

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

ANGÉLICA GOMIDES DOS REIS GOMES

**ABORDAGEM DO IDOSO: UMA PROPOSTA PARA A POPULAÇÃO
ADSCRITA À ÁREA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA- BELA
VISTA NO MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA- MINAS GERAIS**

LAGOA SANTA- MINAS GERAIS

2013

ANGÉLICA GOMIDES DOS REIS GOMES

**ABORDAGEM DO IDOSO: UMA PROPOSTA PARA A POPULAÇÃO
ADSCRITA À ÁREA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA- BELA
VISTA NO MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA- MINAS GERAIS**

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. Soraya Almeida Belisário

LAGOA SANTA- MG

2013

ANGÉLICA GOMIDES DOS REIS GOMES

**ABORDAGEM DO IDOSO: UMA PROPOSTA PARA A POPULAÇÃO ADSCRITA À
ÁREA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA- BELA VISTA NO MUNICÍPIO DE
LAGOA SANTA- MINAS GERAIS**

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. Soraya Almeida Belisário

Banca Examinadora

Profa. Dra. Soraya Almeida Belisário – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovada em Belo Horizonte, em 28 de janeiro de 2014

RESUMO

Este trabalho apresenta uma proposta de intervenção para o enfrentamento das dificuldades na organização do cuidado ao idoso pela Estratégia de Saúde da família (ESF). Assim, objetivou elaborar este projeto com vistas à organização do cuidado à população idosa adscrita à ESF da Unidade de Saúde da Família Bela Vista município de Lagoa Santa. Fez-se pesquisa bibliográfica em bases de dados da BIREME, com os seguintes descritores: envelhecimento, promoção da saúde e idoso, bem como consulta ao site do Ministério da Saúde. O projeto de intervenção propõe o desenvolvimento de ações de incentivo à promoção da saúde e envelhecimento ativo, pela implantação de uma agenda com consultas direcionadas a este público, com a organização de grupos ocupacionais e organização do atendimento, no intuito de melhorar a qualidade de vida da população idosa.

Palavras-chave. Promoção da saúde. Envelhecimento. Idoso.

ABSTRACT

This paper presents a proposal for intervention for coping with difficulties in the organization of elderly care by Family Health Strategy (FHS). Thus, this project aimed to develop with a view to the organization of care for the FHT enrolled Unit Family Health Bela Vista municipality of Lagoa Santa elderly population. A bibliography search in databases BIREME, using the following keywords: aging, health promotion and the elderly, as well as consultation with the Ministry of Health website The intervention project proposes the development of actions to encourage health promotion and active aging, the deployment of an agenda aimed at this audience, with the organization of occupational groups and organization of care in order to improve the quality of life of the elderly population queries.

Keywords. Health promotion. Aging. Elderly.

SUMÁRIO

1 Introdução	7
2 Justificativa	13
3 Objetivos	14
4 Metodologia	15
5 Revisão Bibliográfica	17
6 Plano de intervenção	24
7 Considerações finais	28
Referências	29

1 Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), a terceira idade tem início entre os 60 e 65 anos. Em 2006, a OMS divulgou um documento alertando para as várias implicações que as transformações demográficas e o crescente número de idosos podem gerar para a saúde pública mundial, como o aumento natural do número de indivíduos portadores de doenças crônicas.

Portanto, os sistemas sanitários dos países precisam focar sua atenção nos cuidados primários de saúde da comunidade, preocupando-se com a prevenção de problemas crônicos (OMS, 2006 *apud* BALDONI; PEREIRA, 2011).

Analisando o Brasil, é possível verificar que o Sistema Único de Saúde (SUS), atende às recomendações da OMS, atuando nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros (BRASIL, 1990 *apud* BALDONI; PEREIRA, 2011). Contudo, tais ações ainda necessitam ser efetivamente implementadas no Brasil.

De acordo com a Portaria nº 2528/GM de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006),

[...] o Brasil envelhece de forma rápida e intensa. No Censo de 2000, contava com mais de 14,5 milhões de idosos (IBGE, 2002), em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades (LIMA-COSTA *et al*, 2003; RAMOS, 2002). A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (IBGE, 2000). Essa transição demográfica repercute na área da saúde, em relação à necessidade de (re)organizar os modelos assistenciais (LIMA-COSTA; VERAS, 2003). (BRASIL, 2006)

A mesma portaria afirma que uma consequência do envelhecimento populacional é que esta população está exposta a um maior número de doenças e/ou condições crônicas, que requerem mais serviços sociais e médicos e por período mais prolongado (FIRMO *et al*, 2003 *apud* BRASIL, 2006). Afirma ainda, que “isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS” (LIMA-COSTA *et al*, 2000 *apud* BRASIL, 2006, p. 4).

Segundo a mesma portaria, faltam profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção. Outro fato importante é que saúde para a população idosa ultrapassa o controle e a prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis, pois abrange a

interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social. As políticas públicas de saúde têm destacado, ainda, a atenção aos idosos e às idosas com alto grau de dependência funcional (BRASIL, 2006).

A portaria apresenta a definição de pessoa idosa como aquela que tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003) e aponta o aumento do número de pessoas idosas ocorrido, no Brasil, nos últimos 60 anos (BELTRÃO; CAMARANO; KANSO, 2004).

Envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. (CARVALHO; GARCIA, 2003 *apud* BRASIL, 2006, p. 5).

Para Camarano *et al.* (1999), não é só a população brasileira que está envelhecendo, mas a proporção da população com 80 anos ou mais também. Isto significa que a população idosa também está envelhecendo. Ainda para este autor, em 2000, esse segmento representou 12,6% do total da população idosa brasileira, levando à heterogeneidade do grupo que é composto por pessoas em plena vigor e de maior vulnerabilidade (BELTRÃO; CAMARANO; KANSO, 2004). Aponta que cinquenta e cinco por cento da população idosa são formados por mulheres e a proporção é mais expressiva quanto mais idoso for o segmento, principalmente nas zonas urbanas. Nas áreas rurais, predominam os homens, o que pode resultar em isolamento e abandono dessas pessoas (CAMARANO *et al.*, 1999; 2004; SAAD, 1999).

Para os autores,

[...] a heterogeneidade do grupo de idosos, seja em termos etários, de local de moradia ou socioeconômicos, acarreta demandas diferenciadas, o que tem rebatimento na formulação de políticas públicas para o segmento (CAMARANO *et al.*, 2004 *apud* BRASIL, 2006, p. 5).

O envelhecimento populacional e o aumento da demanda de atenção em saúde voltada a este grupo desafia a habilidade de produzir políticas de saúde. Além disso, os idosos diferem de acordo com a história de vida, com o grau de independência funcional e com a demanda por serviços mais ou menos específicos. Todos necessitam, contudo, de uma avaliação pautada no processo de envelhecimento e de suas peculiaridades, sendo necessário que os serviços de saúde respondam a necessidades específicas e se distingam pela natureza da intensidade dos serviços

que ofereçam. Vale ressaltar que os idosos são potenciais consumidores de Serviços de Saúde e de Assistência (BRASIL, 2006)

O município onde atuo, denominado Lagoa Santa, é um município do estado de Minas Gerais, localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte. Encontra-se a 800 metros de altitude, possui 231,9 km² de área e uma população de 54.526 habitantes (IBGE, 2010). Tem, aproximadamente, 228 habitantes por quilômetros quadrados, número aproximado de 15.736 domicílios e de 15.041 famílias (IBGE, 2010). Está localizado a 35 km de Belo Horizonte e a 8 km do Aeroporto Internacional Tancredo Neves, em Confins. É uma região calcária situada na Bacia Média do Rio das Velhas, formada por planaltos com relevos pouco acentuados, clima tropical e temperatura média anual de 22°C (PREFEITURA DE LAGOA SANTA, 2010).

A cidade possui o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,783 segundo o Programa das Nações Unidas de Desenvolvimento (PNUD) do ano 2000, que é considerado bom. A taxa de urbanização é de, aproximadamente, 93% segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2000. A renda média mensal domiciliar é de R\$1.362,60 e o rendimento total domiciliar por faixa etária mostra-nos que a renda dos idosos (maiores de 65 anos), só é superior à renda dos menores de 24 anos (IBGE, 2010)

A grande maioria da população está ocupada em serviços, que também é o principal responsável pelo PIB local, seguido pela indústria, comércio e agropecuária, respectivamente. Na agricultura, a produção está voltada principalmente para a cana de açúcar, manga e mandioca, enquanto a pecuária está voltada aos bovinos, seguidos pelas codornas e equinos. Há, ainda, reservas minerais de argila e calcário (IBGE, 2010)

Dados do IBGE (1980, 1991, 2000, 2007) apresentam um incremento populacional de 10 mil habitantes entre 1980 e 1991, equivalente a uma taxa de crescimento de 3,94% anual. A densidade demográfica é de 228, 27hab/km², sendo que, aproximadamente, 10% da população total é composta de idosos, conforme apresentado na tabela 1. A taxa de escolarização no Ensino Fundamental era de 94,6 e no Ensino Médio, de 38,6 (IBGE, 2000 *apud* BRASIL, 2010b). A população em situação de pobreza extrema em 2009 estava em torno de 11.889. O município teve a nota de 5,8 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) em 2011, aumentou 14% em 2 anos, superando em 9% a meta nacional (IDEB, 2011)

Tabela 1: Distribuição populacional por faixa etária no Município de Lagoa Santa

População total: 52.520							
	0-5	6-14	15-24	25-39	40-59	>=60	Total
Urbana	7,7%	15%	16,8%	24,9%	25,2%	10,4%	48.949
Rural	9,0%	15,8%	17,7%	25,2%	22,8%	9,4%	3.571
% total	7,8%	15,1%	16,8%	24,9%	25,0%	10,4%	52.520

Fonte: IBGE 2010

No que se refere à organização dos serviços de saúde, Lagoa Santa conta com um conselho municipal que se reúne ordinariamente uma vez por mês. O município possui, ainda, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); quatro policlínicas com pediatras, ginecologistas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, serviço social, farmácia, coleta de exames, vacinação e consultório multifuncional; e a Santa Casa de Misericórdia de Lagoa Santa- Maternidade e Hospital Lindouro Avelar (PREFEITURA DE LAGOA SANTA, s.d).

Na experiência vivenciada no município de Lagoa Santa, observou-se que o sistema de referência e contra referência se dá através da unidade de saúde para a policlínica, para o Pronto Atendimento Municipal (PAM) e para o hospital local. As redes de média e alta complexidade tecnológica estão distribuídas nas policlínicas, PAM e na Santa Casa. O Programa de Saúde da Família - PSF foi implantado no município em 1997, com a Unidade de Saúde: João Gonçalves Neto, localizada no Campinho. Atualmente, a população adscrita está distribuída entre 17 Equipes de Saúde da Família, cada uma localizada em uma unidade básica, chamada de Unidade de Saúde da Família (USF), e conta com 12 equipes de saúde bucal distribuídas entre as 17 unidades (PREFEITURA DE LAGOA SANTA, s.d).

Entre as unidades de saúde integrantes da rede municipal, a Unidade de Saúde da Família Bela Vista (USF Bela Vista), localizada na regional centro-oeste do município, é responsável pelo atendimento primário de saúde de 3931 habitantes, componentes de 1035 famílias, distribuídos em cinco bairros e zona rural.

A USF Bela Vista funciona de 7 horas da manhã até 16 horas e 30 minutos de segunda a sexta. O ônibus da Linha Lagoa Viva passa a cada 30 minutos e tem um ponto a, aproximadamente, um quarteirão da unidade. A rua é ampla, larga e de mão dupla, facilitando o

acesso com veículo particular e é permitido estacionar dos dois lados. A unidade está em região central da cidade, mas na periferia do território o que dificulta, em partes, o acesso àqueles que não têm meios de transporte próprios ou que necessitem do transporte público.

A USF Bela Vista está localizada na Rua Coronel Modestino Gonçalves, nº 36, no bairro Bela Vista, e é responsável pela atenção primária de saúde dos moradores deste bairro, do Ovídio Guerra, do Recanto do Poeta, do Vivendas, parte do Santos Dumont e fazendas. A área adscrita é formada por seis microáreas cada uma sob responsabilidade de um Agente Comunitário de Saúde (ACS). No território, há condomínios residenciais fechados adscritos. Os principais recursos da comunidade são: Escola Municipal Dona Marucas, a praça Bela Vista com a Academia Livre, a Praça Jorge Alcici, uma área institucional, uma área verde, um playground em condomínio particular, a Praça 12 de Outubro, a Escola Bíblica Central do Brasil, a Escola Municipal Professor Mello Teixeira, a Praça do Café e a unidade Mário Casassanta, onde estão os profissionais da saúde bucal.

Segundo os dados registrados pela equipe, a população adscrita à USF Bela Vista é composta por, aproximadamente, 3931 habitantes. Cerca de 26% da população adscrita tem menos de 20 anos e 15% destes são maiores de 60 anos, dentre estes, 10% tem mais do que 65 anos. Não há, entretanto, dados que nos possibilitem avaliar a faixa etária dos idosos mais velhos.

Considerando o território abrangido pela USF Bela Vista, a população adscrita e os atendimentos médicos realizados nos meses de março a maio de 2013, foi possível realizar uma análise situacional da unidade e identificar os principais problemas que a envolvem, tais como:

- *demanda espontânea excessiva;
- *inexistência de um método de fichamento para controle das consultas periódicas, tais como, hipertensão e diabetes, puericultura, citologia oncótica e pré-natal;
- *baixa adesão ao programa de hipertensos e diabéticos;
- *deficiência no sistema de referência e contra referência;
- *localização da unidade na periferia do território;
- *inexistência de uma abordagem direcionada ao idoso.

Entre os problemas levantados e considerando que, no município de Lagoa Santa, há 5418 pessoas com idade superior a 60 anos, aproximadamente 10% da população, conforme IBGE (2010), e que 25% do total de atendimentos realizados na USF Bela Vista em março de 2013,

segundo dados da mesma, foram voltados a este público, acredita-se que um projeto de intervenção capaz de organizar uma abordagem direcionada ao idoso possa melhorar a qualidade de vida e a assistência à saúde desta população.

2 Justificativa

O envelhecimento social está associado ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa e se relaciona à interrupção do trabalho, ao início da aposentadoria, à adaptação a esta nova condição e, também, a uma nova situação financeira, agravando ainda mais as dificuldades de readaptação a esta nova fase. Além disso, os idosos passam longo tempo sozinhos em casa, faltando, além de um cuidador, a companhia de alguém do convívio ou ambiente familiar/profissional para compartilhar experiências, conversar ou se relacionar. (BALDONI; PEREIRA, 2011)

Através da observação direta dos pacientes e da discussão realizada com a equipe, identificou-se a solidão e a ociosidade como queixas frequentes e como possíveis fatores causadores e agravantes da depressão e, até mesmo, do uso irregular de medicamentos.

Além disso, foi observada a pouca resolutividade dos casos, já que, na imensa maioria das vezes, o tratamento apenas medicamentoso é ineficiente e a rede de saúde local não dispõe de psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, educadores físicos, dentre outros profissionais fundamentais, em quantidade suficiente para o tratamento multidisciplinar.

Observou-se o valor dado por tais pacientes a essas atividades ao vivenciarmos a participação significativa dos idosos nas praças, realizando as atividades da Academia Livre.

Outra dificuldade encontrada foi a falta de um local para realização de atividades ocupacionais para tais pacientes. No território de abrangência da unidade, há uma Associação da Terceira Idade, com um endereço físico e disponibilidade de espaço, mas que não organiza nenhuma atividade há alguns anos.

O desenvolvimento de atividades produtivas direcionadas a este público poderia ser de grande contribuição para a melhoria da autoestima e auxílio ao tratamento da depressão. A organização de uma estrutura física e humana de apoio a esta parcela da população possibilitaria uma avaliação mais detalhada, onde o paciente é visto como um todo e recebe um atendimento mais direcionado para as especificidades da idade.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral:

Elaborar um projeto de intervenção com vistas à organização do cuidado à população idosa adscrita à Estratégia de Saúde da Família (ESF) da USF Bela Vista, no município de Lagoa Santa.

3.2 Objetivos específicos:

- Identificar a população idosa adscrita à USF
- Identificar local para realização de atividades direcionadas à população idosa
- Organizar atividades para melhoria da qualidade de vida dos idosos, prevenir quedas
- Buscar atendimento interdisciplinar ao paciente idoso.

4 Metodologia

A partir da identificação da inexistência de uma abordagem ao idoso na USF Bela Vista como principal problema a ser enfrentado, através do método do Planejamento Estratégico (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), procedeu-se à identificação dos nós críticos relacionados ao problema. Estes foram: falta de dados atualizados sobre a população idosa adscrita, ausência de espaço amplo e arejado para realização de atividades voltadas a estes, carência de atividades de saúde e ocupacionais direcionados, inexistência de abordagem domiciliar sobre prevenção de quedas e abordagem interdisciplinar voltada aos idosos insuficiente.

A partir de então, foi possível elaborar o desenho das operações a serem implementadas pela equipe, as quais são descritas a seguir:

- 1º) Identificar a população idosa adscrita à USF;
- 2º) Identificar um local para realização das atividades ocupacionais que seja amplo, arejado e confortável;
- 3º) Organizar uma agenda de atividades de interesse dos idosos com abordagem simples e dinâmica sobre as doenças crônicas que mais atingem os idosos e grupos de dança, cinema, costura, bordado, artesanato, jardinagem, jogos (xadrez, dama);
- 4º) Abordar com as ACS a prevenção de quedas durante as visitas domiciliares aos idosos;
- 5º) Buscar apoio interdisciplinar, principalmente do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que conta com psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e nutricionista quinzenalmente.

Foi realizada busca nas bases de dados para reconhecimento do município de Lagoa Santa- MG e da USF Bela Vista, por meio de sites como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e Prefeitura de Lagoa Santa, além da busca nos relatórios municipais e fichas de cadastramento das famílias da unidade.

Foi realizada também, uma busca em bases de dados, como a BIREME, de artigos, monografias e publicações usando os seguintes descritores: envelhecimento, idoso e promoção da saúde, bem como consulta ao site do Ministério da Saúde e análise dos principais documentos relativos ao tema. Posteriormente, com base nos pressupostos do planejamento estratégico situacional elaborou-se uma proposta de projeto de intervenção a ser desenvolvido pela equipe da

USF Bela Vista.

5 Revisão Bibliográfica

Segundo documento publicado pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2009), em 1980, havia 378 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo. Em 2010, este número era de 759 milhões (praticamente dobrou) e se espera que este valor aumente mais que o dobro nos próximos 40 anos, chegando a cerca de 2 bilhões em 2050. Embora a população mais velha seja crescente em todo o mundo, a maior parte do aumento é decorrente dos países em desenvolvimento. Além disso, o mesmo documento refere que, cerca de 25% das pessoas idosas das regiões desenvolvidas vivem sozinhas, em comparação com menos de 10% em regiões em desenvolvimento (ONU, 2009)

Segundo o (IBGE, 2000), a população com 60 anos ou mais no país corresponde a 8,6% da população total (cerca de 14 milhões). Projeções demográficas indicam que este número poderá ultrapassar, nos próximos 25 anos, a marca dos 30 milhões (BRASIL, 2009) A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (IBGE, 2000). Essa transição demográfica repercute na área da saúde, em relação à necessidade de (re) organizar os modelos assistenciais (LIMA-COSTA; VERAS, 2003 *apud* BRASIL, 2006). Na transição epidemiológica brasileira ocorrem incapacidades consequentes de fatores de risco preveníveis que não foram controlados de modo adequado (LIMA-COSTA *et al.*, 2003 *apud* BRASIL, 2006).

Criado pela Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um modelo de atenção à saúde que prioriza a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que implanta a territorialidade como ferramenta de acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde (BRASIL, 2006)

Assim,

[...] com o objetivo de reorganizar a prática assistencial é criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersectorialidade (BRASIL, 1994 *apud* BRASIL, 2006, p. 2)

Concomitantemente ao processo de implementação do SUS e da reorganização da Atenção Básica, consubstanciada na Estratégia de Saúde da Família, constatou-se o rápido e

intenso envelhecimento da população brasileira. Assim, algumas iniciativas foram progressivamente desenvolvidas no sentido de atender a este novo contingente populacional.

Entre elas, a Portaria nº2528/GM (BRASIL, 2006, p.2), que aprova:

[...] a Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96). Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999). Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002).

Em 2003, é aprovado o Estatuto do Idoso destinado às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos (BRASIL, 2010a). Este, “trata dos mais variados aspectos, abrangendo desde direitos fundamentais até o estabelecimento de penas para os crimes mais comuns cometidos contra essas pessoas” (BRASIL, 2010a, p. 5).

Segundo o estatuto, é obrigação do estado e da sociedade garantir o completo bem estar do idoso e com absoluta prioridade. Além disso, estabelece os tipos de violência ao idoso, responsabiliza todos os cidadãos a denunciarem este tipo de ato e prevê penalização aos infratores. Para ele, o envelhecimento é um direito pessoal e é dever do estado garantir políticas sociais que permitam que este processo se dê de forma saudável e digna. É obrigação do estado assegurar a liberdade, o respeito e a dignidade e o estatuto ainda descreve sobre o que caracteriza cada um destes itens. A alimentação do idoso segue a lei civil, mas se não houver condições financeiras de provê-la deverá recorrer ao poder público através da assistência social. É assegurado o acesso integral, universal e igualitário à saúde através do SUS, o fornecimento de medicamento e recursos de habilitação e reabilitação, o direito a acompanhante ao idoso internado e a optar pelo tratamento a ser instituído. Os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos deverão ser obrigatoriamente comunicados aos órgãos responsáveis. Assegura o direito a educação, cultura, esporte e lazer, dentre os meios de se alcançar este objetivo está a garantia da

meia entrada para os idosos. O idoso tem direito ao exercício da atividade profissional, sem discriminação de idade e o primeiro critério de desempate em concurso público dará preferência ao candidato de maior idade. Estabelece critérios para cálculos de pensões e aposentadorias e o funcionamento da assistência social. Assegura o direito à moradia. Assegura a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semiurbanos aos maiores de sessenta e cinco anos e, no mínimo, cinquenta por cento do valor das passagens interestaduais conforme legislação específica. Além de descrever a política de atendimento ao idoso, as entidades responsáveis e a fiscalização das mesmas. Dispõe, ainda, sobre o acesso à justiça e sobre os crimes e determina que é função dos gestores federais, estaduais e municipais do SUS divulgar as informações sobre os direitos constitucionais dos idosos e mobilizar todos na efetivação de um “Pacto pela Vida” (BRASIL, 2010a)

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla entre outros, o Pacto pela Vida. Este abrange a saúde do idoso como uma das seis prioridades da atenção à saúde que objetiva implementar algumas diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso, tais como: a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; o estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; o provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; o estímulo à participação e fortalecimento do controle social; a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; a divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; a promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2010a)

Segundo o Pacto pela Vida,

A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar (BRASIL, 2006, p. 3)

Assim, a finalidade da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, através de medidas coletivas e individuais de saúde com este objetivo, seguindo os princípios e diretrizes do SUS e

considerando como público alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade. Portanto, o objetivo não é só o aumento da expectativa de vida, mas uma valorização do bem-estar físico-psicossocial, proporcionando melhor qualidade de vida (BRASIL, 2006)

O documento elaborado pela área Técnica de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde (BRASIL,2010a) propõe o desenvolvimento de ações estratégicas objetivando o envelhecimento ativo e saudável, a realização de ações de atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa e de ações intersetoriais de fortalecimento da participação popular e de educação permanente, que serão relacionadas a seguir:

*Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: cuja distribuição iniciou-se em 2007, é uma ferramenta de identificação de situações de riscos potenciais para a saúde da pessoa idosa a fim de planejar e organizar ações de prevenção, promoção e recuperação.

*Caderno de Atenção Básica: “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”: oferece subsídios técnicos específicos para facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Básica. Com uma linguagem acessível, disponibiliza instrumentos e discussões atualizados, além de protocolos clínicos.

*Cursos de Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa: o Ministério da Saúde – MS, por meio da Área Técnica de Saúde do Idoso, firmou convênio com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/ FIOCRUZ, para capacitar, na modalidade à distância (EAD) profissionais que atuam na rede de saúde SUS.

* Curso de Gestão em Envelhecimento: em parceria com a ENSP/FIOCRUZ, OPAS (Organização Pan-americana de Saúde), CIESS (Centro Ibero Americano de Estudos de Seguridade Social), OISS (Organização Ibero Americana de Seguridade Social), para adaptar e implantar o Curso de Especialização “*Gerencia en Salud para Personas Mayores*”, com o objetivo de qualificar profissionais de nível superior que atuam ou tenham interesse em atuar na direção de serviços e programas voltados a este grupo.

* Oficinas Estaduais de Prevenção da Osteoporose, Quedas e Fraturas em Pessoas Idosas: propor diretrizes a serem aplicadas nos Estados e Municípios para melhor orientar profissionais e pacientes em relação à osteoporose / quedas para alcançar a meta de redução do número de internações por fratura de fêmur em pessoas idosas, proposta no Pacto pela Vida.

* Ações desenvolvidas ou em desenvolvimento em parceria com outras áreas: acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, assistência farmacêutica (por exemplo, a Farmácia Popular), Atenção Domiciliar, imunização e o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST/ AIDS.

Segundo documento publicado pela OMS em 2005 sobre o Envelhecimento Ativo, se desejamos que o envelhecimento seja uma experiência positiva, deve ser acompanhada de oportunidades de saúde, participação e segurança, tendo adotado o termo “envelhecimento ativo” para expressar sobre essa visão.

“Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p. 13).

O envelhecimento ativo refere-se à participação nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, continuando a contribuir para seus familiares, companheiros e comunidades (OMS, 2005)

Neste contexto, diferentes trabalhos têm demonstrado que a atenção em grupos pode contribuir na promoção, proteção e controle dessas situações. Em consultas individuais, as instruções e o desenvolvimento do processo de educação em saúde são insatisfatórios, sendo as reuniões um espaço complementar de troca de informações e estímulo social. (NAVARRETE; PÉREZ, 1998 *apud* CRUVINEL, 2009, p. 20)

Os grupos incentivam os participantes na busca da autonomia e sentido para a vida, no aumento da autoestima e na melhora do senso de humor, aspectos essenciais para aumentar a confiança e diminuir a vulnerabilidade. Neles, criam-se vínculos que possibilitarão uma inclusão social (CRUVINEL, 2009)

Um estudo feito na periferia de Campinas (GARCIA *et al.*, 2006), mostrou que as atividades em grupo realizadas com 68 pacientes idosos diversificaram-se tanto em uma mesma unidade, como entre as diferentes unidades estudadas. Mostrou também que, essas mesmas atividades, adaptaram-se às diferenças e especificidades de cada um dos participantes. Também foi observado o efeito de atividades como dança, canto e atividades corporais que possibilitam a redescoberta de potencialidades e a recuperação da autoestima. (CRUVINEL, 2009)

O incentivo a programas alternativos que retirem os idosos de suas residências e retomem papéis sociais e/ou outras atividades de ocupação do tempo livre (físicas, de lazer, culturais ou de cuidado com o corpo e a mente), o relacionamento interpessoal e social são de fundamental importância na recuperação dos idosos dependentes e

naqueles que irão depender de outra pessoa em um futuro próximo. Além do mais, é uma excelente oportunidade de formação do vínculo entre os profissionais de saúde e usuários e que pode interferir positivamente na adesão ao tratamento e medidas de prevenção. (CRUVINEL, 2009, p. 20-21)

Para a OMS, na Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001), vê-se a incapacidade e as funções de uma pessoa como a interação dinâmica entre condições de saúde - doenças, lesões, traumas, etc - e fatores contextuais, incluindo atributos pessoais e ambientais (BRASIL, 2006).

Ainda segundo a Portaria nº 2528/GM (BRASIL, 2006, p.4),

[...] a dependência é a expressão da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde (HÉBERT, 2003). No entanto, cabe enfatizar que a existência de uma incapacidade funcional, independentemente de sua origem, é o que determina a necessidade de um cuidador (NÉRI; SOMMERHALDER, 2002) Incapacidade funcional e limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são consequências inevitáveis do envelhecimento. A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade sozinha não prediz incapacidade (LOLLAR; CREWS, 2002).

Além disso, os problemas físicos decorrentes do envelhecimento são acompanhados por problemas psicológicos, como depressão e ociosidade, que são importantes fatores de risco para doenças crônico-degenerativas (ALVES *et al.*, 2004 *apud* CRUVINEL, 2009).

A prática regular de atividade física pode melhorar e até evitar estes problemas. Esta, além de favorecer a formação da massa óssea ao garantir a deposição de cálcio nos ossos, melhora a força muscular e a manutenção das articulações, evitando quedas e fraturas, contribui para um melhor funcionamento dos sistemas cardiovascular e respiratório; proporciona melhora da memória, da independência e da socialização; aumenta a autoestima, a qualidade e a expectativa de vida do idoso. (ALVES *et al.*, 2004 *apud* CRUVINEL, 2009, p. 22)

“Por outro lado, a atividade física aumenta a estabilidade postural, a flexibilidade e a mobilidade física, diminuindo significativamente o risco para quedas e aumentando a independência do idoso” (BRASIL, 2006 *apud* CRUVINEL, 2009, p. 22). Além disso, são incentivadas atividades na água que são redutoras de impactos. Acredita-se, também, que as doenças cognitivas são agravadas na população inativa. A influência da realização da atividade física na redução da depressão e ansiedade foi observada (CHEIK *et al.*, 2003 *apud* CRUVINEL, 2009)

A maioria dos estudos voltados para a avaliação dos benefícios adquiridos na promoção do envelhecimento saudável demonstrou que a participação e interação de idosos em grupos da terceira idade têm caráter positivo na melhoria da qualidade de vida, assistência à saúde e nas

atividades funcionais diárias. Segundo o mesmo, o envelhecimento saudável é conquistado com o apoio da equipe multiprofissional, na recepção, consultas intra/extradomiciliares, nas reuniões com grupos, em conjunto com a família e a sociedade. A Saúde da Família apresenta-se como instrumento para incentivar o envelhecer saudável e com qualidade, realizando assistência multidisciplinar, integral, humanizada e contínua (BARROS; MACHADO, 2012)

Desse modo, é imprescindível abordar a condição funcional ao se formularem políticas para a saúde dos idosos e responder, prioritariamente, às pessoas idosas que já apresentem alta dependência (BRASIL, 2006). De acordo com publicação da Organização das Nações Unidas no Brasil, disponível em <http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-pessoas-idosas/>),

[...] uma sociedade para todas as idades possui metas para dar aos idosos a oportunidade de continuar contribuindo com a sociedade. Para trabalhar neste sentido é necessário remover tudo que representa exclusão e discriminação contra eles.

Tais achados reafirmam a importância de se desenvolver ações e propostas que possibilitem um envelhecimento ativo aos idosos, em consonância com o preconizado pela OMS, o que reforça a abordagem dessa temática como foco do plano de intervenção da equipe da USF Bela Vista.

6 Plano de Intervenção

Plano de ações:

Problema	Nós críticos
Inexistência de uma abordagem direcionada aos idosos	<p>Falta de dados atualizados sobre a população idosa adscrita</p> <p>Falta de espaço amplo e arejado para realização de atividades voltadas aos idosos</p> <p>Falta de atividades de saúde e ocupacionais voltadas à população idosa</p> <p>Falta de abordagem domiciliar sobre prevenção de quedas</p> <p>Falta de abordagem interdisciplinar voltada aos idosos</p>

Nó crítico	Operações/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de dados atualizados sobre a população idosa adscrita	Identificar população idosa adscrita à USF e sensibilizá-los a participar das atividades propostas	Dados precisos e atualizados sobre a população idosa adscrita.	Dados cadastrais atualizados por meio de Visitas domiciliares semestrais pelas ACS para	Organizacional: para programar quantas visitas diárias são possíveis e necessárias para atualização da população idosa adscrita Cognitivo: estratégias de abordagem à população idosa
Falta de	Identificar local	Espaço amplo	Reuniões com os	Organizacional:

<p>espaço amplo e arejado para realização de atividades voltadas aos idosos</p>	<p>para realização de atividades direcionadas à população idosa</p>	<p>na comunidade viabilizado para realização de atividades</p>	<p>responsáveis pela Associação da Terceira Idade</p>	<p>para programar as reuniões e produzir material para convite</p> <p>Cognitivo: informação sobre o motivo da inatividade da associação e como mantê-la mobilizada</p> <p>Político: conseguir meios de reproduzir cópias do material</p> <p>Financeiro: para a aquisição de material usado na produção de folhetos e manutenção da sede do projeto</p>
<p>Falta de atividades de saúde e ocupacionais voltadas à população idosa</p>	<p>Organizar atividades de saúde e ocupacionais para os idosos</p>	<p>Agenda de atividades de saúde e ocupacionais elaborada.</p>	<p>Reuniões com a ESF para buscar apoio e sugestões de atividades.</p> <p>Reuniões com</p>	<p>Organizacional: para programar as reuniões, organização da agenda e produzir material para divulgação</p>

			<p>artesões da região à procura de apoio para orientação de atividades ocupacionais.</p> <p>Reuniões com os idosos para investigar áreas de interesse dos mesmos.</p>	<p>Cognitivo: conhecimento sobre o artesanato regional e temas de interesse dos idosos</p> <p>Político: articulação intersetorial (associações, grupos, comunidades, etc.) e mobilização social</p> <p>Financeiro: para aquisição de material usado na produção de folhetos, cartazes, etc.</p>
Falta de abordagem domiciliar sobre prevenção de quedas	Abordar a prevenção de quedas nas visitas domiciliares de idosos	Organizar a abordagem de prevenção de quedas nas visitas domiciliares realizadas pelas ACS	<p>Reuniões trimestrais com as ACS</p> <p>Produção de material informativo</p>	<p>Organizacional: para programar as reuniões e produzir material educativo</p> <p>Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação</p>

				<p>Político: meios de reproduzir o material</p> <p>Financeiro: para aquisição de material usado na produção de folhetos, cartazes, etc.</p>
Falta de abordagem interdisciplinar voltada aos idosos	Buscar apoio interdisciplinar	Organizar grupos de conversa e grupos operativos sobre o envelhecimento e o adoecer	Reuniões mensais com a Equipe do NASF para organizar a realização de atividades interdisciplinares mensais	<p>Organizacional: para programar as reuniões e grupos de conversa e operativos</p> <p>Cognitivo: informação sobre os assuntos de interesse</p> <p>Político: disponibilizar o NASF para as atividades</p> <p>Financeiro: para material usado nas atividades e divulgação</p>

7 Considerações finais

Semelhante ao que ocorre em diversas partes do mundo e do Brasil, o aumento da população idosa tem como consequência a deficiência na abordagem à saúde do paciente idoso na USF Bela Vista, em Lagoa Santa, tornando-se um problema social e de saúde.

Esta população está exposta às influências da idade sobre os aspectos psicológicos, físicos e sociais. Em decorrência disto, diversos textos têm sido produzidos voltados a este público, discutindo a promoção de saúde, o envelhecimento ativo e normatizando os direitos e deveres do idoso como paciente e cidadão.

A literatura tem reforçado a importância do desenvolvimento de uma abordagem diferenciada ao idoso, valorizando a atividade física, a organização de grupos operativos, atividades de incentivo à independência, autoestima e autonomia do paciente idoso.

Este trabalho visou ampliar a abordagem à saúde do idoso na USF Bela Vista, tratando-os de forma integral, “como um todo”, respeitando a individualidade e buscando a promoção da autonomia e da qualidade de vida dos mesmos, através da atualização dos dados sobre os idosos adscritos, da organização de atividades físicas e grupos operativos, da interdisciplinaridade e da promoção de medidas preventivas.

Acredita-se que a realização de um projeto de intervenção capaz de organizar uma abordagem direcionada ao idoso possa melhorar a qualidade de vida dos pacientes idosos e a assistência à saúde desta população, propiciando um envelhecimento ativo aos moldes preconizados pela OMS.

Referências

BALDONI, A.O; PEREIRA, L.R.L. O impacto do envelhecimento nacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. **Revista de Ciências Farmacêutica Básica e Aplicada**, v. 32. n. 3, p. 313-321. 2011. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/1505/1173>. Acesso em 07 jun. 2013.

BARROS, A.P.M; MACHADO, V.B. Revisão sistemática da produção científica sobre os benefícios adquiridos na promoção do envelhecimento saudável. **Revista eletrônica gestão & saúde**, v. 3, n. 2. 2012. Disponível em: <<http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/viewFile/181/pdf>>. Acesso em 12 jan 2014.

BELTRÃO, K.I; CAMARANO, A.A; KANSO, S. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**. Rio de Janeiro: IPEA, ago. 2004 (Texto para Discussão, 1034)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006 que aprova a Política Nacional de saúde da pessoa idosa**. Brasília, Gabinete do Ministro, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>>. Acesso em 21 jan. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. Brasília. 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_2ed.pdf>. Acesso em 04 out. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília 2010a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>>. Acesso em 04 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. **Indicadores demográficos e educacionais: Lagoa Santa**. 2010b. Disponível em: <<http://ide.mec.gov.br/novo/relatorio/municipios/coibge/3137601>>. Acesso em: 05 abr. 2013.

CAMARANO, A.A. *et al.* Como vai o Idoso brasileiro? Texto para Discussão n.681. IPEA, Rio de Janeiro. 1999

CAMPOS, F.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação de Saúde. 2ªed, Belo Horizonte: Ed UFMG, 2010.

CRUVINEL, T.A.C. **Promoção da saúde e qualidade de vida nos idosos na saúde da família**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso)- Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0643.pdf>>.

Acesso em 04 out 2013.

DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2013. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Profissional.asp?VCo_Unidade=3137602168332>. Acesso em: 05 abr. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE/Diretoria de Pesquisas, 2000. **Departamento de População e Indicadores Sociais. Divisão de Estudos e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o período de 1980-2050 – Revisão 2000**. Rio de Janeiro: IBGE.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE/Diretoria de Pesquisas, 2002. **Censo demográfico, 2000**. Rio de Janeiro: IBGE.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE. **Cidadesat. 2010**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=313760#>>. Acesso em 23 jan. 2013.

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA IDEB. **Ideb e seus componentes: Lagoa Santa**. 2011. Disponível em: <<http://www.portalideb.com.br/cidade/2186-lagoa-santa/ideb>>. Acesso em 05 abr. 2013.

LIMA-COSTA M. F. F; *et al.* Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 745-757, Mai/Jun. 2003.

LIMA-COSTA M. F. F. & VERAS R., 2003. Saúde Pública e Envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 700-701, Mai/Jun. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília. 2005. Disponível em: <<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Bio%C3%A9tica%20Sa%C3%BAde/ENVELHECIMENTO%20ATIVO.pdf>>. Acesso em 04 out 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Men ageing and health: Achieving health across the life span**. Geneva. 2002. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf?ua=1>. Acesso em: 06 fev. 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS- ONU. **A ONU e as pessoas idosas**. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-pessoas-idosas/>>. Acesso em:

14 jan. 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS -ONU. **Dados sobre as pessoas idosas**. 2009. Disponível em: <http://undesadspd.org/Ageing/DataonOlderPersons/ADemographicsCharts.aspx>. Acesso em 04 out. 2013

PREFEITURA DE LAGOA SANTA. **Guia municipal de saúde**. (s.d)

PREFEITURA DE LAGOA SANTA. **Perfil Municipal de Lagoa Santa**. 2010. Disponível em: http://www.lagoasanta.mg.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=267&Itemid=100>. Acesso em 05 abr. 2013.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento in: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, Cap. 7, p. 72 - 78.

SAAD, P. M. Transferências de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e Fortaleza. In: Camarano, A. A. (Org.) **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.