

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

**PROTOCOLO DE CUIDADO À SAÚDE DO IDOSO NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DOS BAIROS ICAIVERA E PARQUE DO CEDRO.**

Claudia Maria Belo Lisboa

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2012

CLAUDIA MARIA BELO LISBOA

**PROTOCOLO DE CUIDADO À SAÚDE DO IDOSO NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DOS BAIROS ICAIVERA E PARQUE DO CEDRO.**

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: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo.

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2012

CLAUDIA MARIA BELO LISBOA

PROTOCOLO DE CUIDADO À SAÚDE DO IDOSO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DOS BAIROS ICAIVERA E PARQUE DO CEDRO.

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: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - orientadora

Profa. Dra Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte:31/07/2012.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus. Aos meus pais, pelo amor e apoio constantes.

Ao Naipista do Polo Lagoa Santa, Leonardo Savassi e à Tutora Ana Carolina Diniz de Oliveira, muito obrigada por tudo.

À Equipe 2 da Unidade Básica de Saúde da Família do Bairro Icaivera e à toda população do Bairro Icaivera e do Bairro Parque do Cedro.

Dedico aos meus filhos Pedro Henrique e João Guilherme,
pelas alegrias e companheirismo, sempre com muito amor.

Homenagem póstuma à querida colega Helcilene.
Quero oferecer a ela um bouquê de rosas vermelhas.

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas mas quando tocares uma alma humana, seja apenas outra alma humana .

C. G. Jung

RESUMO

A velhice é a última etapa do processo de desenvolvimento humano. Os idosos, nos seus aspectos biológico, psicológico e social apresentam transformações próprias, requerendo tipos de assistências diferenciadas, em especial à saúde. Como o envelhecimento não é um processo homogêneo, necessidades e demandas dos idosos variam, sendo preciso fortalecer o trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidades, inclusive nos domicílios. O envelhecimento da população brasileira vem acontecendo rapidamente provocando consequências sociais, culturais e epidemiológicas. Este trabalho teve como objetivos realizar uma revisão da literatura nacional sobre atenção à saúde do idoso e elaborar uma proposta de protocolo assistencial para organizar a assistência ao idoso residente na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família do bairro Icaivera. Foi, portanto, realizada uma pesquisa bibliográfica em bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde, em documentos do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. A literatura consultada mostrou que o estigma da velhice leva as pessoas a associarem o envelhecimento a um período propício à doenças. A capacitação dos profissionais que terão a função de cuidar da saúde dos usuários idosos precisa ser pensada, pois há uma carência significativa de profissionais com essa habilitação. Evidências demonstram que o atendimento ao idoso, de forma fragmentada, sem avaliação de sua funcionalidade e sem a compreensão das repercussões do envelhecimento nos processos saúde-doença repercute negativamente na sua saúde, entendida como o maior bem estar biopsicossocial e não simplesmente à ausência de doenças. Conclui-se que o uso do protocolo de atendimento ao idoso produz melhores resultados e qualifica a assistência.

Descritores: Qualidade de vida do idoso. Atenção ao idoso. Protocolo

ABSTRACT

Old age is the last stage of human development. The elderly, in their biological, psychological and social transformations have their own, requiring different types of assistance, especially to health. As aging is not a homogeneous process, needs and demands of the elderly vary, being necessary to strengthen the networking to include attention to the elderly healthy and meet those with different degrees of disability or illness, including homes. The aging of the population has been going rapidly leading social, cultural and epidemiological. This study aimed to conduct a review of the literature on health care for the elderly and draft a protocol, to organize assistance to the elderly residents in the area covered by the Basic Health Unit Family Neighborhood Icaivera. Was therefore conducted a literature search in databases of the Virtual Health Library in documents of the Ministry of Health, Ministry of Health of Minas Gerais and the Municipal Health Department of Belo Horizonte. The literature showed that the stigma of old age, leads people to associate aging with a period conducive to disease. The training of professionals who have the task of caring for the health of elderly users, must be considered because there is a significant lack of professionals with this qualification. Evidence shows that senior care in a fragmented way, without evaluation of its functionality and without understanding the impact of aging on health-disease processes have a negative impact on their health, understood as the greatest welfare biopsychosocial, and not merely the absence of disease . It is concluded that the use of the protocol of senior care produces better results and describes the assistance.

Keywords: Quality of life of the elderly. Elderly care. Protocol.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	JUSTIFICATIVA.....	25
3	OBJETIVOS.....	36
4	PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	37
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	38
6	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO.....	43
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
	REFERÊNCIAS.....	51

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional não se refere exclusivamente nem a indivíduos, nem a cada geração, mas sim à estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, ou seja, acima de 60 anos, considerada como definidora do início da velhice.

Esse limite inferior varia de sociedade para sociedade e depende não somente de fatores biológicos, mas, também, de fatores econômicos, ambientais, científicos e culturais. No Brasil, toma-se a idade de 60 anos como o divisor de idosos e não idosos, tal como estabelecido na Política Nacional do Idoso e no Estatuto do Idoso (CARVALHO e GARCIA, 2003).

Segundo Beltrão *et al.* (2004) apud Moraes *et al.* (2008) consideram que

[...] o envelhecimento populacional é uma das mais importantes mudanças demográfica e social observadas em quase todo o mundo. Esse fenômeno inicialmente observado de forma lenta e progressiva em países desenvolvidos passa a ocorrer com enorme velocidade em países em desenvolvimento. É sem dúvida, a maior conquista social do século XX. No entanto, há que se reconhecer que ela traz grandes desafios para as sociedades contemporâneas. Um dos desafios trazidos diz respeito à maior demanda por serviços de saúde e o despreparo dos sistemas de atenção para lidar com essas mudanças. Populações envelhecidas apresentam maior carga de doenças e agravos não transmissíveis, assim como incapacidades, resultando em maior e mais prolongado uso dos serviços de saúde. Projeta-se para 2020 um contingente de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas que terão 60 ou mais anos.

O envelhecimento é hoje um fenômeno universal, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. No Brasil impressiona como esse fenômeno vem ocorrendo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), até o ano de 2025, a população idosa no Brasil crescerá 15 vezes contra 5 vezes da população total no mesmo período. Tal aumento colocará o Brasil, no ano 2025, como a sexta população de idosos do mundo em termos absolutos; contará com mais de 32 milhões de pessoas com sessenta anos ou mais de idade (KALACHE *et al.*, 1987 apud KALACHE e GRAY, 1985).

Outra característica do envelhecimento é o aumento da proporção de idosos com mais de 80 anos, entre os próprios idosos. O número de habitantes com idade mínima de 80 anos, às vezes chamados velhos mais velhos está crescendo rapidamente em muitos países, inclusive no Brasil (LAURENTI *et al.*, 2004).

Entre 1991 e 2000, o número de octagenários brasileiros cresceu a uma taxa anual de 5,4%. Isso quer dizer que a população considerada idosa está envelhecendo (MORAES, 2008).

Esse é o grupo etário que mais vem crescendo no Brasil. Em 2030, o Brasil contará com 5,5 milhões de octogenários (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

Esses idosos constituem uma população bastante distinta dos idosos jovens, se considerarmos a prevalência de doenças e o grau de dependência funcional. Eles consomem recursos elevados do sistema de saúde e provocam marcante impacto na dinâmica familiar, social e econômica.

Os idosos utilizam número elevado de consultas que acarretam o grande consumo de medicamentos e ainda uma maior realização de exames complementares e procedimentos médicos especializados. São ainda responsáveis pela maioria das internações hospitalares quando comparados com usuários jovens (VERAS, 2009).

O grupo de idosos maiores de sessenta anos representa mais de 50% do consumo total de medicamentos. A maioria dos idosos consome de cinco a oito medicamentos diferentes. Entretanto esses idosos não tomam os medicamentos na hora correta e a quantidade exata prescrita. Além de não conhecerem os nomes, as doses e as razões por estarem usando os medicamentos prescritos. E ainda, 19% das internações dos idosos são devidas às reações adversas aos medicamentos prescritos (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

A farmacologia nos idosos é diferente das demais faixas etárias pelos processos patológicos serem mais graves e mascarados, por utilizarem mais medicamentos, praticarem mais a automedicação, terem grande dificuldade de entendimento, serem

portadores de mais patologias, possuem alterações no organismo próprias do envelhecimento, apresentarem mais reações adversas e mais interações devido ao uso de muitos medicamentos e pela ausência de estudos sobre medicamentos e idosos (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

A tendência de gastos frequentes com idosos enfermos é uma realidade universal (SIQUEIRA, 2010).

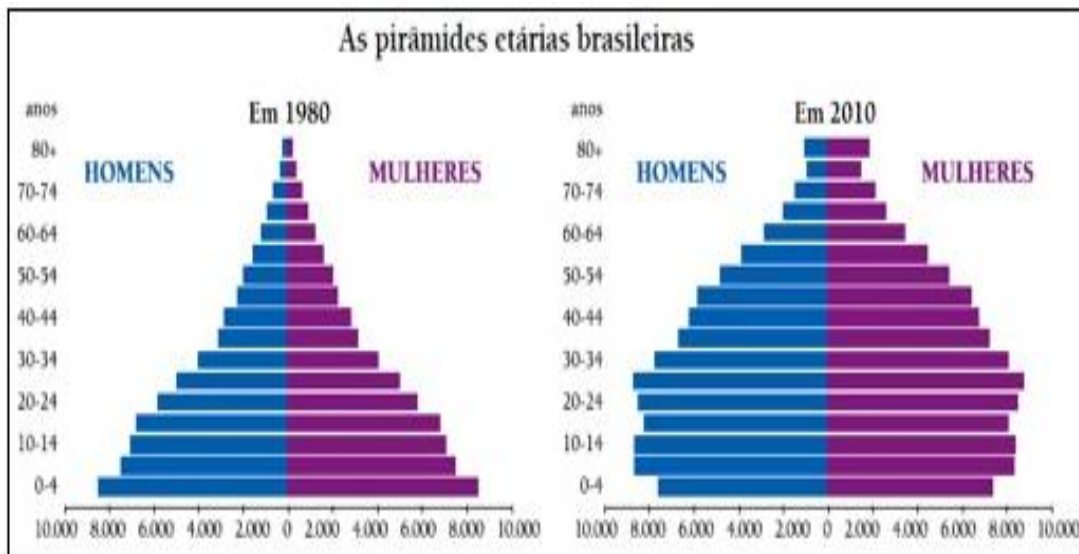
Kalache *et al.*, (1987, p. 210) consideram que:

[...] a curto prazo, os decréscimos projetados nas taxas reprodutivas na maioria dos países irão reduzir a proporção de jovens e aumentar a de idosos. Se, além disso, ocorrer um decréscimo nas taxas de mortalidade de pessoas adultas e idosas, a proporção das mesmas em relação à população como um todo irá aumentar ainda mais. Esse processo dinâmico no comportamento populacional tem sido chamado de transição epidemiológica ou transição demográfica e inclui os estágios: 1-mortalidade concentrada nos primeiros anos de vida (grande percentagem da população é jovem); 2- mortalidade decresce, taxas de crescimento aumentam ou se mantêm elevadas (percentagem de jovens na população aumenta); 3 - taxas de fertilidade decrescem, mortalidade continua a cair (aumento da percentagem de adultos jovens e progressivamente de pessoas idosas); 4- mortalidade em todos os grupos etários continua a cair (aumento contínuo na percentagem de idosos).

Em grande parte, o aumento atual do número de pessoas idosas em países menos desenvolvidos é decorrente do alto número de nascimentos durante as primeiras décadas deste século, associado a um progressivo decréscimo na taxa de mortalidade. Ressalta-se, ainda, que a taxa de natalidade decaiu, fazendo com que a proporção de adultos progressivamente aumentasse. O processo é, portanto, dinâmico. Para que uma população envelheça é necessário primeiro que nasçam muitas crianças; segundo, que as mesmas sobrevivam até idades avançadas e que, simultaneamente, o número de nascimentos diminua. Com isso, a entrada de jovens na população decresce e a proporção daqueles que sobreviveram até idades mais avançadas passa a crescer. A taxa de fertilidade da maioria dos países está em declínio. Como a taxa de fertilidade nos anos 60 era consideravelmente maior do que a atual, a base da pirâmide populacional de hoje é menor do que a de algumas

décadas passadas, o que significa que a proporção de crianças está decrescendo e, conseqüentemente, a faixa adulta aumentando. Esta coorte nascida na década de 60 será, no ano de 2020, a responsável pela pressão no topo da pirâmide populacional, fazendo-a ficar com um contorno mais retangular, caso seja mantida a tendência de baixo índice de fecundidade (KALACHE *et al.*, 1987).

Gráfico 1 – Pirâmide Etária da população Brasileira em 1980 e 2010.



Fonte: <http://geografianewtonalmeida.blogspot.com.br/2011/06/brasil-piramide-etaria.html> acessado em 06/04/2012.

O movimento de envelhecimento pode ser reconhecido pelo estreitamento da base e alargamento do topo da pirâmide.

Um fenômeno importante é a feminização do envelhecimento devido a uma tendência crescente e generalizada mundialmente da maior longevidade feminina. Essa tendência é consequência da sobremortalidade masculina em todas as faixas etárias e para a maioria das causas de morte. Possivelmente associa-se a maior exposição dos homens a fatores de risco como álcool e fumo, aos acidentes de trabalho e homicídios e ao aumento da mortalidade por câncer de pulmão e doenças cardiovasculares (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

A aparente vantagem das mulheres é parcialmente atenuada pela maior prevalência de demências, depressão e dependência funcional, entre elas, reduzindo sua expectativa de vida livre de incapacidades (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

O aspecto comportamental influi significativamente na saúde humana, levando às diferenças de gênero em relação ao hábito de fumar, ao alcoolismo, ao tipo de dieta, ao peso corporal, atividades físicas, atividades profissionais, desemprego, entre outras (LAURENTI, JORGE e GOTHIEB, 2005).

A proporção do contingente feminino é mais expressiva quanto mais idosa for o segmento, fato este explicado pela mortalidade diferencial por sexo; assim, o mundo dos idosos é um mundo de mulheres (MORAES, 2008).

A razão de sexos ou o número de homens para cada 100 mulheres é um índice demográfico que retrata a proporção dos sexos em uma população e permite quantificar a feminização do envelhecimento (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

O Quadro 1 demonstra que, como no restante do mundo, o processo de feminização do envelhecimento também é evidente no Brasil.

Quadro 1 - Número de homens para cada 100 mulheres no Brasil

Faixa etária	Ano		
	1950	2000	2020
65 a 69 anos	100	81	78
75 a 79 anos	Não disponível	72	66
80 anos ou mais	Não disponível	60	51

Fonte: Chaimowicz *et al.*, (2009).

A mudança na composição populacional já começou a provocar consequências sociais, culturais e epidemiológicas. A consequência epidemiológica de maior expressão é a transição epidemiológica, fenômeno responsável pela mudança do perfil de doença, no qual as doenças infecto-parasitárias cedem lugar

progressivamente às doenças crônicas não transmissíveis, mais complexas e onerosas, típicas das faixas etárias mais avançadas.

Já se observa um predomínio das enfermidades crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial, diabetes, artropatia, etc.), seguido de fatores de risco como quedas e suas consequências desfavoráveis, ocorrendo essas com maior prevalência e incidência em idosos (SILVA, 2004).

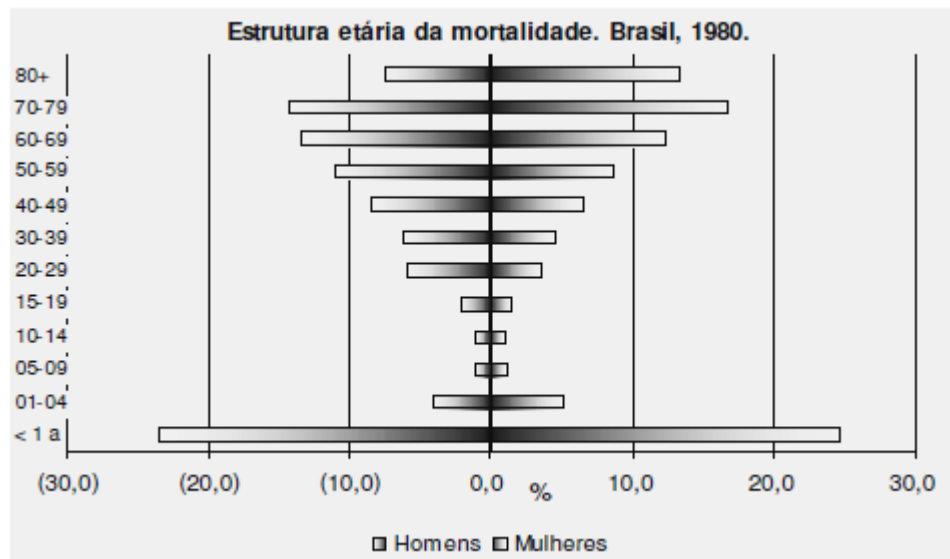
No Brasil, a transição epidemiológica é bastante evidente. Apesar disto, as mudanças não têm ocorrido exatamente de acordo com o modelo experimentado pela maioria dos países industrializados e mesmo por países latino-americanos como o Chile, Cuba e Costa Rica (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

No modelo brasileiro pode-se destacar alguns aspectos, a saber:

- Não há substituição, mas superposição entre as etapas nas quais predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas, agora associadas aos acidentes e mortes violentas.
- Ocorreu drástica redução das doenças imunopreveníveis. A incidência de sarampo, pólio, tétano, coqueluche e difteria declinou. Mas isso não ocorreu com outras doenças transmissíveis. Algumas foram reintroduzidas, como dengue e cólera, outras, como malária, hanseníase, leishmanioses e tuberculose recrudesceram; esquistossomose e hepatites B e C persistiram e outras como a AIDS, emergiram. Isso indica uma natureza bidirecional; o processo não se resolve de modo claro, em uma transição prolongada.
- A situação de diferentes regiões se torna contrastante, criando uma polarização epidemiológica (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

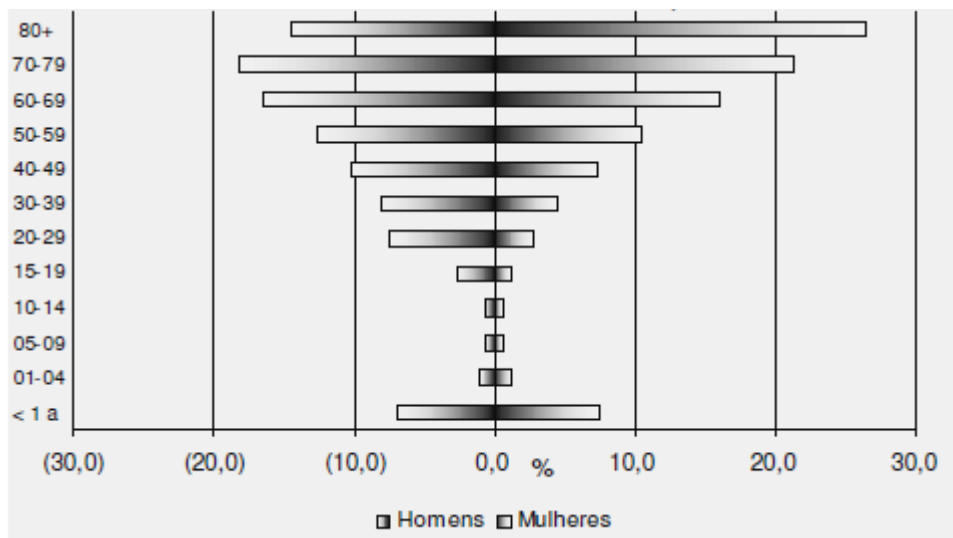
As figuras 5 e 6 apresentam a estrutura etária da mortalidade no Brasil. Esta é uma forma de comparar com que idade os brasileiros morriam em 1980 e o que mudou em 2000. Permite, ainda, correlacionar às transições demográfica e epidemiológica, e identificar alguns de seus componentes, a saber: queda da mortalidade infantil; sobremortalidade masculina; feminização do envelhecimento.

Figura 5 – Estrutura etária da mortalidade no Brasil, 1980.



Fonte: Chaimowicz *et al.*, (2009).

Figura 6 – Estrutura etária da mortalidade no Brasil, no ano de 2000.

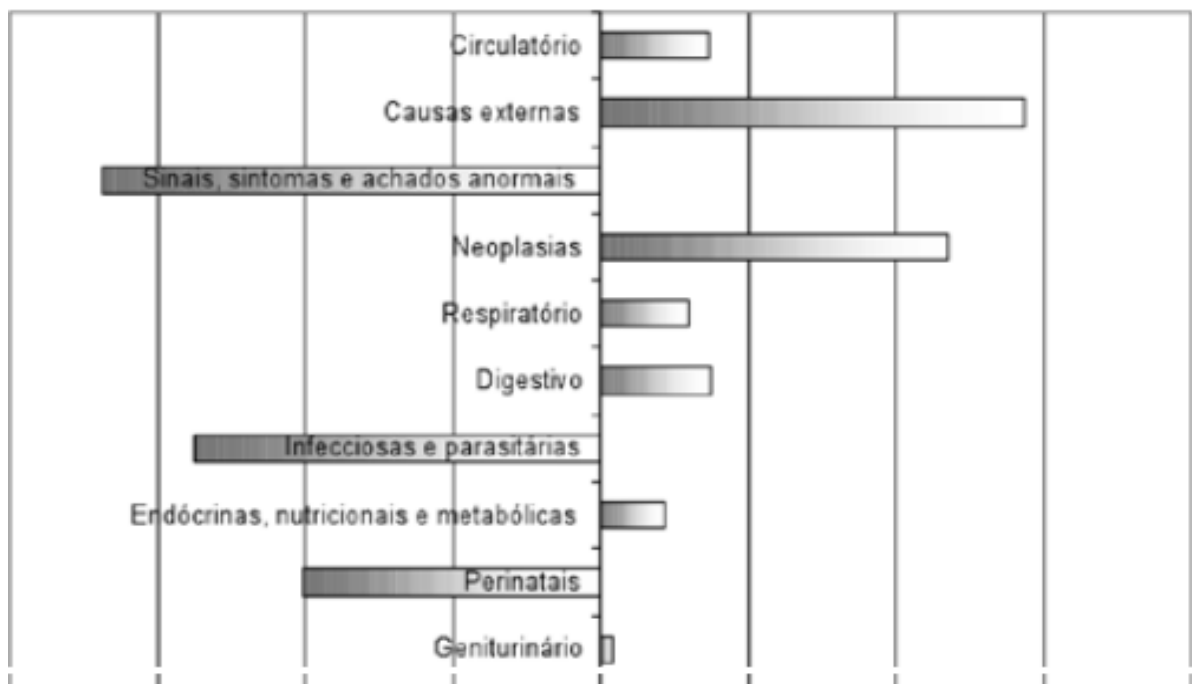


Fonte: Chaimowicz *et al.*, (2009).

As figuras 7 e 8 apresentam a variação nas principais causas de morte de homens e mulheres no Brasil no último quarto de século. Elas permitem visualizar que ainda hoje continuam a ocorrer as principais modificações associadas à transição epidemiológica:

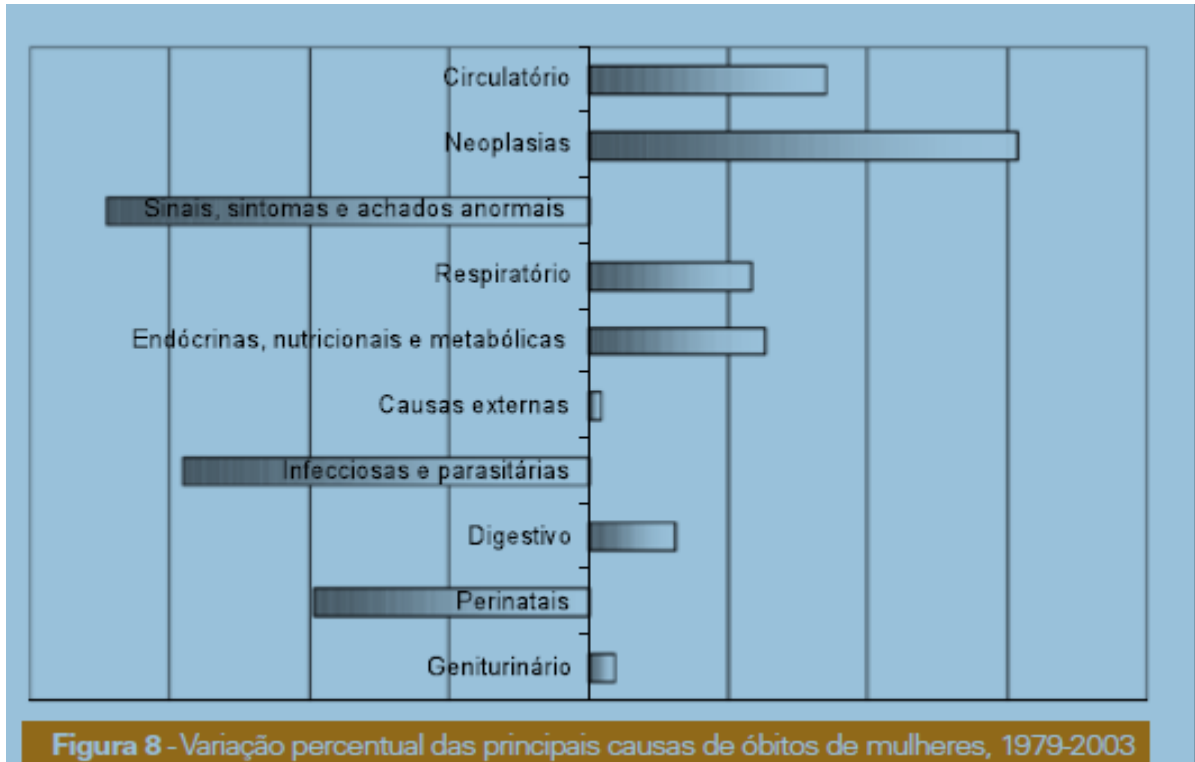
- Aumento das mortes por doenças circulatórias.
- Aumento das mortes por causas externas.
- Aumento dos óbitos por neoplasias.
- Redução dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias.
- Redução dos óbitos perinatais (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

Figura 7 – Variação percentual das principais causas de óbitos de homens, 1979-2003.



Fonte: (Chaimowicz *et al.*, 2009).

Figura 8 – Variação percentual das principais causas de óbitos de mulheres, 1979-2003.



Fonte: (Chaimowicz *et al.*, 2009).

A partir desse contexto brasileiro apresentado, torna-se pertinente mostrar os dados relativos ao município, local de atuação da especializanda, com vistas à contextualização do seu cenário de atuação cuja situação epidemiológica dialoga com a realidade do país.

Betim é uma cidade que integra a região metropolitana de Belo Horizonte e tem características bastante similares à da capital mineira.

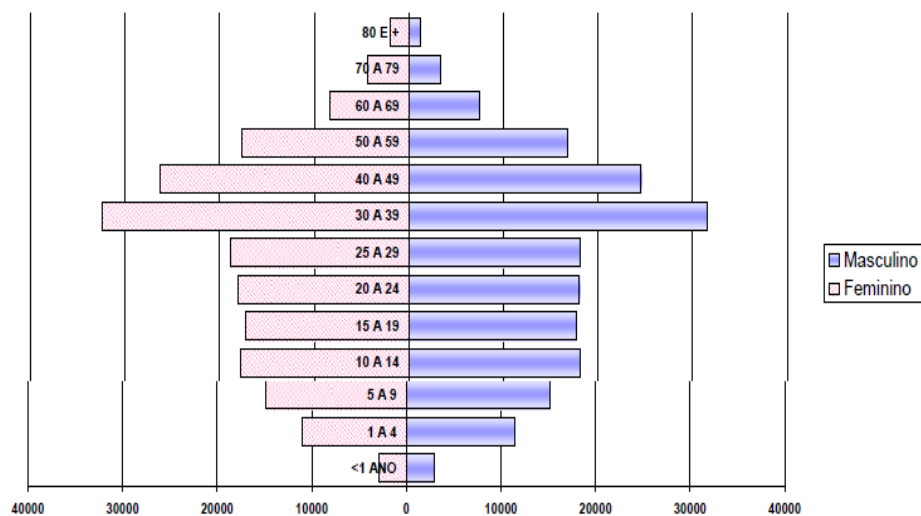
Figura 9 – População residente por faixa etária e sexo – Município de Betim, no ano de 2010.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	2892	2883	5775
1 a 4 anos	11470	10950	22420
5 a 9 anos	15188	14800	29988
10 a 14 anos	18080	17794	35874
15 a 19 anos	17749	17232	34981
20 a 29 anos	36072	36958	73030
30 a 39 anos	31535	32489	64024
40 a 49 anos	24542	26246	50788
50 a 59 anos	16818	17676	34494
60 a 69 anos	7522	8318	15840
70 a 79 anos	3332	4431	7763
80 anos e mais	1152	1960	3112
Total	186352	191737	378089

Fonte: IBGE (2010).

Os dados apontam que o maior contingente populacional encontra-se nas faixas etárias de 20 a 29 anos, de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos. Percebe-se, também, que a população idosa feminina é maior do que a masculina, conforme mostra a literatura.

Figura 10 – Distribuição da população por sexo e faixa etária – Betim – 2010.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Betim, 2010.

Figura 11 – Distribuição da população por sexo e faixa etária. Betim, 2010.

Sexo	Faixa Etária													
	<1	1ª4	5ª9	10ª14	15ª19	20ª24	25ª29	30ª39	40ª49	40ª49	60ª69	70ª79	80+	Total
Masculino	2.892	11.470	15.188	18.080	17.749	18.034	18.038	31.535	24542	16818	7.522	3.332	1.152	186.352
Feminino	2.883	10.950	14.800	17.794	17.232	18.110	18.848	32.489	26246	17676	8.318	4.431	1.960	191.737
Total	5.775	22.420	29.988	35.874	34.981	36.144	36.886	64.024	50788	34494	15.840	7.763	3.112	378.089

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Betim, 2010.

Figura 12 – População na UBS Icaivera por faixa etária. Betim, 2010.

Sexo	Faixa Etária													
	<1 ano	1 a 4 a	5 a 9 a	10 a14	15 a19	20ª24	25ª29	30ª39	40 a49	50ª59	60ª69	70ª79	80+	Total
Masculino	54	216	286	340	334	339	339	593	461	316	141	63	22	3504
Feminino	54	206	278	335	324	341	354	611	494	332	156	83	37	3605
Total	108	422	564	675	658	680	693	1204	955	648	297	146	59	7109

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Betim, 2010.

Figura 12 – População na UBS Parque do Cedro por faixa etária. Betim, 2010.

Sexo	Faixa Etária													
	<1 ano	1 a 4 a	5 a 9 a	10 a14	15 a19	20ª24	25ª29	30ª39	40 a49	50ª59	60ª69	70ª79	80+	Total
Masculino	30	119	158	188	185	188	188	328	255	175	78	35	12	1939
Feminino	30	114	154	185	179	188	196	338	273	184	87	46	20	1994
Total	60	233	312	373	364	376	384	666	528	359	165	81	32	3933

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Betim, 2010.

Quando realizei a disciplina saúde do idoso (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009), fiz a escolha do tema para o meu trabalho de conclusão de curso e tive como respaldo o diagnóstico situacional que elaborei quando cursei a disciplina planejamento e avaliação das ações de saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010) do território da minha Unidade e detectei a existência de um número significativo de idosos residindo no território.

O município de Betim não difere muito do cenário nacional, em cujo território residem 26.715 usuários idosos, correspondendo a 7% da população municipal.

Com base no exposto, optei, portanto, por realizar um protocolo de cuidados para os idosos residentes no território da área de atuação da minha equipe.

O município de Betim está desenvolvendo sua própria Política de Saúde do Idoso, seguindo as orientações da Política Nacional, tendo como objetivo o envelhecimento ativo e saudável. O envelhecimento da população vem se dando rapidamente e o município, assim como todo o país, tem que adaptar-se a este novo fenômeno social (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

Em Betim, existem várias iniciativas com o intuito de melhorar a qualidade da atenção que é prestada ao idoso betinense. Projetos de extensão universitária, clubes de melhor idade, ações voluntárias individuais e do Estado (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

Na área da saúde, Betim possui ações bastante pontuais tais como: cursos direcionados aos cuidadores de idosos, ações de prevenção e promoção à saúde. Grupo de apoio a familiares de idosos demenciados e o Ambulatório de Geriatria no Centro de Especialidades Divino Braga. O Município é campo de estágio supervisionado para médicos residentes em Saúde da Família e inclui em sua grade de formação dois meses de estágio em Saúde do Idoso (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

As Instituições de Longa Permanência para o Idoso (ILPI) do município contam com uma médica geriatra do SUS para acompanhamento exclusivo a todos os idosos residentes. Também já foram implantados os Programas de Internação Domiciliar

(PID) ou o Programa Melhor em Casa e Programa de Atenção Domiciliar (PAD), cujo perfil prevalente abrange pessoas acima de sessenta anos de idade e portadores de patologias crônicas, agudizadas ou não (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

As principais causas de morbimortalidade, responsáveis por 71% da mortalidade em idosos betinenses maiores de 60 anos de 2006 a 2009 foram:

- 1- Doenças do aparelho circulatório.
- 2- Neoplasias.
- 3- Doenças do aparelho respiratório.
- 4- Doenças endócrinas e metabólicas.

O Sistema de Saúde deverá ser eficaz e eficiente, no provimento da assistência ao idoso, em todos os níveis de atenção (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

Envelhecer deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção de saúde em todas as idades. Importante acrescentar que muitos idosos brasileiros e betinenses envelheceram e envelhecem apesar da falta de recursos e da falta de recursos específicos de promoção e de prevenção em saúde. Entre esses estão os idosos que vivem abaixo da linha da pobreza, analfabetos, os sequelados de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatas ou diabetes mal controlado, os hemiplégicos, os portadores de síndrome de imobilidade devido às quedas, devido aos acidentes vascular-encefálicos, os idosos com síndromes demenciais, e para todos eles também é preciso achar respostas e ter ações específicas (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

2 JUSTIFICATIVA

A preocupação com a velhice e com o envelhecimento é tão antiga quanto a civilização. Com o passar dos anos, há um aumento de mortalidade em consequência do aumento das doenças associadas ao envelhecimento. À medida que a idade avança, ocorrem alterações estruturais e funcionais no organismo, que são próprias do processo de envelhecimento normal, mas que podem variar de acordo com as características individuais de cada um (MAZZA e LEFÈVRE, 2005).

As pessoas idosas sempre foram reconhecidas pela sociedade por avaliações ambíguas. Em princípio, por terem vivido muito, teriam a possibilidade de contribuir com experiência e sabedoria para aperfeiçoar a construção da comunidade onde estão inseridos.

A modernidade, entretanto, tornou o passado território de pouco valor. Nessas condições, os idosos somente serão merecedores de respeito, desde que não se transformem em peso demasiado oneroso para o equilíbrio financeiro da gestão pública dos recursos investidos em saúde (SIQUEIRA, 2010).

Segundo estudos epidemiológicos da população brasileira idosa, a problemática do idoso no Brasil apresenta-se como um desafio para a Saúde Pública, que está a exigir uma ação imediata no sentido de diminuir as desigualdades, tanto social quanto de saúde, nos diferentes estratos dessa população, proporcionando um amparo adequado do sistema público e previdenciário (MOTTA; AGUIAR e CALDAS, 2011).

A promoção de saúde na velhice que engloba programas em que o autocuidado, a integração social, a atividade física, o controle de hábitos nocivos à saúde, a utilização de tempo livre e a prevenção de incapacidades são fundamentos que estão compreendidos nos princípios da Saúde para Todos, da Organização Mundial da Saúde que é agregar vida aos anos e não agregar anos à vida (MAZZA e LEFÈVRE, 2005).

Viver melhor, sentir-se integrado socialmente, este é o direcionador para ações e políticas públicas que promovam a inclusão social da pessoa idosa. Garantir os direitos inerentes à pessoa idosa dentro de suas necessidades dando a esta população prioridade absoluta (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

É urgente e necessária uma mudança cultural e social de integração do idoso no contexto das políticas, pensando e agindo in loco, para que nenhum idoso seja objeto de negligência, discriminação, violência, crueldade, e opressão (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

Pensar política pública para o idoso é criar mecanismos intersetoriais onde a pessoa idosa tenha atendimento preferencial no SUS, nos bancos, e que seja assegurado o direito à cultura, esporte, lazer, habitação, transporte coletivo, emprego; respeitando a condição de pessoa do idoso, que está VIVO e manifesta essa vida interior a si mesmo e aos outros no ato de entender, querer e amar (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

Os programas de prevenção pautam-se em medidas de diminuição dos efeitos das enfermidades que, na maioria das vezes, são crônicas, necessitando de intervenção rápida para se deter o processo da enfermidade, na investigação para a detecção precoce e nas medidas para minimizar os efeitos dessas enfermidades, preservando assim a independência e a autonomia (MOTTA; AGUIAR e CALDAS, 2011).

A filosofia básica para o atendimento aos idosos é a manutenção de sua autonomia e independência o maior tempo possível, proporcionando a este grupo vulnerável a possibilidade de sua inserção no sistema de saúde que não seja o pronto-socorro e/ou as unidades de urgência, mas sim a Unidade Básica de Saúde da Família, devidamente equipada e com pessoal treinado para fazer frente aos problemas do idoso (MAZZA e LEFÈVRE, 2005).

Os idosos, por apresentarem características bastante peculiares das demais faixas etárias, requerem uma avaliação de saúde mais cuidadosa, a fim de se identificar problemas subjacentes à queixa principal. Portanto, faz-se necessário priorizar no

seu atendimento, a avaliação multidimensional geriátrica abrangente ou avaliação global (MORAES, 2008).

A avaliação multidimensional visa a desenvolver um plano abrangente para a terapia e acompanhamento em longo prazo, e constitui um diagnóstico multidisciplinar, designado para quantificar os problemas e capacidades funcionais e psicossociais de um idoso. Tem por objetivo desenvolver um plano de tratamento e acompanhamento e compreende uma forma de se avaliar o nível de saúde do idoso ou da qualidade de vida. Por isso é um importante instrumento para os trabalhadores de saúde que atendem aos idosos (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

A falta de uma avaliação geriátrica correta está diretamente ligada às reinternações e ao maior uso dos serviços de saúde. Isso pode ser observado na prática, quando nos deparamos com um idoso que já passou por diversos serviços de saúde; o que se deve ao fato de só se tratar a queixa principal. Levando à equipe de saúde solicitar excessivo número de exames complementares e a encaminharem os usuários idosos mais que o necessário.

A assistência ao idoso apresenta um importante estrangulamento, que é a demanda altamente reprimida por atendimentos e exames especializados (VERAS, 2009).

Esse tipo de abordagem ao usuário idoso apresenta um dos mais sérios problemas bioéticos, devido aos escassos recursos públicos direcionados pelo município para atender às demandas em saúde (SIQUEIRA, 2010).

Outra situação em bioética é a relação usuário idoso/equipe de saúde. O vínculo idoso/equipe de saúde é essencial e não pode estar ausente nos atendimentos aos idosos na UBS (SIQUEIRA, 2010).

Outra situação incompreensível é a desatenção dos profissionais de saúde em obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE), para a realização de procedimentos de investigação diagnóstica, o que caracteriza desrespeito ao princípio da autonomia do usuário idoso (SIQUEIRA, 2010).

O idoso, quando competente, tem o direito de exercer sua autonomia para tomar decisões sobre seu próprio corpo, mesmo diante de opiniões divergentes da equipe de saúde (SIQUEIRA, 2010).

Acresce-se a esses fatos o pequeno número de profissionais da saúde habilitados em atender e tratar dos idosos, o que tem contribuído decisivamente para a abordagem adequada do idoso na UBS (VERAS, 2009).

O aumento do número de idosos e maior utilização do sistema de saúde, consequência do maior tempo de vida e das múltiplas patologias crônicas, configura-se como o grande gargalo e desafio do sistema de saúde (VERAS, 2009).

Os idosos são os usuários que mais frequentam os serviços de saúde, apresentam maior frequência de internações hospitalares e essas são mais prolongadas.

A ausência do atendimento ambulatorial e/ou domiciliar aos idosos faz com que o primeiro atendimento ocorra em um nível mais avançado, no Hospital ou Unidades de Atendimento Imediato (UAI), aumentando os custos e diminuindo as chances de prognóstico favorável. Esses usuários consomem mais recursos do que seria preciso, elevam-se os custos, sem que necessariamente se obtenham os resultados esperados em termos de recuperação da saúde e melhoria da qualidade de vida.

Assim sendo o trabalho com o grupo de idosos é viável e importante. É fundamental que os profissionais de saúde adotem uma rotina bem estabelecida de atendimento ao idoso, abordando-os corretamente, não tratando apenas seus sintomas isoladamente, mas considerando o idoso como um todo, através de uma avaliação global. Essa ação pode reduzir as internações e reinternações, que muitas vezes resultam em perda da independência e aquisição de novas incapacidades (VERAS, 2009).

Cuidar do idoso implica promover a sua saúde segundo os critérios do paradigma adotado e não se centrar apenas na cura da doença. A meta, portanto, é reduzir os riscos previsíveis e possibilitar ao idoso uma vida mais saudável (VERAS, 2009).

A urgente mudança do paradigma centrado nos cuidados especializados realizados em instituições, baseada no fato de que, para podermos atender a massa da população idosa, são necessárias medidas que visem proporcionar condições de manter os idosos, o maior tempo possível em seus lares e ter a família como sustentação, para a manutenção tanto física como social (MAZZA e LEFÈVRE, 2005).

Essa atuação da equipe de saúde da UBS deve ocorrer a um nível multiprofissional e interdisciplinar. A equipe de saúde deve ter uma visão holística do idoso e não uma visão fragmentada. Se a equipe de saúde depara-se com muitas situações a que não está acostumada, tem a necessidade de buscar o conhecimento. Nesse contexto surge a necessidade da educação continuada ou permanente.

Atividades de promoção à saúde, prevenção de agravos, curativas e reabilitadoras são desenvolvidas nas UBS, suscitando uma visão integral do idoso e levando ao deslocamento da atenção ao ambiente familiar do mesmo (MAZZA e LEFÈVRE, 2005).

Os idosos são responsáveis por uma contribuição importante na renda das famílias em que estão inseridos. A co-residência de pais idosos e filhos aparece como uma estratégia familiar utilizada para beneficiar tanto as gerações mais novas como as mais velhas.

A família é uma das instituições mais importantes e eficientes no tocante ao bem-estar dos idosos e à distribuição de recursos. Dada a predominância em quase todo o mundo de um modelo de políticas sociais que privilegia o enxugamento do Município e do Estado, as famílias estão sendo cada vez mais requeridas para cuidarem dos idosos (MORAES, 2008).

Isso tem se dado tanto pela co-residência como pela transferência de bens e recursos financeiros. Os familiares se ajudam na busca do bem estar coletivo, constituindo um espaço de conflito cooperativo onde se cruzam as diferenças entre homens e mulheres e as intergeracionais. Daí surge uma gama variada de arranjos familiares (MORAES, 2008).

A análise da realidade brasileira sinalizou que há que se levar em conta a queda generalizada da fecundidade, o aumento também generalizado da participação das mulheres (a tradicional cuidadora dos segmentos dependentes da família) nas atividades econômicas bem como as mudanças expressivas nos arranjos familiares (separações, coabitação, aumento da proporção de mulheres que nunca se casaram e/ou nunca tiveram filhos). Isso tem dificultado e irá dificultar ainda mais a atuação das famílias como promotoras de apoio à população idosa (MORAES, 2008).

Nesse contexto, cabe dizer que no bairro Icaivera ainda é comum encontrar grupos familiares trigeracionais, residindo na mesma moradia e/ou no mesmo lote. É grande a dependência da renda dos idosos e do seu patrimônio na manutenção das famílias. Além da dependência do trabalho físico como cuidar dos netos e netas e do serviço da casa, de cuidarem de idosos mais idosos, familiares e ou vizinhos. Também existem no bairro Icaivera as novas formas de arranjos familiares e de convivência, devido à redução dos familiares de determinadas famílias e aos novos papéis que a mulher assume. Existem, ainda, na região da UBS Icaivera muitos idosos que residem sozinhos. Sendo assim, o cuidado ao usuário idoso precisa ser repactuado entre familiares e cuidadores.

É na família que o idoso tem o seu mais efetivo meio de sustentação e pertencimento, em que o apoio afetivo e de saúde se faz necessário e pertinente. Quando a família está impossibilitada de prestar assistência, o idoso fica exposto a situações de morbidade significativa sob vários aspectos, tanto físicos como psíquicos ou sociais.

É essencial conhecer a situação familiar do idoso, como as relações intrafamiliares são estabelecidas e como é a dinâmica de sustentação e amparo ao idoso. As equipes de saúde das UBS devem auxiliar a família a renegociar papéis e funções com os cuidadores. Sobretudo porque a funcionalidade do cuidado ao idoso é essencial para o cumprimento do plano terapêutico.

A atenção ao idoso está intimamente relacionada à presença do cuidador, ou da pessoa que, no espaço privado doméstico, realiza ou ajuda o idoso a realizar suas

atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, com o objetivo da preservação de sua autonomia e de sua independência.

Uma das estratégias da Promoção de Saúde para o atendimento aos idosos é a assistência no domicílio, e o objetivo maior é a permanência do idoso no seu lar, a preservação da autonomia e independência, proporcionando uma melhor qualidade de vida e bem-estar (MAZZA e LEFÈVRE, 2005).

O envelhecimento humano é um processo universal, progressivo e gradual e tem múltiplos fatores: genéticos, biológicos, sociais, ambientais, psicológicos e culturais. A saúde aparece como elemento balizador pelo seu forte impacto sobre a qualidade de vida, constituindo-se como uma das principais fontes de estigmas e preconceitos em relação à velhice (ASSIS, 2005).

A representação negativa, normalmente associada ao envelhecimento, tem como um dos seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade.

A agenda da política pública do Brasil vem priorizando a manutenção da capacidade funcional do idoso, com monitoramento das condições de saúde e de educação, com cuidados qualificados e atenção multidimensional e integral (VERAS, 2009).

Ainda Veras (2009), o prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerada como uma real conquista na medida em que agrega qualidade aos anos adicionais de vida.

Assim, qualquer política destinada ao idoso, deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de autossatisfação (VERAS, 2009).

Também deve ser campo para a possibilidade de atuação em vários contextos sociais e de elaboração de novos significados para incentivar fundamentalmente a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde do idoso.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que políticas de saúde na área do envelhecimento levem em consideração os determinantes de saúde ao longo de todo o curso de vida (sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso aos serviços de saúde), com especial ênfase sobre as questões de gênero e as desigualdades sociais (MOIMAZ *et al.*, 2009).

Quando se pensa na elaboração de uma nova política de cuidado para o idoso baseada na qualidade de vida, assume importância basilar o conceito de capacidade funcional, isto é, a capacidade de se manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (VERAS, 2009).

A dependência física ou mental é um fator de risco importante para a mortalidade do idoso, mais até que as próprias doenças que levaram à dependência, uma vez que nem todo idoso doente se torna dependente (VERAS, 2009).

Segundo Veras (2009) o monitoramento das condições de saúde assim como dos fatores associados é um instrumento útil para orientar as estratégias de prevenção que devem ter como objetivos:

- Interferir favoravelmente na história natural da doença.
- Antecipar o surgimento de complicações.
- Prevenir as exacerbações e complicações das doenças crônicas.
- Aumentar o envolvimento do idoso no autocuidado.
- Construir uma base de dados sobre os doentes crônicos.

Um modelo de atenção à saúde do idoso que pretenda apresentar efetividade e eficiência precisa aplicar todos os níveis da prevenção e possuir um fluxo bem delineado de ações de educação, de promoção à saúde, de prevenção de doenças evitáveis, de postergação de moléstias e de reabilitação de agravos (VERAS, 2009).

Deve existir no modelo, para o momento posterior à captação e identificação de risco do idoso, uma etapa na qual estejam incluídas a possibilidade de tratamento de

patologias não geriátricas e o encaminhamento para cuidado geriátrico, quando houver necessidade de tratamento especializado (VERAS, 2009).

Deve-se avaliar a capacidade funcional do idoso com enfoque em:

- Avaliação da realização pelo idoso das atividades básicas da vida diária, também chamadas de atividades de autocuidado ou de cuidado pessoal, como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, deitar e levantar da cama e/ou cadeira, e controlar a função de urinar e/ou evacuar.
- Avaliação da realização pelo idoso das atividades instrumentais da vida diária, (usar o telefone, ir a locais distantes utilizando algum meio de transporte, fazer compras, arrumar a casa, preparar a própria refeição, lavar roupa, tomar medicamentos e cuidar do dinheiro).

De acordo com a Linha Guia de Atenção à Saúde do Idoso, da Secretaria de Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2007), a incapacidade funcional constitui um forte preditor de mortalidade na população de idosos, devendo, portanto, ser incluída na rotina de avaliação diagnóstica dos profissionais de saúde que lidam com esse público alvo.

A capacidade funcional do idoso é um importante indicador do grau de independência, bem como da necessidade de medidas preventivas ou mesmo de intervenções terapêuticas que reduzam os mecanismos que afetam o declínio da habilidade de o idoso exercer diversas funções físicas e mentais cotidianas (VERAS, 2009).

O grande desafio para a saúde pública nas próximas décadas está no diagnóstico e prevenção dos possíveis riscos associados à incapacidade funcional, em busca de uma longevidade com maior independência, autonomia e qualidade de vida para o idoso (VERAS, 2009).

O Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1/10/2003, publicado no Diário Oficial da União de 3 de outubro de 2003, tem como tema central o amparo, a assistência e a proteção ao idoso em seu processo de envelhecimento ou quando já velho. O

Estatuto esclarece sobre os deveres das famílias, das instituições, do governo e do cidadão comum em relação aos cuidados e apoio ao idoso.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família, foi planejada para reorientar a atenção à saúde da população fomentando a qualidade de vida, por exemplo, mediante promoção do envelhecimento saudável.

Como o envelhecimento não é um processo homogêneo, necessidades e demandas dos idosos variam, sendo preciso fortalecer o trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade, inclusive nos domicílios (VERAS, 2009).

Os profissionais da Equipe de Saúde da Família enfrentam desafios inerentes ao cuidado à saúde do crescente número de idosos e sua problemática específica, num contexto epidemiológico de coexistência de doenças crônico-degenerativas, infecciosas e agravos decorrentes de problemas sociais, especialmente a violência. Por isso, variáveis como apoio familiar e redes de suporte social, também devem ser consideradas na análise das condições de vida e do risco de fragilização da população idosa, numa abordagem intersetorial capaz de identificar e atender as necessidades dos idosos (SILVA, 2004).

A identificação do risco na população idosa pode ser detectada através da avaliação da presença de um perfil de fragilização, que também reduz progressivamente, a capacidade funcional levando à maior demanda por serviços de saúde em todos os níveis (VERAS, 2009).

É fundamental que a equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde da Família do bairro Icaivera forneça informações e educação continuada para estimular o comportamento saudável da população, em especial do idoso.

Informando à toda população idosa adscrita à UBS sobre a rede de proteção ao idoso existente no município de Betim:

- 1- Centros de Referência Assistência Social.

- 2- Centros de Referência Especializados de Assistência Social.
- 3- Ministério Público de Betim.
- 4- Defensoria Pública.
- 5- Conselho Municipal do Idoso.
- 6- Clube Viver Melhor.
- 7- APROMIV (Associação de Proteção à Maternidade, Infância e Velhice).
- 8- Apoio à Família que possui familiar portador de Doença de Alzheimer existente no Centro de Reabilitação.
- 9- Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Betim: Apoio Psicológico ao Cuidador.
- 10-Asilos: Antonio Pereira Gonçalves, Núcleo Assistencial Espírita Paz e Trabalho (NAEPT), Lar Vicentino Divino Ferreira Braga.

Com base no exposto justifica-se a importância da realização deste estudo e a proposta de organização da atenção ao idoso por meio de protocolo assistencial.

3 OBJETIVOS

Realizar uma revisão da literatura nacional sobre atenção à saúde do idoso.

Elaborar uma proposta de protocolo assistencial para organizar a assistência ao idoso residente na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família do bairro Icaivera.

4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

A opção por trabalhar com revisão bibliográfica se deveu ao fato da mesma oportunizar conhecer os estudos e as evidências existentes sobre determinado tema e ainda poder fazer inferências sobre os mesmos e modificá-los, se necessário, para aplicá-los na prática assistencial.

A pesquisa bibliográfica foi realizada utilizando-se como os seguintes descritores: Protocolos, Atenção ao Idoso, Qualidade de Vida.

A busca dos artigos foi feita na Biblioteca Virtual da Saúde. Foram também pesquisadas as publicações do Ministério da Saúde, por ser um órgão que vem produzindo vários informes técnicos com a finalidade de reorientar a organização do processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde. Foram também pesquisadas as publicações das: Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais e a Secretaria de Saúde de Belo Horizonte

Definiu-se por não determinar periodicidade para fazer a pesquisa bibliográfica e assim termos uma maior facilidade de encontrar estudos norteadores da elaboração de protocolo, seu uso e ainda as estratégias de como implantá-los.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A velhice é a última etapa do processo de desenvolvimento humano. Os idosos, nos seus aspectos biológico, psicológico e social apresentam transformações próprias, requerendo tipos de assistências diferenciadas, em especial, à saúde. Voltar a atenção à saúde do idoso é um ato político que envolve diferentes atores sociais: gestores, sociedade civil organizada e a população de idosos que, em um processo demográfico, participativo e consensual, articulam-se entre si e negociam as tomadas de decisões para o enfrentamento do envelhecimento populacional (SILVA, 2004).

Essa mesma autora enfatiza que o impacto do envelhecimento da população brasileira já vem trazendo consequências ao perfil epidemiológico brasileiro. Atualmente, já se observa um predomínio de enfermidades crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial, diabetes, artropatia, etc.), seguido de fatores de risco para as quedas. Note-se que o contexto do Brasil é marcado pela sobreposição de um perfil epidemiológico característico de sociedades industrializadas, com uma alta incidência e prevalência de doenças infectocontagiosas. Esta sobreposição, traz desafios enormes ao sistema de assistência à saúde e, em particular, à assistência à população idosa, vulnerável aos agravos das doenças infecciosas (cólera, dengue, malária, doença de Chagas, tuberculose), ao mesmo tempo, em que desenvolve doenças típicas da idade (doenças crônico-degenerativas). A maioria das doenças crônicas que acomete o idoso tem na própria idade seu principal fator de risco. A idade mais avançada acarreta modificações profundas nas funções orgânicas, reduzindo as reservas funcionais e aumentando a vulnerabilidade para muitas doenças.

Silva (2004) ainda ressalta que o estigma da velhice, por sua vez, leva as pessoas a associarem o envelhecimento a um período propício a doenças. Torna-se necessário distinguir as mudanças resultantes do envelhecimento das mudanças resultantes das doenças. Portanto, não necessariamente se está doente quando se vivenciam transformações pertinentes à idade, que são consideradas normais no processo de envelhecer. Algumas são óbvias como problemas de visão, audição,

força e vigor físico, diminuição e comprometimento da memória em curto prazo, perda da massa óssea e da massa muscular, alterações na postura, alterações metabólicas e na utilização dos nutrientes, diminuição da percepção sensorial (paladar ,olfato, audição, etc.), diminuição da capacidade mastigatória e do fluxo salivar e da sensibilidade da sede, enfim a lista pode ser perfeitamente ampliada, porém não mal interpretada. Por isso é importante caracterizar o idoso saudável, o idoso doente e ou com incapacidade.

O Brasil está num processo de envelhecimento populacional e, a cada década, o percentual de idosos aumenta significativamente. Como resultado, os serviços de atenção primária à saúde, com ênfase às Equipes de Saúde da Família, estão vivendo um período de crescente demanda de recursos voltados para atender às necessidades dos usuários idosos (MINAS GERAIS, 2007).

Nesse processo de preparação e adaptação da sociedade a essa realidade demográfica, deve-se incluir a capacitação dos profissionais que terão a função de cuidar da saúde dos usuários idosos, pois, atualmente, há uma carência significativa de profissionais com essa habilitação. Evidências demonstram que o atendimento ao idoso de forma fragmentada, sem avaliação de sua funcionalidade e sem a compreensão das repercussões do envelhecimento nos processos saúde-doença repercutem negativamente na sua saúde, entendida como o maior bem estar biopsicossocial, e não simplesmente a ausência de doenças (MINAS GERAIS, 2007).

Grande parte das doenças e limitações dos idosos não provoca morte nem leva à internação. São algumas condições que não causam diretamente o óbito e internações hospitalares, porém são importantes e devem ser valorizadas, pois geralmente ficam ocultas. São elas:

- doenças de grande impacto sobre a família: demências;
- doenças com potencial de risco muito elevado: quedas;
- doenças incapacitantes para o idoso: osteoartrose;
- doenças que comprometem a autoestima: depressão;
- doenças que afetam a qualidade de vida: incontinência urinária;
- estágios precursores de doenças: dispilidemia (risco de infarto);

-estágios assintomáticos de doenças: osteoporose (risco de fraturas) (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

É fundamental preservar não somente a capacidade física e mental dos idosos, mas também sua capacidade funcional.

Doenças crônicas tornam-se mais importantes na medida em que comprometem a independência do idoso, como é o caso de osteoartrose, cataratas ou sequelas do acidente vascular encefálico (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

Nas próximas quatro décadas, com a explosão demográfica da terceira e quarta idades, surgirá uma população de idosos mais dependentes, com menos recursos próprios e que receberá, mantidas as atuais tendências, precário suporte formal do governo e informal de suas famílias. A proporção de idosos mais idosos aumentará, acarretando crescimento desproporcional das demandas sociais e de saúde (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

Todo esse contexto reivindica estratégias de atuação que possibilitem melhor assistência à população idosa. Nesse sentido, é imperativo considerar que os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, em circunstâncias clínicas específicas, preferencialmente baseadas na melhor informação científica. Quando se deseja implantar diretrizes de conduta assistencial, o protocolo é de fundamental importância para orientar e sistematizar procedimentos dentro de um trabalho em equipe.

Alguns Protocolos estudados na pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde:

PROTOCOLO	Descrição (foco)
1.Atenção à saúde do idoso. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2007.	É completo e extenso e uma excelente fonte de pesquisa e aprendizagem. Deve-se estudá-lo bastante.
2.Atenção á saúde do idoso no âmbito da estratégia saúde da família. HAMAD, G.B.N.Z. Dissertação de mestrado. Curso de mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Paraíba, 2008.	Cita a epidemiologia do envelhecimento, as políticas nacionais do idoso, e analisa o atendimento ao idoso em uma

	Unidade de Saúde seguindo as diretrizes da estratégia saúde da família.
3. Avaliação Geriátrica Abrangente de Idosos Atendidos em uma Unidade de Saúde da Família, BATISTA, L. L. ; FERNANDES, M. G. M.; NÓBREGA, M. S. L.,	Possui importantes informações sobre a avaliação geriátrica abrangente e sua importância. Cita alguns testes e alterações que ocorrem durante o envelhecimento, citando as patologias crônicas.
4. Avaliação Multidimensional do Idoso por Enfermeiros Brasileiros: Uma Revisão Integrativa, SANTOS, S.S.C., CARVALHEIRO, B.C., SILVA, B.T., BARLEM, E.L.D., FELICIANI, A.M., VALCARENGHI, R. V., 2010.	Importante revisão bibliográfica sobre a produção científica da enfermagem em relação aos cuidados com os idosos e a avaliação multidimensional
5. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), SAVASSI, L.C.M., BOGUTCHI, T.R.S., BARROSO, M., POSSAS, T.S.M., FAJARDO, M., RAMOS, I.C.M., Protocolo de Cuidados ao Idoso e Reabilitação, 2010.	Cita a importância da avaliação geriátrica abrangente aos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para o Idoso que fazem parte da rede FHEMIG e cita as 13 escalas de avaliação geriátrica.
6. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Minas Gerais. Programa Mais Vida. Protocolo de Avaliação Global do Idoso na Atenção Primária à Saúde, 2009.	Muito prática, pois é um ótimo esquema de anamnese e avaliação geriátrica abrangente pela equipe de saúde e a aplicação dos testes simplificados. Pode ser adotada por toda equipe de saúde.
7. Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Superintendência de Atenção Integral à Saúde. Coordenadoria de Ações Programáticas e Estratégicas Saúde da Pessoa Idosa. Diretrizes para Elaboração de Protocolo de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (Proposta). Mato Grosso, 2007.	Destaca a importância de oficinas sobre a saúde do idoso que ocorreram previamente à confecção da proposta do protocolo. Cita os direitos dos idosos e chama a atenção à violência praticada contra os idosos. Apoio às pesquisas e estudos sobre idosos.
8. CENTRALIZADORA DOS SERVIÇOS DE BANCO S.A.- SERASA. Guia Serasa de Orientação ao Cidadão. Série Serasa de Cidadania. São Paulo, dezembro, 2003.	É muito importante para os idosos. Se todos os idosos o lessem aprenderiam muito sobre autocuidado e direitos.
9. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência, Coordenação de Atenção à Saúde do Idoso. Protocolo de Avaliação Admissional Multidimensional do Idoso Institucionalizado, 2004.	Importante por orientar a equipe de saúde no cuidado aos idosos residentes em instituições de longa permanência, tendo em seu conteúdo vários textos para reflexão.
10. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Saúde. Protocolo de Atenção Integral à População Idosa. Campinas, 2005.	A política do idoso do município de Campinas é o resultado do trabalho de vários setores dos

	serviços que envolvem os idosos. Destaca a importância da anamnese e do exame físico, das vacinas, cita várias patologias que podem acometer os idosos e as leis de proteção aos idosos além do estatuto do idoso.
12. Florianópolis. Secretaria de Saúde. Departamento de Saúde Pública. Assessoria de Vigilância a Saúde. Protocolo de Atenção ao Idoso Envelhecimento Saudável em Florianópolis, 2006.	Aborda o Programa do Idoso na Política de Saúde da Família. Cita as patologias que acometem os idosos, os gigantes da geriatria, cita a importância dos cuidadores de idosos.
13. São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde. Sistema Único de Saúde, Ministério de Saúde. Coordenação de Atenção Básica e PSF. Área Temática de Saúde do Idoso, Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada. Protocolo de Enfermagem Atenção à Saúde do Idoso, 2004.	Muito importante pois valoriza a equipe de saúde na promoção do envelhecimento saudável e orienta a equipe de enfermagem sobre a anamnese, o exame físico e orientações aos idosos. Aplicação das escalas de avaliação multidimensional.

Neste sentido, pretende-se apresentar um protocolo de atenção à saúde dos idosos a ser utilizado na Unidade Básica de Saúde da Família onde atuo.

6 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

A adoção do protocolo ou das diretrizes clínicas na atenção ao idoso se insere no desenvolvimento de uma política de prevenção instituída no Sistema Único de Saúde, a partir da avaliação geriátrica global.

A avaliação de risco do idoso permite a identificação de potencial desenvolvimento de incapacidade funcional.

O uso da evidência científica, a partir de ensaios clínicos, tem contribuído para aplicação dos testes de avaliação geriátrica como importantes instrumentos de ação em saúde do idoso.

A atenção básica tem papel central na rede de serviços no sentido da implementação do cuidado integral aos idosos. São nos serviços de saúde que acontecem a avaliação geriátrica global, o diagnóstico funcional/etiológico e a elaboração do plano de ação.

O uso de diretrizes clínicas para a avaliação geriátrica abrangente, prevenção de incapacidades, realização do diagnóstico e do plano de ação, a partir da evidência científica acerca da eficiência e eficácia dos testes, produz melhores resultados e qualifica a assistência (SILVA, 2010).

Estudos demonstram, entretanto, que a adesão ao uso de diretrizes clínicas pelos profissionais de saúde é ainda insatisfatória, acarretando resultados aquém daqueles esperados com base no conhecimento científico vigente.

Os profissionais de saúde resistem a adotar as diretrizes clínicas na avaliação geriátrica global (SILVA, 2010).

Foram identificados dez tipos de barreiras à adoção de diretrizes clínicas:

- Falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde.
- Falta de familiaridade com a diretriz.

- Falta de credibilidade nos benefícios da diretriz.
- Pela simplificação das orientações e/ou redução da autonomia médica.
- Falta de eficácia.
- Falta de expectativa nos resultados.
- Resistência a mudanças de comportamento.
- Restrição do tempo.
- Muitos papéis para preencher.
- O usuário ser idoso.

Pesquisadores identificaram que a adesão de profissionais às diretrizes clínicas esteve relacionada inversamente ao tempo de prática profissional e ao volume de idosos atendidos (SILVA, 2010).

A própria falta de atualização e de reciclagem do profissional de saúde pode contribuir para a desmotivação do uso de diretrizes clínicas. Sendo desejável participar das capacitações em educação permanente em saúde.

A literatura demonstra que em muitos estudos os médicos resistem à adoção das diretrizes clínicas por as acharem muito rígidas, pouco práticas e por reduzirem sua autonomia profissional.

A resistência à adoção das diretrizes clínicas pode acarretar baixa qualidade dos registros de informações no prontuário do idoso, o que compromete a qualidade da assistência, pois são informações importantes na continuidade do cuidado, subsidiam o ensino e pesquisas em saúde e a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas (SILVA, 2010).

A resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.638/2002 estabelece a definição de prontuário: documento constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do usuário e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao usuário (SILVA, 2010).

A qualidade dos registros das informações em saúde é um reflexo da qualidade da assistência e seus dados auxiliam na continuidade do cuidado, subsidiam o ensino e pesquisas em saúde. Sendo assim, os registros nos prontuários do usuário idoso devem ser preenchidos de maneira que sua leitura e identificação de autoria sejam acuradas, objetivas e concisas (SILVA, 2010).

6.1 Proposta do protocolo

O atendimento ao idoso nas UBS visando somente ao diagnóstico e à cura de determinado agravo ou patologia e as especialidades para quais os idosos serão encaminhados é extremamente danoso ao próprio idoso, por ser um atendimento realizado em pouco tempo e principalmente por ser fragmentado

É necessário quebrar o paradigma desse modelo de atendimento, quando se trata dos usuários idosos. Na avaliação ao usuário idoso, não é mais essencial a presença ou ausência de agravos ou patologias.

As comorbidades que acometem o idoso são importantes, mas de maior importância é a avaliação da independência funcional e da autonomia.

Dessa forma, o grande desafio da equipe de saúde da UBS é promover um envelhecimento ativo, com qualidade de vida, independência funcional e autonomia. Acrescentando anos à vida e vida aos anos vividos pelo idoso.

A quebra do paradigma se baseia que é essencial na avaliação da saúde do idoso avaliar a funcionalidade. Esta está fundamentada em 5 pilares:

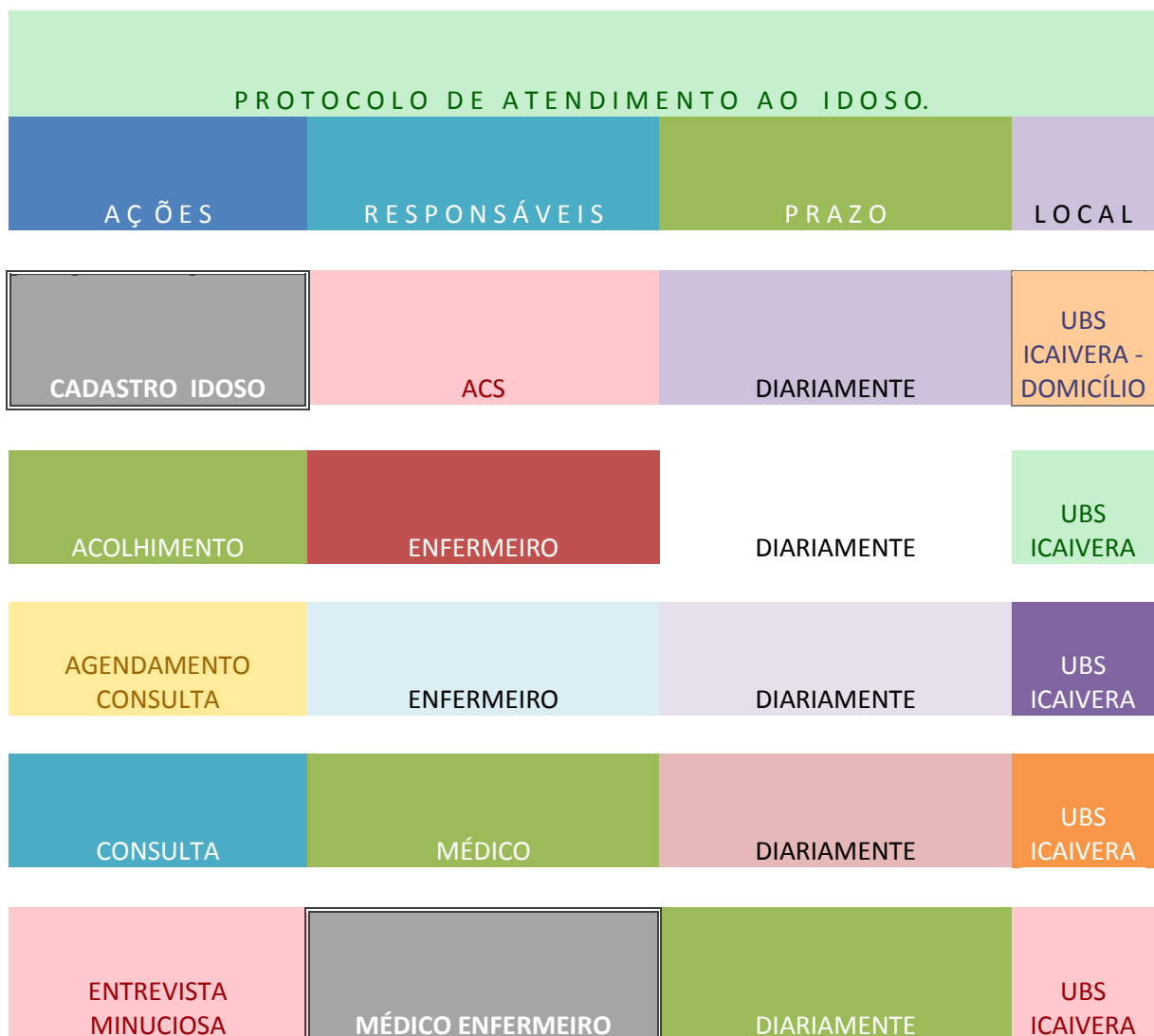
- 1- A cognição.
- 2- O humor.
- 3- A mobilidade.
- 4- A comunicação.
- 5- Apoio sócio-familiar.

Sendo assim, a avaliação do usuário idoso é multidimensional e interdisciplinar ocorrendo preferencialmente na Atenção Primária, ou seja, na UBS. Demanda um tempo bem maior do médico e enfermeiro, e são muitos papéis a serem preenchidos.

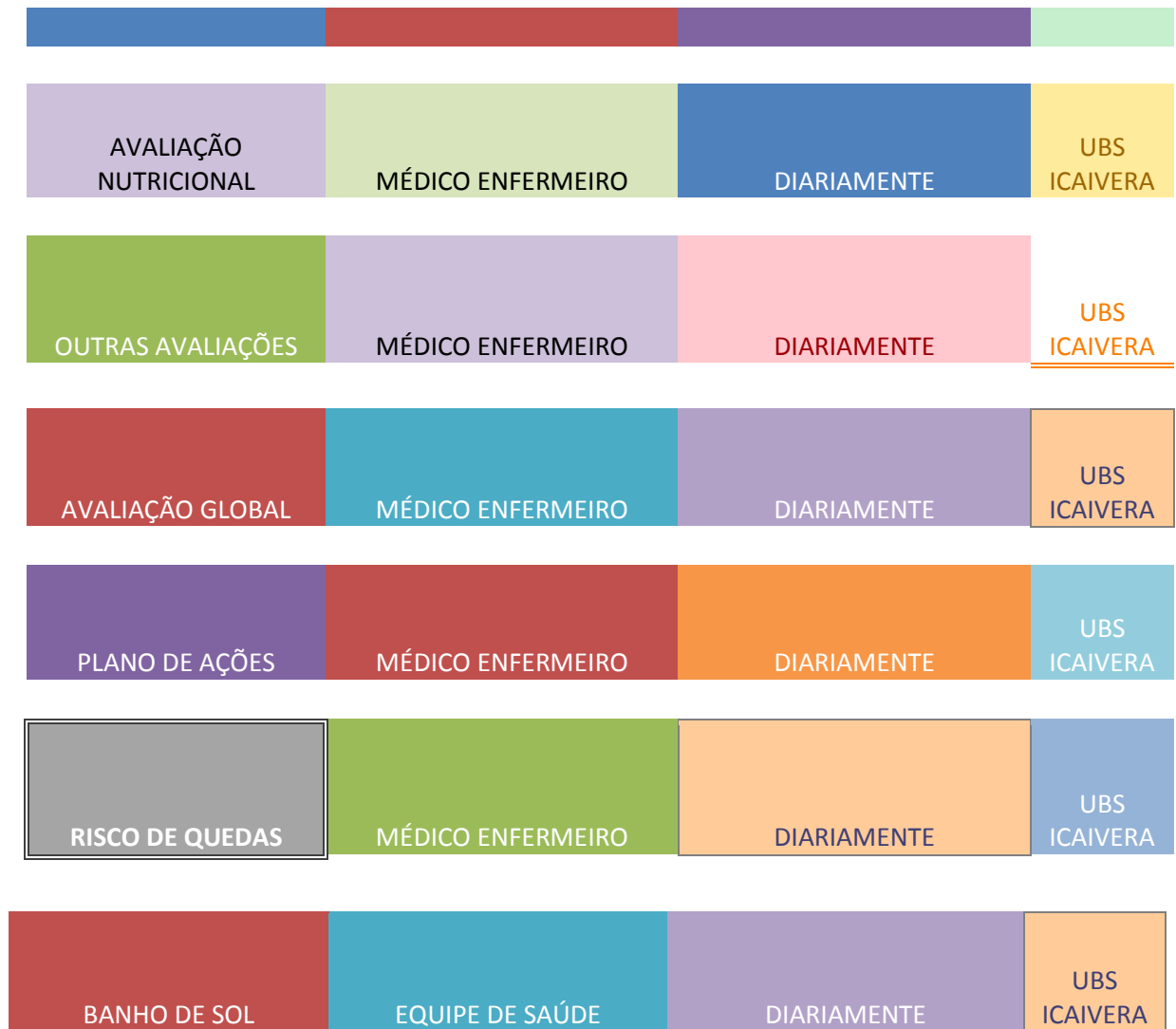
O hospital ou a UAI não são os melhores locais para se realizar a avaliação geriátrica global. Quanto menos tempo o idoso permanecer hospitalizado e ou internado na UAI, será melhor para ele.

O grande objetivo terapêutico da avaliação geriátrica abrangente é a promoção do cuidado ao idoso, com foco na manutenção da autonomia e da independência.

O idoso com autonomia é o idoso que decide sobre a própria vida. E o idoso com independência é o que executa a ação que decidiu.



EXAME FÍSICO MINUCIOSO	MÉDICO	DIARIAMENTE	UBS ICAIVERA
APLICAÇÃO DAS ESCALAS	MÉDICO ENFERMEIRO	DIARIAMENTE	UBS ICAIVERA
AVALIAR SAÚDE BUCAL	EQUIPE SAÚDE BUCAL	DIARIAMENTE	UBS ICAIVERA
AFERIÇÃO PRESSÃO ARTERIAL	EQUIPE DE SAÚDE	DIARIAMENTE	UBS ICAIVERA
PESAR E MEDIR	EQUIPE DE SAÚDE	DIARIAMENTE	UBS ICAIVERA
CALCULAR IMC	MÉDICO ENFERMEIRO	DIARIAMENTE	UBS ICAIVERA
VACINAÇÕES	EQUIPE DE SAÚDE	DIARIAMENTE	UBS ICAIVERA
ORIENTAÇÕES SAÚDE	EQUIPE DE SAÚDE	DIARIAMENTE	UBS ICAIVERA
PESQUISA MEDICAMENTOS	EQUIPE DE SAÚDE	DIARIAMENTE	UBS ICAIVERA
ALIMENTAÇÃO	EQUIPE DE SAÚDE	DIARIAMENTE	UBS ICAIVERA
RISCOS DE QUEDAS	EQUIPE DE SAÚDE	DIARIAMENTE	UBS ICAIVERA



As escalas de Avaliação Geriátricas Abrangentes utilizadas nesse modelo de protocolo são as que estão na Linha Guia do Idoso da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Pois essa Linha Guia é completa e abrange todos os itens da avaliação multidimensional do idoso.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O idoso tem DIREITO à Atenção Integral à Saúde, isto é, o SUS com atendimento geriátrico e gerontológico, medicação gratuita, órteses, próteses, e outros relacionados à reabilitação ou habilitação, atendimento priorizado, internação domiciliar, acompanhantes durante internações; benefícios da previdência.

Ser avaliado pela equipe multidisciplinar que trabalhará as informações, condutas, experiências, através de uma visão ampla do idoso, e não fragmentada, considerando os aspectos biológicos, psíquicos, sociais, culturais, para a melhoria da qualidade de vida desse idoso.

Todo idoso tem direito ao envelhecimento saudável: que é o processo de envelhecimento com preservação da capacidade funcional, da autonomia, e da qualidade de vida.

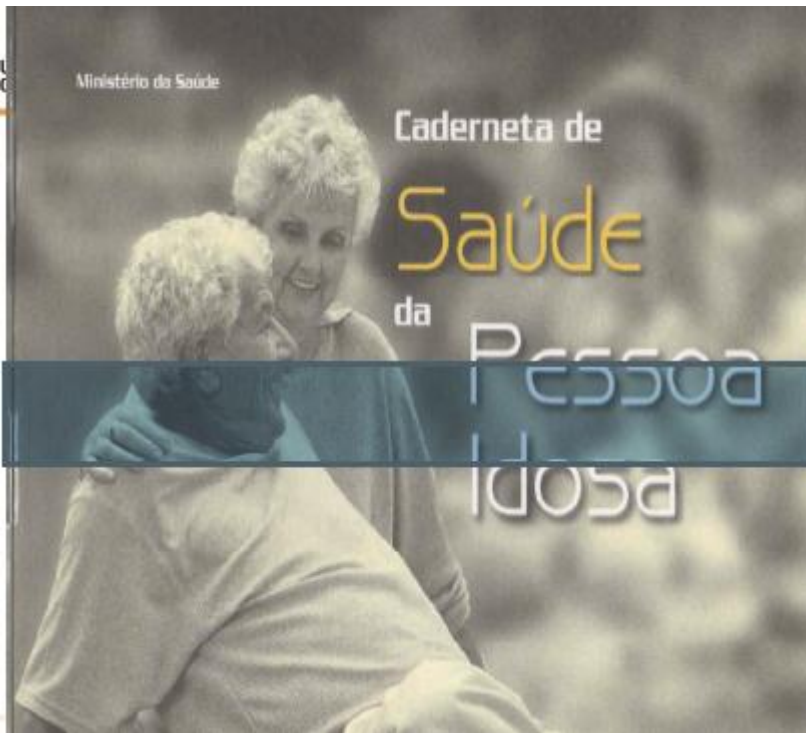
O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e circunstâncias. Deve ser um compromisso de cada gestor em saúde compreender que, ainda que os custos de hospitalizações e cuidados prolongados sejam elevados na população idosa, também aí está se investindo na velhice.

Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas, maduras e plenamente integradas.

O Centro Mais Vida Regional Centro Localizado no Hospital das Clínicas, atende preferencialmente aos idosos residentes em Belo Horizonte.

O Município de Betim já pleiteou junto ao Governo do Estado de Minas Gerais, um Centro Mais Vida, pois o Governo de Minas Gerais já construiu 3 e pelo plano do Governo ao todo serão 10 Centros Mais Vida.

Nesse contexto, o Município de Betim, usa as ferramentas disponíveis e esse Protocolo poderá ser de grande ajuda aos profissionais das UBS.



REFERÊNCIAS

ASSIS, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista APS**, v.8, n.1, p. 15-24, jan/jun. 2005.

BATISTA, L. L.; FERNANDES, M. G. M.; NÓBREGA, M. S. L. Avaliação geriátrica abrangente em uma unidade de saúde da família. In:___ **Congresso Médico da UFPB**, 2003, João Pessoa. **Anais Eletrônicos**. João Pessoa, UFPB, 2003. Disponível em : <<http://www.propesq.ufpb.br/anais\edc\htm>>. Acesso em 21 de out. 2011.

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. .A.; KANSO, S. Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX : **Texto para discussão n.1038**, Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

BRAGA, P. M. V, Envelhecimento, ética e cidadania **O Neófito. Informativo Jurídico** .Data publicação 0-12-2001. Acesso em 23-10-2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Lei n.10.741, de 1 de outubro de 2003. **Diário Oficial da União** de 3 de outubro de 2003.

CAMPOS, F.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, A. M. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. 2. Ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, mai-jun. 2003.

CENTRALIZADORA DOS SERVIÇOS DE BANCO S.A.- SERASA. **Guia Serasa de Orientação ao Cidadão**. Série Serasa de Cidadania. São Paulo, dezembro, 2003.

CHAIMOWICZ, F. *et al.* **Módulo saúde do idoso** .Belo Horizonte: Nescon/UFMG. Coopmed, 2009.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. SAVASSI, L.C.M., BOGUTCHI, T.R.S., BARROSO, M., POSSAS, T.S.M., FAJARDO M., RAMOS, I.C.M., **PROTOCOLO DE CUIDADOS AO IDOSO E REABILITAÇÃO**, n. 24, estabelecido em 01 de fevereiro de 2010.

GOVERNO DE ESTADO DE MATO GROSSO. Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso. Superintendência de Atenção Integral à Saúde. Coordenadoria de Ações Programáticas e Estratégicas de ações em saúde da pessoa idosa. **Diretrizes para elaboração de protocolo de atenção à saúde da pessoa idosa (proposta)**, 2007.

HAMAD, G.B.N.Z. **Atenção à Saúde do Idoso no Âmbito da Estratégia Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). 2008. Universidade Estadual da Paraíba, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2009**. Rio de Janeiro, 2010.

KALACHE, A *et al.* O Envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev. Saúde pública**. São Paulo, v.21 n.3, p. 200-210,1987 *apud* KALACHE e GRAY. Health problems of older people in the developing world, In: ___ Pathy, M. S. J. **Principles and practice of geriatric medicine**. Chichester, John Wiley & Sons ,p 1279-87,1985.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, I. R.O Envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.21 n.3,p. 200-210,1987.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTHIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10, n. 1, p :35-46,2005.

LOURENÇO, R..A.; MARTINS, C.F.S.; SANCHEZ, M. A. S., VERAS, R. P. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.39, n.2, abr. 2005.

MAZZA, M. M. P. R.; LEFÈVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v.15, n.1, 2005.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Políticas de Atenção ao Idoso no Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Programa mais Vida. **Protocolo de Avaliação Global do Idoso, Na Atenção Primária à Saúde**, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. **Atenção à Saúde do Idoso**. Saúde em Casa. Linha Guia Saúde do Idoso. 2 ed. Belo Horizonte, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Minas Gerais. **Políticas de Atenção ao Idoso no Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. **Atenção à Saúde do Idoso**. Saúde em Casa. 2 ed. Belo Horizonte, 2007.

MOIMAZ, S. A. S.; GARBIN, C.A.S.; SALIBA, N. A.; LOLLI, L.F. O idoso no Brasil. Aspectos legislativos de relevância para profissionais de saúde, **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.10, n.2, p. 61-69, jun.2009.

MORAES, E. N. *et al.* **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. 1ª Reimpressão, 2009. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MOTTA, L. B. da; AGUIAR, A. C. de; CALDAS, C.P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p. 779-786, abr., 2011.

OLIVEIRA, C.C.; CAMPOS, F.C.C. **Projeto Social: saúde e cidadania**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência. Coordenação de Atenção à Saúde do Idoso, **Protocolo de Avaliação Admissional Multidimensional do Idoso Institucionalizado**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de Assistência à Saúde do Idoso do Município de Betim**. Betim: Secretaria Municipal de Saúde de Betim, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Departamento de Saúde. **Protocolo de Atenção Integral à População Idosa**. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria de Saúde. Departamento de Saúde Pública. Assessoria de Vigilância à Saúde. **Protocolo da Atenção à Saúde do Idoso: envelhecimento saudável em Florianópolis**. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica e PSF. Área Temática de Saúde do Idoso. Coordenação de Desenvolvimento da Ação Descentralizada. **Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde do Idoso**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde. 2004.

SANTOS, S. S. C.; CARVALHEIRO, B. C., SILVA, B.T., BARLEM, E. L. D.; FELICIANI, A. M.; VALCARENGHI, R. V. Avaliação multidimensional do Idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão Integrativa, **Revista Ciências Cuidado com a Saúde**, v.9, n.1, p.129-136, jan/mar 2010.

SANTOS, W. L. dos.; FULY, P.S. C.; SANTO, F.H. E.; LIMA, C. A., Protocolo de Assistência de Enfermagem a Idosos em Alta Complexidade, **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.24, n.1, 2, 3, p. 63-74, jan/dez 2010.

SEGUNDA ASSEMBLÉIA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE ENVELHECIMENTO. **Declaração Política. Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de Madrid**. Madrid, 2002.

SILVA, E. R., **Análise da adesão de profissionais de saúde a um protocolo clínico para saúde cardiovascular do adulto e idoso em uma unidade de saúde de atenção primária**. 2010. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, M. D. C. Q. **Programa de Assistência à Saúde do Idoso Em Manaus Em Nível Ambulatorial: Uma Análise Crítica**. 2004. Dissertação (Mestrado) Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane. Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2004.

SIQUEIRA, J. E. de. Atenção médica ao paciente idoso. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 34, n.4, p.466-474, setembro, 2010.

VASCONCELOS, A. F. *et al.* **Capacitação Profissionais de Saúde. Abordagem Multiprofissional da Saúde do Idoso**. Prefeitura de Betim, 14 de maio, 2012.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S. M. **Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

VERAS, R. P. O Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.43, n.3, p.548-54, mai/jun 2009.