiras e mais importantes a colocarem em prática os preceitos estabelecidos pelos programas de saúde do idoso e que representam para o mesmo o vínculo com o sistema de saúde, comunidade e profissionais como um todo. Estes últimos devem ter claro que manter o idoso na rotina familiar e social é fundamental para que se obtenha o equilíbrio mental e físico dos mesmos (SILVESTRE; NETO, 2003).

Para que o alcance aos serviços de saúde pudesse ser acessível, foi criada em 1999 a Política Nacional de Saúde do Idoso, que é parte integrante e essencial da Política Nacional de Saúde, que fundamenta direitos deste segmento populacional, em conformidade com a Lei

8080/90 e a Lei 8142/94 (BRASIL, 2002). De acordo com esta política, o grande problema enfrentado pelos idosos é a perda da capacidade física, que o impede de executar as atividades básicas e instrumentais da vida diária.

De acordo com a Política Nacional de Saúde do Idoso, a manutenção da capacidade funcional, a promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, são propósitos fundamentais para tornar a pessoa idosa mais independente, autônoma e com plenas habilidades para a permanência dos mesmos na sociedade em que vivem (BRASIL, 2002).

No entanto, o aumento do número de idosos a cada ano, modificando a estrutura etária populacional do país e o crescimento da demanda desse contingente por ações e assistência que atendam às necessidades dos mesmos, fez com que fosse importante uma readequação e complementação da então vigente política, sendo criada em 2006 a Portaria 399/GM, que divulga o Pacto pela Saúde (MINAS GERAIS, 2006). Dentro de suas propostas, veio para fortalecer os compromissos com a saúde pelos gestores locais, através dos componentes de Defesa do SUS, de Gestão e pela Vida, e a Saúde do Idoso apresenta-se como umas das prioridades para se apresentar e discutir, junto a gestores, profissionais da rede de atenção primária e comunidade em geral, a nova realidade social e epidemiológica que surge por meio da mudança do perfil demográfico da população brasileira (BRASIL, 2010).

Este estudo visa descrever o perfil dos idosos cadastrados na ESF Diamante Vida, no bairro Vila Operária, no município de Diamantina, e que utiliza a ficha de cadastro do idoso, proposta pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Este instrumento permite saber quem são os idosos pertencentes ao território adscrito à ESF e quais os principais agravos que os acometem.

## 2) JUSTIFICATIVA

O envelhecimento populacional é um fenômeno de dimensões importantes que acontece a nível mundial, no entanto, com características peculiares a cada nação. É uma fase que apresenta abordagens complexas e controvertidas. Complexas porque é um processo que envolve fatores biopsicossociais, culturais e religiosos. Controvertido porque se sustenta na ideia de que o envelhecimento é uma etapa evolutiva, mas também, degenerativa (RIBEIRO; BIÉ, 2008).

O aumento da proporção de idosos é global e não é um acontecimento repentino e inesperado, é resultado de transformações demográficas e epidemiológicas ocorridas no século passado. Segundo o epidemiologista Abdel Omran (1971) o termo transição epidemiológica foi criado há mais de trinta anos e refere-se às modificações nos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população, e que ocorrem em conjunto com outras transformações (CHAIMOWICZ *et al*, 2009).

Veras (2009) relata que a velocidade do processo de transição demográfica e epidemiológica vivenciado nas últimas décadas, trazem uma série de questionamentos aos gestores dos sistemas de saúde, com repercussões para a sociedade com um todo, especialmente no contexto da desigualdade social, fragilidade e pobreza das instituições.

Neste sentido, com a demanda assistencial cada vez maior e o desejo de se manter a qualidade de vida dos idosos, é importante que o sistema de saúde se prepare para atender esse perfil populacional que cresce exponencialmente. Assim, as Equipes de Saúde da Família (ESF) devem ser estrategicamente funcionantes para garantirem o acesso aos idosos. De acordo com Tavares e Oliveira (2010), a ESF constitui-se num espaço privilegiado, para atenção integral à saúde do idoso, pois sua proximidade com a área e a atenção domiciliária possibilita atuar na realidade vivenciada pelo idoso na família. A inserção do idoso na ESF faz com que haja vínculo com o sistema de saúde.

É nesse contexto que surge um novo olhar voltado para a Saúde do Idoso como uma das principais prioridades das Políticas Públicas. A utilização de novos instrumentos e tecnologias surge como ferramentas importantes para a abordagem desse novo cenário. Por isso é necessário melhorar a qualidade dos serviços prestados, repensar o modo como as ações são fomentadas e enfatizar a importância de cada profissional dentro do novo contexto, organizar fluxos e redes, para que a assistência seja de maneira equânime e integrada (MINAS GERAIS, 2007).

Em face desses acontecimentos acerca da mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população idosa brasileira com conseqüente aumento do número dos longevos, torna-se fundamental que a política de atenção à Saúde do Idoso se solidifique a fim de fornecer aos mesmos qualidade na assistência prestada pela Atenção Primária à Saúde.

### **3) OBJETIVOS**

Caracterizar o perfil epidemiológico dos idosos cadastrados na área de abrangência da ESF Diamante Vida, no bairro Vila Operária, município de Diamantina. A partir dessa caracterização, as principais morbidades e condições sociais dos idosos serão conhecidas, permitindo assim que as ações de saúde sejam direcionadas às necessidades que esse grupo populacional demanda.

#### **4) METODOLOGIA**

A Equipe Saúde da Família Diamante Vida está localizada no bairro Vila Operária, município de Diamantina e abrange aproximadamente uma população de mais de 4000 pessoas. Seu território de abrangência é dividido em seis microáreas, cada uma com um agente comunitário de saúde. Não há transporte público circulando dentro do bairro, no entanto, não há também dificuldades de acesso à Unidade. A Unidade já melhorou muito desde a sua fundação, porém há muito a ser feito, pois diversos problemas ou dificuldades ainda são encontrados. Atualmente, a ESF funciona em um prédio alugado pela Prefeitura Municipal, dando lugar à antiga estrutura física que passa por reformas. Dentre a população cadastrada, 293 pessoas acima de sessenta anos de idade compõem a parcela idosa da ESF.

Inicialmente foi realizada pesquisa bibliográfica no banco de dados SciELO e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) utilizando descritores: saúde do idoso, envelhecimento e Programa Saúde da Família. Foi consultada também a Biblioteca Virtual do Programa Ágora - NESCON/UFMG, entre os meses de junho, julho e agosto do ano corrente. Após a localização das publicações sobre o tema foi feita uma leitura atenta e organização das informações e ideias pertinentes para a composição do referencial teórico.

Para a aquisição dos dados, foram avaliadas as fichas de cadastramento de idosos, as quais já se encontravam na Unidade de Saúde. Este cadastro foi realizado no ano de 2009 pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) e atualizado por eles mesmos no início deste ano (2011) durante a realização de visitas domiciliares, configurando dessa forma, uma análise de dados secundários.

Os critérios de inclusão dos artigos referem-se à equivalência dos conteúdos dos mesmos com o tema proposto a ser desenvolvido, levando-se em consideração inclusive, os descritores na busca do referencial.



No presente trabalho optou-se por realizar uma análise de dados secundários, utilizando a Ficha de Cadastramento do Idoso proposta pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, as quais já se encontravam na Unidade de Saúde. Este cadastro iniciou-se no ano de 2009, com posteriores modificações, como inclusão ou exclusão de idosos ao longo do ano de 2010 e meados de 2011. Ressalta-se que o cadastramento foi realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde durante visitas domiciliares.

Dos 293 idosos cadastrados nesta equipe e que possuem a ficha de cadastro devidamente preenchida, foram escolhidos, aleatoriamente por sorteio, dez elementos de cada microárea, totalizando sessenta indivíduos. Nesta ficha é avaliada a fragilidade e a funcionalidade do idoso, a ocorrência das síndromes geriátricas, a capacidade de realização das atividades de vida diária e algumas outras morbidades que afetam a saúde.

## 5) REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1) Envelhecimento populacional: demografia e epidemiologia

O envelhecimento populacional é considerado por alguns autores como sendo o maior fenômeno mundial, embora tenha se iniciado de maneiras distintas em diferentes nações. No Brasil, o processo de amadurecimento da população ocorreu em três fases, sendo que a primeira delas é a elevada mortalidade e fecundidade. No início do século XX, havia grande número de crianças e adultos jovens que raramente chegavam aos sessenta anos. No entanto, grande número de óbitos ocorria com essas crianças, devido às altas incidências de doenças transmissíveis. Em contrapartida, as taxas de fecundidade eram bastante elevadas, o que compensava as altas taxas de mortalidade. Na segunda fase, a mortalidade decresceu consideravelmente, principalmente entre as crianças, porque houve o surgimento dos antibióticos, da terapia de reidratação oral e imunizações. As elevadas taxas de fecundidade ainda permaneceram, o que resultou em aumento do número de pessoas (CHAIMOWICZ, 2009). No final da década de 60, já na terceira fase, houve um decréscimo das taxas de fecundidade, desencadeando o processo de transição da estrutura demográfica, (RODRÍGUEZ-WONG, 2008) com isso, aumento na proporção de adultos e depois idosos, ou seja, uma população envelhecida (CHAIMOWICZ, 2009).

Transição epidemiológica refere-se às modificações dos padrões de morbidade que caracterizam um grupo populacional. Este processo engloba também três mudanças: substituição de doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas como as primeiras causas de morte; mudança na carga de morbimortalidade dos mais jovens para os mais velhos; predomínio da mortalidade para a morbidade. À medida que aumenta o número de idosos, torna-se frequentes complicações de caráter crônico (CHAIMOWICZ, 2009).

O acentuado crescimento da população idosa é o que levará ao envelhecimento da população. Em 1970, pessoas acima de sessenta e cinco anos de idade formavam um percentual de 3,1%,

e este mesmo grupo populacional acarretará em 2050, a aproximadamente 19% dos brasileiros. A população idosa sofrerá profundas mudanças na distribuição interna, tanto etária quanto entre os sexos (RODRÍGUEZ-WONG, 2008).

## **5.2) Atenção à Saúde do Idoso**

Perante o crescente número de idosos no Brasil, é indiscutível que a saúde do idoso seja abordada efetivamente pelos gestores de saúde e profissionais, de maneira que possa garantir aos sujeitos qualidade de vida, subentendida como sendo a manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa. Assim, o Estatuto do Idoso detém a premissa de que seja garantido por lei, o interesse das pessoas idosas, estabelecendo penas para crimes mais comuns cometidos contra os idosos (BRASIL, 2004). E dentro dessas linhas, no seu capítulo IV, do Direito à Saúde, artigo 15, revela que:

é assegurada 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, 2004).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada em 1994 pelo Ministério da Saúde, é uma modalidade assistencial de saúde que visa garantir a primeira entrada do idoso no sistema de saúde. Dentre as atribuições da atenção primária, incluem o conhecimento da realidade das famílias, a identificação de agravos à saúde, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, a realização de visitas domiciliares, realização de procedimentos, consultas médica e de enfermagem dentre outras funções (BRASIL, 2004).

Cada profissional inserido numa ESF executa um conjunto de ações em separado, no entanto, sempre buscando articular as atividades realizadas por outros agentes, de maneira que o objetivo principal é a busca da integralidade das ações e não somente reproduzir o processo

de trabalho em um modelo biomédico (CIOSAK; COSTA, 2010).

De acordo com Tavares e Oliveira, 2010

a atenção à saúde do idoso visa auxiliar o cliente e seus familiares a identificar e resolver se possível, os desajustes interacionais, além do enfrentamento de problemas e tomada de decisões. O foco do cuidado, portanto, deve estar em ajudar e em capacitar o cliente e a família, de forma que ela possa atender às necessidades de seus membros, especialmente em relação ao processo saúde-doença, mobilizando recursos, promovendo apoio mútuo e crescimento conjunto.

Deve-se propor uma política com foco na manutenção da capacidade funcional em programas de prevenção, investir em ações para detecção precoce de doenças, no monitoramento das doenças crônicas, no sistema de equipes de saúde especializadas. Idosos com boas condições de saúde, com autonomia física e mental, mantêm boas perspectivas de vida e podem assumir papéis importantes na sociedade (TANNURE *et al*)).

Neste sentido, as Políticas Públicas de Atenção à Saúde do Idoso objetivam primariamente, a promoção do envelhecimento saudável e a redução da incapacidade física da pessoa idosa. Dentre as políticas, a Política Nacional de Saúde do Idoso traz algumas diretrizes norteadoras, como o envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio aos estudos e pesquisas (BRASIL, 2002).

A descentralização do sistema de saúde, atribuindo funções aos Estados e municípios fortaleceram a oportunidade de se manter maior contato entre as realidades locais e as três esferas do governo. O Pacto pela Saúde surgiu em 2006 através da criação da Portaria GM/MS 399, com o propósito de firmar os compromissos do SUS através dos componentes Defesa do SUS e de Gestão, dando ênfase às necessidades de saúde da população e que implicam no exercício de definição de prioridades articuladas nesses componentes. O Pacto

pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e pelas prioridades definidas pelos governos federal, estadual e municipal (MINAS GERAIS, 2006). Neste momento surge a Saúde do Idoso com a intenção de discutir e apresentar junto aos gestores estaduais e municipais, profissionais e público em geral, a nova realidade demográfica enfrentada pelo país. As prioridades do Pacto pela Vida foram estabelecidas por meio de metas nacionais, estaduais e municipais, destacando a Saúde do Idoso como prioridade (BRASIL, 2010).

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais diante de uma situação em que se via com frequência o aumento de doenças crônicas estabeleceu redes de atenção à saúde em cada microrregião do estado, que permite prestar assistência contínua à população. A pré condição para essa eficácia e equidade é que seu centro coordenador seja a atenção primária. Dentro dessa assistência está a Atenção à Saúde do Idoso, que tem como base estratégica o cadastramento de idosos, com a identificação dos principais agravos à saúde que afetam o grupo populacional em destaque.

### **5.3) Principais síndromes geriátricas**

Os horizontes da geriatria e da gerontologia vão além da avaliação de sistemas, órgãos ou outros agravos isoladamente, não se fixam no tratamento de doenças somente, mas procuram manter a autonomia e a independência funcional. O grande desafio da Geriatria é o enfrentamento de problemas típicos dos idosos, prevenindo, tratando e identificando as grandes Síndromes Geriátricas ou Gigantes da Geriatria, que são: imobilidade, instabilidade postural, incontinência urinária, iatrogenia e incapacidade cognitiva. Essas síndromes têm como características em comum de serem complexas, possuírem múltipla etiologia, não constituir risco de vida, e comprometer severamente a qualidade de vida das pessoas e até

mesmo dos familiares. O envelhecimento populacional vem acompanhado de aumento das doenças crônicas degenerativas com incapacidades e deficiências, tornando-se válida a avaliação da capacidade funcional, uma vez que esta é de importância relevante para diagnóstico, prognóstico e julgamento clínico adequados (MINAS GERAIS, 2007).

A incapacidade funcional pode ser definida como sendo a dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas rotineiras, do dia a dia, básicas ou mais complexas, necessárias para uma vida mais independente (MACHADO *et al*, 2010) e as síndromes geriátricas afetam diretamente a realização das atividades de vida diária e as atividades instrumentais de vida diária.

#### **5.4) Instabilidade postural**

A instabilidade postural tem como principal consequência a ocorrência de quedas e fraturas. A elevada incidência das quedas é uma tendência observada na velhice, o que de certa forma, é um importante sintoma em geriatria, uma vez que idosos que caem, aumentam expressivamente a mortalidade neste grupo populacional ( MINAS GERAIS, 2007).

Após uma queda, muitos idosos sofrem da “síndrome do medo pós queda”, definido com sendo um distúrbio da marcha provocado pelo receio de cair, mesmo na ausência de comprometimento da capacidade de cair (CHAIMOWICZ, 2009).

### **5.5) Imobilidade**

Imobilidade pode ser definida como sendo a incapacidade de um indivíduo de se deslocar sem o auxílio de outras pessoas, resultando em limitação de movimentos e da capacidade funcional, que trazem como consequência um grande número de problemas como neurológicos, músculo esqueléticos e trazem inúmeras complicações como úlceras por pressão, pneumonias e embolias (CHAIMOWICZ, 2009).

A imobilidade nunca deve ser encarada como sendo um acontecimento comum da velhice. A prevenção é o principal objetivo quando se cuida de um idoso, uma vez que este grupo apresenta-se mais vulnerável a desenvolver doenças que resultam em imobilidade (PORTO, 2005).

### **5.6) Iatrogenia**

Pode ser definida como o prejuízo provocado a um paciente pela omissão ou ação dos profissionais da saúde, mesmo que a ação tenha sido bem intencionada. O conceito não se restringe à prescrição de medicamentos ou à realização de procedimentos, mas também à omissão na abordagem de problemas, que possam ser minimizados com o uso medicamentoso ou intervenções; sendo que o uso excessivo de medicamentos pelos idosos para tratar várias doenças, pode desencadear reações indesejáveis e muitas vezes graves (MINAS GERAIS, 2007).

### **5.7) Incapacidade Cognitiva**

Perda de memória leve para fatos recentes e incapacidade de memorizar informações novas, faz parte da perda da cognição do idoso, desde que não prejudique a vida do indivíduo. No entanto, quando alguma alteração da memória interfere negativamente nas atividades do idoso, pode acarretar distúrbios cognitivos, que se agrupam sob três distintas maneiras:

*delirium*, depressão e demência (PORTO, 2005).

*Delirium*: caracterizado por distúrbios da cognição, humor, consciência, atenção e memória, de início agudo. É importante o seu reconhecimento na saúde do idoso, a fim de evitar tratamentos errôneos com consequências sérias.

Depressão: humor rebaixado, perda de interesse ou prazer que repercutem diretamente na qualidade de vida do idoso.

Demência: condição em que as funções encefálicas, principalmente o desempenho intelectual, estão comprometidos a ponto de prejudicar a autonomia e a independência funcional. Tem caráter progressivo e interfere na realização das atividades de vida diária (MINAS GERAIS, 2007).

### **5.8) Incontinência urinária e/ou fecal**

Eliminação involuntária de urina e/ou de fezes em qualquer quantidade e frequência que prejudicam socialmente a vida do idoso, como a depressão, redução da autoestima, afastamento de atividades sociais e mesmo íntimo (CHAIMOWICZ,2009).

A incidência da incontinência urinária aumenta com a idade e é mais frequente em mulheres. Ocorre em 30% dos idosos em geral e em 60% a 70% dos idosos institucionalizados. Também a incontinência fecal aumenta com a idade, ocorrendo em 10% dos idosos da comunidade e 50% entre os asilados. Tem ligação direta com a incontinência urinária em 75% dos casos. Por se tratar de uma das síndromes geriátricas, pode-se levar a pensar que é um agravo comum da idade, mas não é verdade; ela deve ser tratada até mesmo em idosos mais debilitados, pois pode ser curada inclusive nesta situação (PORTO, 2005).



## **6) APRESENTAÇÃO DOS DADOS**

Este estudo tem por objetivo avaliar alguns tópicos presentes na ficha de cadastramento, instrumento proposto pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, na intenção de se conhecer o perfil dos idosos pertencentes a um território adscrito da ESF e, a partir daí, discutir e analisar segundo uma visão dentro da Gerontologia.

Os itens então observados são os seguintes:

- idoso acima de 80 anos de idade;
- idoso com 60 anos ou mais e que apresente:
  - incontinência urinária;
  - incontinência fecal;
  - uso de mais de cinco medicamentos (polifarmácia);
  - mais de cinco doenças confirmadas;
  - esquecimento progressivo que impede atividades normais;
  - queda nos últimos seis meses;
  - hospitalização nos últimos seis meses;
  - imobilidade (estar acamado);
  - condição de morar sozinho;
  - domicílio em asilo;
  - dependência para atividades do dia a dia;
- outras doenças, como alcoolismo, doença de Parkinson, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico (AVE), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença de Alzheimer, osteoporose, diabetes mellitus (DM), fraturas e pneumonias.

## 7) RESULTADOS

Diante da análise dos dados, os resultados são apresentados a seguir.

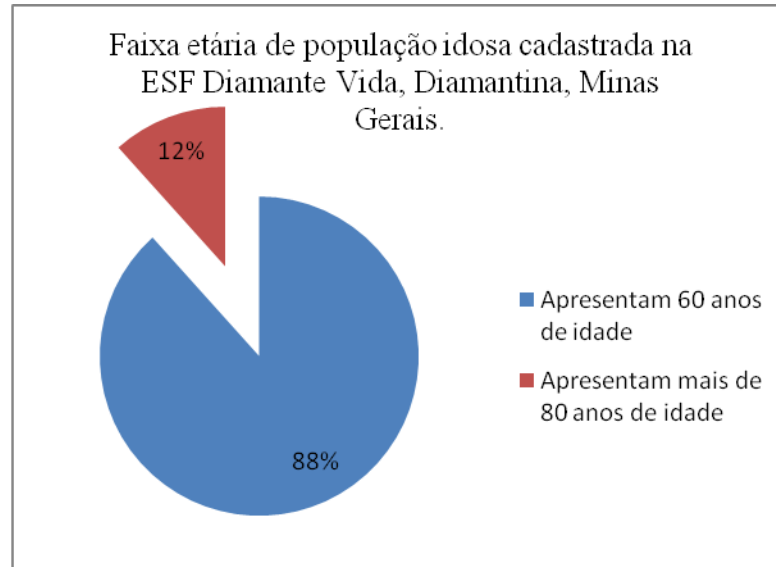


GRÁFICO 1: DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS QUE APRESENTAM 60 ANOS E MAIS DA ESF DIAMANTE VIDA. DIAMANTINA/MG, 2011.

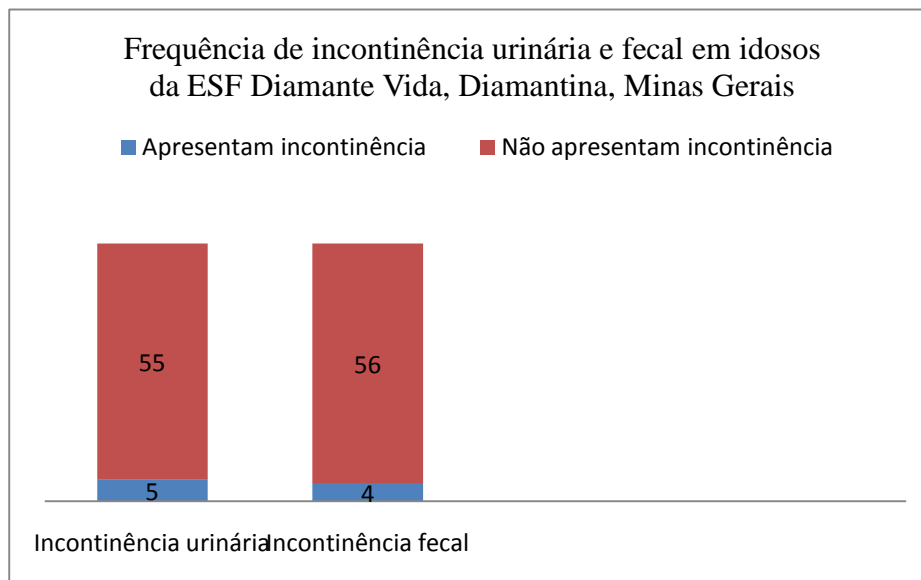


GRÁFICO 2: DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS QUE APRESENTAM INCONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL DA ESF DIAMANTE VIDA. DIAMANTINA/MG, 2011.

<b>Uso de medicamento</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Até cinco medicamentos	53	11,6%
Mais de cinco medicamentos	07	83,3%
Total	60	100%

Figura 1: Porcentagem de idosos que usam mais de cinco medicamentos por dia cadastrados na ESF Diamante Vida. Diamantina/MG, 2011.

<b>Doenças confirmadas</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Menos de cinco doenças	60	100%
Mais de cinco doenças	0	0%
Total	60	100%

Figura 2: Porcentagem de idosos que apresentam mais de cinco doenças confirmadas, cadastrados na ESF Diamante Vida. Diamantina/MG, 2011.

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS QUE APRESENTAM ESQUECIMENTO PROGRESSIVO CADASTRADOS NA ESF DIAMANTE VIDA. DIAMANTINA/MG, 2011.

<b>Idosos acometidos pelo esquecimento progressivo</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
Apresentam esquecimento Progressivo	08	13,3%
Não apresentam esquecimento Progressivo	52	86,6%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS QUE APRESENTARAM QUEDA NOS ÚLTIMOS 6 MESES CADASTRADOS NA ESF DIAMANTE VIDA. DIAMANTINA/MG, 2011.

<b>Idosos que apresentaram queda nos últimos 6 meses</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
Apresentaram queda	03	5%
Não apresentaram queda	57	95%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

TABELA 3: DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS QUE FORAM INTERNADOS NOS ÚLTIMOS 6 MESES CADASTRADOS NA ESF DIAMANTE VIDA. DIAMANTINA/MG, 2011

<b>Idosos que foram internados nos últimos 06 meses</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
Apresentaram internações	06	10%
Não apresentaram internações	54	90%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

TABELA 4: DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS QUE SÃO ACAMADOS CADASTRADOS NA ESF DIAMANTE VIDA. DIAMANTINA/MG, 2011.

<b>Idosos que são acamados</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
Acamados	03	5%
Não acamados	57	95%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

<b>Idosos que moram só</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Moram sozinhos	07	11,6%
Não moram sozinhos	53	88,3%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Figura 3: Distribuição de idosos que moram sozinhos cadastrados na ESF Diamante Vida. Diamantina/MG, 2011.

<b>Idosos asilados</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Asilados	0	0%
Não asilados	60	100%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Figura 4: Distribuição de idosos asilados que eram cadastrados na ESF Diamante Vida.

Diamantina/MG, 2011.

TABELA 5: DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS QUE APRESENTAM DEPENDÊNCIA PARA ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD'S) CADASTRADOS NA ESF DIAMANTE VIDA. DIAMANTINA/MG, 2011.

<b>Idosos que apresentam dependência para AVD's</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
Apresentam dependência	07	11,6%
Não apresentam dependência	53	88,3%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

<b>Alcoolismo</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Apresentam alcoolismo	01	1,6%
Não apresentam alcoolismo	59	98,3%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Figura 5: Porcentagem de idosos que apresentam alcoolismo cadastrados na ESF Diamante

Vida. Diamantina/MG, 2011.

<b>Doença de Parkinson</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Apresentam (DP)	01	1,6%
Não apresentam (DP)	59	98,3%
Total	60	100%

Figura 6: Porcentagem de idosos que apresentam Doença de Parkinson (DP) cadastrados na ESF Diamante Vida. Diamantina/MG, 2011.

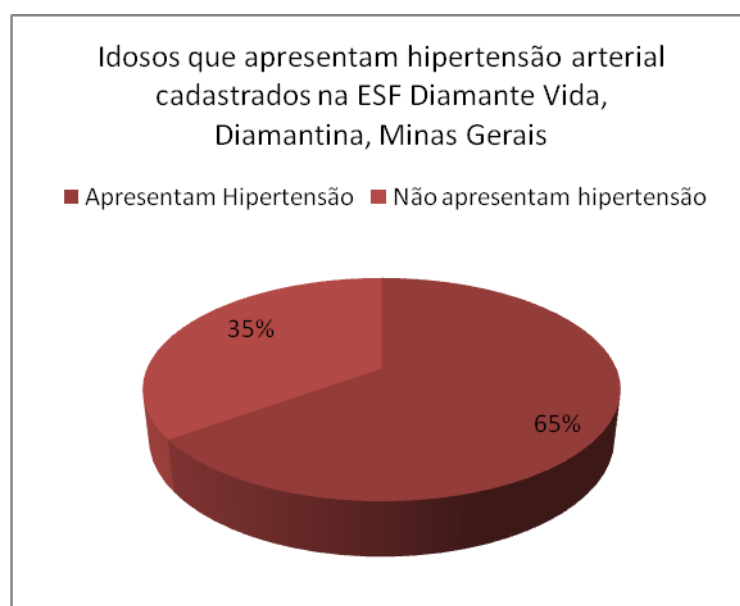


GRÁFICO 3: PORCENTAGEM DE IDOSOS QUE APRESENTAM HIPERTENSÃO ARTERIAL (HA) CADASTRADOS NA ESF DIAMANTE VIDA. DIAMANTINA/MG, 2011.

<b>Doença de Alzheimer (DA)</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Apresentam (DA)	0	0%
Não apresentam (DA)	60	100%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Figura 7: Porcentagem de idosos que apresentam Doença de Alzheimer (DA) cadastrados na ESF Diamante Vida. Diamantina/MG, 2011.

TABELA 6: DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS QUE APRESENTARAM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) CADASTRADOS NA ESF DIAMANTE VIDA. DIAMANTINA/MG, 2011.

<b>Idosos que apresentaram AVE</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
Apresentaram AVE	03	5%
Não apresentaram AVE	57	95%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>



TABELA 7: DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS QUE APRESENTARAM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) CADASTRADOS NA ESF DIAMANTE VIDA. DIAMANTINA/MG, 2011.

<b>Idosos que apresentaram DPOC</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
Apresentaram DPOC	02	3,3%
Não apresentaram DPOC	58	96,6%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

TABELA 8: DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS QUE APRESENTARAM OSTEOPOROSE (OST) CADASTRADOS NA ESF DIAMANTE VIDA. DIAMANTINA/MG, 2011.

<b>Idosos que apresentaram OST</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
Apresentaram OST	03	5%
Não apresentaram OST	57	95%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

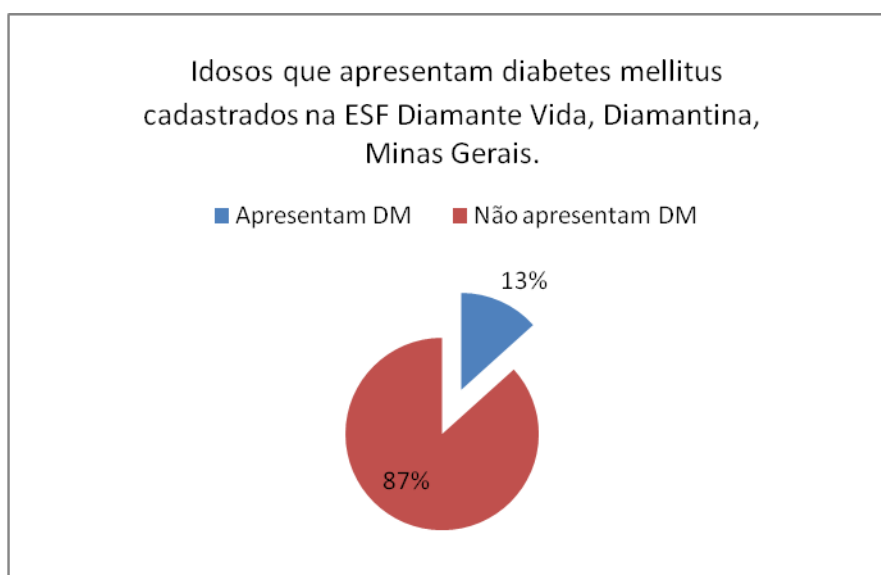


GRÁFICO 4: DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS QUE APRESENTARAM DIABETES MELLITUS (DM) CADASTRADOS NA ESF DIAMANTE VIDA. DIAMANTINA/MG, 2011.

<b>Fraturas</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Apresentaram fraturas	08	13,3%
Não apresentaram fraturas	52	86,6%
Total	60	100%

Figura 8: Porcentagem de idosos que apresentaram fraturas cadastrados na ESF Diamante Vida. Diamantina/MG, 2011.

<b>Pneunonia</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Apresentaram pneumonia	03	5%
Não apresentaram pneumonia	57	95%
Total	60	100%

Figura 9: Número de idosos que apresentaram Pneumonia cadastrados na ESF Diamante Vida.  
Diamantina/MG, 2011.

## 8) DISCUSSÃO

Uma característica marcante dos resultados se refere à quantidade de idosos octogenários. É uma tendência observada entre a população estudada, que demanda custos elevados no sistema de saúde, além de causarem impacto na dinâmica familiar, social e econômica. E este grupo se enquadra na designação de idoso frágil, pelo fato de ter oitenta anos de idade ou mais. Ainda assim, os idosos que possuem sessenta ou mais estão em números maiores, resultado do início da queda de fecundidade e da mortalidade ocorridas no século passado.

Da população total estudada, a maioria não relata ter incontinência urinária e/ou fecal, mas, existe um pequeno grupo que apresenta este quadro. Dentro das ações de uma ESF, grupos de orientação poderiam ser realizados para melhor sensibilizarem os usuários sobre incontinência e exercícios que poderiam ser feitos para fortalecimento da musculatura pélvica, assim, contribuindo para a melhora da auto estima desse idoso. A presença de fisioterapeutas manteria essa ação vigente, caso houvesse esse profissional integrado à ESF. Cabe aos gestores, a introdução desse profissional nas equipes, haja vista que faz parte das Políticas Públicas de Atenção à Saúde do Idoso, a promoção, prevenção, reabilitação e manutenção da qualidade de vida desse indivíduo.

A polifarmácia é também um dos grandes gargalos da Geriatria. Existem grandes peculiaridades na prescrição medicamentosa para idosos, que se confluem para um único aspecto: a iatrogenia. Uma parcela considerável de idosos possui mais de cinco doenças, o que não é o caso da amostra desse estudo, em que nenhum dos idosos apresenta essa característica. No entanto, para aqueles que possuem ou mesmo não a característica citada, profissionais médicos prescrevem vários medicamentos na intenção de tentarem solucionar os problemas, mas que na verdade, desencadeiam uma cascata iatrogênica, que na maioria das vezes, não surte o efeito desejado no organismo da pessoa, ocasionando interações

indesejáveis, doses e combinações inadequadas, efeitos adversos e toxicidade.

Outra característica visível do envelhecimento é o esquecimento progressivo, que pode chegar a impedir a realização de atividades rotineiras. É tendencioso que com o avançar da idade, o cérebro vá perdendo certas funções, o que é fisiologicamente aceitável. Na ESF estudada, mais de 10% dos idosos selecionados possui algum tipo de disfunção cognitiva, número considerado alto. Neste aspecto, a família pode contribuir muito para a manutenção da cognição dos idosos, tornando-o ativo nos afazeres de casa, incentivando-os na prática de atividade física e na adoção de um estilo de vida saudável.

A instabilidade postural configura-se também como um problema de importância considerável na saúde do idoso. Geralmente, ao sofrer uma queda, o fêmur é fraturado, o que leva esse idoso a um procedimento cirúrgico, e que dependendo da evolução do quadro, traz conseqüências, podendo numa situação mais grave, levar esse idoso ao óbito. Na amostragem, a maioria dos longevos não apresentou quedas. Programas de fortalecimento muscular com fisioterapeutas e educadores físicos, sensibilização sobre a prática de atividade física regular e alimentação saudável são alguns dos propósitos de uma ESF e deveria ser uma prática constante nas ações promovidas por cada equipe, desde que haja apoio e incentivo da gestão.

A maioria dos idosos avaliados não esteve hospitalizada, o que subentende cuidado com a saúde ou até mesmo melhoria na assistência prestada. Vale destacar que internações representam custos ao sistema de saúde, desgaste no convívio familiar e, para o idoso, expectativas e ansiedades com relação à cura e alta hospitalar.

A imobilidade se insere nas grandes síndromes geriátricas e representa um grande problema para o idoso, afetando por completo sua vida. A minoria dos idosos estudados da ESF Diamante Vida está acamada, a grande maioria permanece ativa. A imobilidade restringe o idoso a realizar as atividades de vida diária (AVD's) e atividades da vida diária instrumentais (AVDI'S), comprometendo de maneira significativa a capacidade funcional,

fazendo com que este idoso dependa de cuidadores, que na maioria das vezes é o próprio familiar. Grandes são as consequências de um idoso acamado, como as úlceras por pressão, pneumonias, hipertrofia da musculatura e contraturas. Um envolvimento multidisciplinar seria de importância relevante, com a presença de médicos, enfermeiros e fisioterapeutas atuando de maneira contínua, além do cuidado familiar, com o objetivo de garantir conforto e melhora na mobilidade.

O convívio e apoio familiar durante a velhice garantem segurança e auto estima preservada ao idoso. Grande parte dos idosos mora com familiares, parentes ou companheiros/as. Uma pequena parcela vive só, quer seja por opção ou pela viuvez, ou ainda pela ausência dos filhos, na chamada “síndrome do ninho vazio”, em que os filhos deixam suas casas por algum motivo e os pais vivem sozinhos. Em todas as fichas de cadastro avaliadas, nenhum idoso vive institucionalizado.

A manutenção da capacidade funcional é o componente mais vislumbrado dentro das políticas públicas de atenção ao idoso, e mantê-la é um desafio, principalmente para o sistema de saúde. A dependência para atividades do dia a dia está presente em aproximadamente 10% da amostra avaliada. Geralmente, algumas das cinco síndromes geriátricas estão envolvidas na perda dessa funcionalidade. As ESF's por sua vez devem trabalhar ativamente a prevenção, promoção, reabilitação e tratamento desses agravos, enfatizando a prática de atividades físicas, promovendo a socialização, adoção de práticas alimentares saudáveis e controle de doenças crônico degenerativas.

É notório através dos resultados que as doenças crônico degenerativas, como a Hipertensão Arterial e Diabetes lideram os agravos à saúde entre os idosos. Outras como fraturas, pneumonias e Acidente Vascular Encefálico (AVE) também estão entre as doenças que mais acometem os idosos. Mais uma vez se faz necessário intensificar as ações das ESF's, capacitar profissionais para que consigam visualizar as demandas dos idosos, pois, as doenças

crônicas podem ser o início de problemas de saúde mais sérios entre os idosos.

## 9) CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é um fenômeno que vem ocorrendo de maneira acelerada e em dimensões mundiais. A transição epidemiológica e demográfica são as principais responsáveis por este acontecimento. É de se esperar então que os serviços de saúde e outros se moldem para atenderem a este novo perfil populacional.

As ESF's são consideradas a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, garantindo prevenção, promoção, reabilitação e tratamento, além de se constituírem em espaços prioritários para que o vínculo profissional-usuário-família seja mantido.

Dessa forma, o idoso também é acolhido nesta Unidade, sendo um grupo de interesse das Políticas Públicas preconizadas, uma vez que são acometidos por síndromes e agravos que surgem com o envelhecimento, mas que são passíveis de controle e tratamento, sendo estes buscados quase que exclusivamente por ações desenvolvidas nas próprias Unidades de Saúde. Este estudo procurou traçar o perfil de idosos de uma ESF, procurando conhecer quem são estes idosos, quais são suas síndromes e suas doenças crônico degenerativas.

Conclui-se que as demandas de saúde com relação ao idoso é uma tendência crescente, uma vez que o número de indivíduos longevos tende a aumentar cada dia mais, modificando a estrutura etária da população. Para isso, as políticas públicas de atenção à saúde do idoso devem ser bem gerenciadas, para oferecerem subsídios que possam permitir melhoria na qualidade de vida e na vivência do envelhecimento.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, L.C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.3, maio/jun. 2010. Disponível em: <http://scielo.br> > Acesso em : 16 jun.2011.
- BANDEIRA, E.M.F.S.; PIMENTA, F.A.P.; SOUZA, M.C. **Atenção à Saúde do Idoso**. 2.ed. Belo Horizonte: SES/MG, 2007. 186p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Série Pactos Pela Saúde. Brasília, DF, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília, DF, 2004. 68 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria número 2528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso**. Brasília, DF, 2002.
- CARVALHO, J.A.M.; RODRÍGUEZ-WONG, L.L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, março, 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br>. Acesso em: 16 jun.2011.
- CHAIMOWICZ, F. et al. **Saúde do Idoso**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde de Família/ UFMG. Belo Horizonte: NESCON/ UFMG, Coopmed, 2009.
- COSTA, M.F.B.N.A.; CIOSAK, S.I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.44, n.2, jun, 2010. Disponível em: <http://scielo.br>. Acesso em: 16 jun.2011.
- LIMA-COSTA, M.F.; CAMARANO, A.A. Demografia e Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil. In: MORAES, E.N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 700 p.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais**. Legislação do Sistema único de Saúde. 4.ed. Belo Horizonte: 2006. 123 p.
- OLIVEIRA, J.C.A.; TAVARES, D.M.S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.44, n.3, set, 2010. Disponível em: <http://scielo.br>. Acesso em: 16 jun.2011.

- OMRAN, A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population changes. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, v.49, n.4, p. 509-38, 1971.
- PORTO, C.C. **Semiologia Médica**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- RIBEIRO, M.; BIÉ, H.D. A Estratégia de Saúde da Família na promoção da inserção social dos idosos: um olhar a partir dos idosos. In: RIBEIRO, L.C.C.; RIBEIRO, M. **Promoção à Saúde no Envelhecimento**. Diamantina: UFVJM, 2008. 247 p.
- SANTOS, F.H.; ANDRADE, V.M.; BUENO, O.F.A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.14, n.1, jan/mar. 2009. Disponível em: <<http://scielo.br>> Acesso em: 28 jul.2011.
- SILVESTRE, J.A.; NETO, M.M.C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.3: p.839-847, mai/jun, 2003. Disponível em: <http://scielo.br>. Acesso em: 25 jul.2011.
- SOUZA, R.F.; SKUBS, T.; BRÊTAS, A.C.P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.60, n.3, maio/jun 2007. Disponível em: <http://scielo.br>. Acesso em: 16 jun.2011.
- TANNURE, M.C. *et al.* Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.63, n.5, set/out. 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br>. Acesso em: 01 ago.2011.
- VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.43, n.3, maio/jun, 2009. Disponível em: <http://scielo.br>. Acesso em: 12 jun.2011.

**CADASTRO DO IDOSO**
**FICHA DE CADASTRO E IDENTIFICAÇÃO DE RISCO DA PESSOA IDOSA**  
 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE-MG  
 COORDENADORIA DE ATENÇÃO AO IDOSO

<b>FICHA</b>		<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA</b>		ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
MUNICÍPIO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SEGMENTO <input type="text"/> <input type="text"/>	UNIDADE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ÁREA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MICROÁREA <input type="text"/> <input type="text"/>	NOME DO ACS:

**IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO**

NOME: \_\_\_\_\_  
 Nº CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_ DOCUMENTO DE IDENTIDADE \_\_\_\_\_  
 DATA NASC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO: ( ) masculino ( ) feminino  
 ESCOLARIDADE \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO \_\_\_\_\_

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

A resposta afirmativa à questão nº. 1 - ou a qualquer item da questão nº.2 o idoso é considerado frágil

<b>1- ACIMA DE 80 ANOS</b>	( ) sim	( ) não
<b>2- 60 ANOS OU MAIS:</b>		
Tem urina solta (Incontinência urinária)?	( ) sim	( ) não
Não é capaz de controlar as fezes (Incontinência fecal)?	( ) sim	( ) não
Usa mais de 5 medicamentos continuamente?	( ) sim	( ) não
Tem mais de 5 doenças confirmadas ?	( ) sim	( ) não
Tem esquecimento progressivo que impede atividades normais?	( ) sim	( ) não
Teve queda nos últimos 6 meses?	( ) sim	( ) não
Foi internado nos últimos 6 meses	( ) sim	( ) não
Está acamado?	( ) sim	( ) não
Mora só?	( ) sim	( ) não
Mora em Asilo (Institucionalizado)?	( ) sim	( ) não
Tem dependência para atividades do dia a dia?	( ) sim	( ) não
<b>É CONSIDERADO IDOSO FRÁGIL?</b>	<b>( ) SIM</b>	<b>( ) NÃO</b>

Incapacidade/ Comprometimento em quantos itens

<b>OUTRAS DOENÇAS</b>		
Alcoolismo ( )	Acidente Vascular Cerebral ( )	Diabetes ( )
Doença de Parkinson ( )	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica ( )	Fraturas ( )
Hipertensão Arterial ( )	Osteoporose ( )	Pneumonia ( )
Doença de Alzheimer ( )		
Faz uso de prótese dentária removível ( )	Foi ao dentista no último ano ( )	
Faz uso de medicamentos ( ) Citar:		
É alérgico?. Citar:		
Cartão vacinal em dia	sim ( )	não ( )
Outras doenças confirmadas /Citar:		