

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

ROSIANE ANGÉLICA BATISTA SANTOS

ASSISTÊNCIA AO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM IBIRITÉ

CONSELHEIRO LAFAYETE – MG

2013

ROSIANE ANGÉLICA BATISTA SANTOS

ASSISTÊNCIA AO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM IBIRITÉ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientadora: Prof^{ta} Dr^a. Janine Gomes Cassiano

CONSELHEIRO LAFAIETE - MG

2013

ROSIANE ANGÉLICA BATISTA SANTOS

**ASSISTÊNCIA AO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM
IBIRITÉ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientadora: Prof^a .Dr^a. Janine Gomes Cassiano

Banca Examinadora

Profa. Dra. Janine Gomes Cassiano

Prof. Edison José Corrêa

Aprovada em 24/07/2013

À Comunidade de Ouro Negro, pela acolhida e confiança em meu trabalho.

A todos da Equipe por compartilharmos conhecimentos, alegrias, tristezas e frustrações na busca incessante da construção de uma assistência à saúde digna para moradores de nossa área de abrangência.

À coordenação do PSF, em especial, a Sônia Maria Amaral Gurgel pelo apoio.

Em especial à minha amiga e companheira de trabalho Dra. Márcia que se submeteu aos meus “devaneios” de construir um SUS melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela coragem e força.

Agradeço especialmente ao meu amado marido Emerson, por estar sempre presente nessa caminhada com seu apoio e carinho. Agradeço ao meu filho Pedro, motivo de força e incentivo para que eu possa tornar uma profissional mais qualificada. Aos meus queridos pais que me ensinaram conceitos essenciais como ética e responsabilidade além da importância do estudo para realização de um bom trabalho. Aos meus queridos irmãos, irmãs, sobrinhos, cunhados e sogros pelo apoio.

Aos tutores do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, que me auxiliaram durante todo curso.

A orientadora Prof. Dra. Janine Gomes Cassiano pela paciência e incentivo na elaboração desse trabalho.

Muito Obrigada! Essa vitória também é de vocês.

Como se Morre de Velhice

Como se morre de velhice
ou de acidente ou de doença,
morro, Senhor, de indiferença.

Da indiferença deste mundo
onde o que se sente e se pensa
não tem eco, na ausência imensa.

Na ausência, areia movediça
onde se escreve igual sentença
para o que é vencido e o que vença.

Salva-me, Senhor, do horizonte
sem estímulo ou recompensa
onde o amor equivale à ofensa.

De boca amarga e de alma triste
sinto a minha própria presença
num céu de loucura suspensa.

Já não se morre de velhice
nem de acidente nem de doença,
mas, Senhor, só de indiferença.

RESUMO

O Brasil passa por uma mudança importante na pirâmide demográfica, com um aumento progressivo do envelhecimento da população e consequente aumento das doenças crônicas degenerativas. Tal mudança do perfil epidemiológico da saúde do brasileiro traz diversas implicações para o sistema de saúde. Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família deverá assegurar assistência de excelência promovendo melhoria na qualidade de vida para pessoa idosa. A Equipe de Saúde da Família Ouro Negro no município de Ibitité- MG, possui em sua área de abrangência, 3215 pessoas cadastradas, sendo 10,8% idosos segundo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Dessa forma, torna-se fundamental a avaliação do idoso na sua integralidade identificando problemas sociais, as doenças que comumente afetam os idosos, as implicações fisiológicas e psíquicas do processo de envelhecimento e potenciais fatores de risco de complicações. Repensando na prática cotidiana percebeu-se a necessidade de implementar uma proposta de atendimento ao paciente idoso. Para tanto este trabalho objetivou analisar experiências exitosas relacionadas ao cuidado aos idosos na Estratégia Saúde da Família a fim de tê-las com referencia na prestação de assistência á saúde. A metodologia utilizada foi revisão bibliográfica narrativa, com busca de dados nas bases de dados da LILACS e no SciELO, com os descritores: idoso, assistência à saúde e atenção integral ao idoso e considerando artigos publicados entre 2000 e 2010. Assim, a partir de experiências exitosas de atenção ao idoso realizadas no âmbito brasileiro, foi elaborado um plano de ação com as atribuições para os profissionais da Equipe de Saúde da Família em relação ao idoso que apresenta fatores de risco e que podem comprometer seu estado de saúde.

Palavras chave: Idoso. Assistência à saúde. Atenção integral ao idoso.

ABSTRACT

Brazil is going through a major change in its demographic structure with a progressive increase in the aging population and consequent increase in chronic degenerative diseases. The change in the epidemiological profile of the Brazilian health brings several implications for the health system. In this context, the Family Health Strategy should ensure quality care by promoting quality of life for the elderly. The Family Health Team Black Gold has in its coverage area people registered 3215, where 10,8 is the second% elderly and Information System for Primary Care (ISPC). Thus it becomes essential to the evaluation of the elderly in their entirety by identifying social problems, the diseases that commonly affect the elderly, the physiological and psychological implications of the aging process and potential risk factors for complications. Rethinking realized in everyday practice is the need to implement a proposal for an elderly patient care. For this purpose it is essential to analyze successful experiences related to caring for the elderly in the Family Health Strategy in order to have them with assistance in reference to health. The goal is to develop a proposal for care for elderly patients assisted by the Family Health Team Black Gold. The methodology used was literature review narrative with data search Lilacs, SciELO and Medline considering articles published between 2000 and 2010. As proposed in order from the successful experiences of elderly care was drawn up a string of assignments for professionals in the Family Health Team in relation to the elderly who has risk factors that can compromise their health.

Descriptors: Aged . Delivery of Health Care. Health Services for the Aged

LISTA DE SIGLAS

ACS Agente Comunitário de Saúde

AVE – Acidente Vascular Encefálico

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

DM – Diabetes Mellitus

ESF – Estratégia Saúde da Família

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

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SciELO- Scientific Electronic Library Online

SIAB - Sistema de Informação Atenção Básica

SIM-Sistema Informação Mortalidade

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 OBJETIVO | 13 |
| 3 METODOLOGIA | 14 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 15 |
| 4.1 Assistência ao idoso no contexto da Estratégia Saúde da Família | 15 |
| 4.2 Alterações fisiológicas e patológicas comuns na senescência | 16 |
| 4.3 Propostas de cuidados direcionadas aos idosos no contexto da Estratégia Saúde da Família | 18 |
| 5 PLANO DE AÇÃO | 22 |
| 5.1 Ficha de avaliação individual dos pacientes idosos cadastrados na ESF Ouro Negro | 22 |
| 5.2 Identificação dos fatores de risco para morbimortalidade dos idosos | 23 |
| 5.3 Atribuição da equipe a partir dos fatores de risco para morbimortalidade dos idosos | 24 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 32 |
| REFERÊNCIAS | 33 |

1 INTRODUÇÃO

O processo de transição demográfica no Brasil contribuiu para o aumento da expectativa de vida e tem gerado um progressivo envelhecimento populacional. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida no país aumentou cerca de três anos entre 1999 e 2009. Dessa forma, a nova expectativa de vida do brasileiro é de 73,1 anos. Entre as mulheres são registradas as menores taxas de mortalidade. Elas representam 55,8% das pessoas com mais de 60 anos. A expectativa de vida feminina passou de 73,9 anos para 77 anos. Entre os homens, passou de 66,3 anos para 69,4 anos (IBGE, 2011).

Nesse contexto, Vermelho e Monteiro (2002) afirmam que a transição demográfica está intimamente ligada à transição epidemiológica, ou seja, devido ao aumento da população idosa, ocorre maior índice de morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas e suas sequelas. Considerando tais fatos, fazem-se necessárias novas formas de intervenções ajustando os profissionais e os serviços de saúde para uma efetiva implementação de políticas públicas adequadas aos idosos.

As projeções mais conservadoras indicam que em 2020 já seremos o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (CARVALHO E GARCIA, 2003). Diante desse processo, é oportuno refletir acerca da assistência prestada às pessoas, repensando as políticas de saúde direcionadas ao cuidado da pessoa idosa.

Diante desse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto modelo assistencial, tenta reorganizar as atividades a fim de facilitar o acesso dos idosos aos serviços de saúde, fornecendo atendimento integral e em consonância com a Política Nacional do Idoso – Lei 8842/94 e Estatuto do Idoso – Lei 10741/200 (BRASIL, 2003; 2011).

A Equipe de Saúde da Família Ouro Negro do município de Ibitaré de acordo com o do Sistema de Atenção Básica (SIAB) possui 10,8% de pacientes idosos dependentes do serviço de equipe em sua área de abrangência.

Observa-se que diante do crescimento significativo de idosos torna-se necessária a criação de estratégias que se preocupem com a qualidade dos cuidados prestados aos idosos. Costa Neto e Silvestre (2003) asseguram que para uma abordagem adequada à pessoa idosa deve buscar-se a imprescindível compreensão do envelhecimento como um processo benigno e não

patológico. Experiências exitosas como a criação de Protocolos de Atenção à Saúde do Idoso utilizado em diversas cidades do país estimulam a prática do atendimento integral ao idoso.

Em Minas Gerais, a Linha Guia Saúde do Idoso, discute a sistemática do cuidado na sua integralidade (MINAS GERAIS, 2006). Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família, na perspectiva de atenção integral às diversas faixas etárias deve garantir medidas de promoção à saúde, prevenção de doenças e reabilitação ao idoso, além de incentivar a manutenção do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade. A situação do idoso brasileiro necessita de maior ênfase no que se refere à qualidade de vida e ao acesso aos serviços básicos que atendam as suas necessidades individuais e sociais. Assim, ao pensar no gerenciamento do cuidado ao idoso, o enfermeiro e a equipe devem realizar programas de orientação, informação, suporte informal e familiar e apoio de profissionais capacitados para atender as especificidades do cuidado.

Considerando o exposto, a elaboração deste estudo, com certeza, poderá subsidiar melhor assistência aos idosos da nossa área de abrangência a partir da sistematização de um plano de ação.

2 OBJETIVOS

Identificar os principais problemas que afetam os idosos e as experiências bem sucedidas relacionadas ao cuidado ao idoso a partir de uma revisão de literatura.

Elaborar um plano de ação com vistas à melhoria da qualidade de assistência ao idoso.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura (ROTHER, 2007). Foi realizada uma pesquisa baseada em trabalhos de vários autores que tratam do tema com publicações dos últimos dez anos.

Os textos analisados no estudo foram selecionados de acordo com a relevância dos artigos em relação ao objetivo proposto. Foram selecionados artigos publicados, nacionais e em língua portuguesa. A bibliografia consultada foi obtida através de busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e no *Scientific Electronic Library on Line* (SciELO). Foram usados os descritores: idoso, assistência e atenção integral ao idoso. O recorte temporal adotado 2001 a 2011.

A pesquisa nas bases de dados possibilitou identificar 66 artigos, dos quais 41 foram excluídos, uma vez não se encontrarem dentro do objetivo proposto. Selecionou-se 25 artigos que possibilitaram a identificação dos principais problemas que afetam os idosos e analisar experiências fortuitas relacionadas ao cuidado a esses pacientes na Estratégia de Saúde da Família a fim de tê-las como referência na prestação de assistência à saúde.

Foi realizada uma revisão narrativa dos estudos selecionados e as principais informações foram utilizadas para reconhecimento das alterações fisiológicas e doenças prevalentes no paciente idoso, assim como para elaboração de plano de cuidados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Assistência ao idoso no contexto da Estratégia Saúde da Família

O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) que posteriormente passou a ser denominado como Estratégia Saúde da Família – ESF. O principal propósito seria reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional levando a saúde para mais perto da família e, com isto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, inclusive os idosos.

Na realidade do país, o atendimento a uma família sempre se dá em função do surgimento de uma doença em um de seus membros. Raramente, olha-se a família como um grupo de pessoas que necessitam de uma interação. O enfoque na família permite oferecer suporte para enfrentamento de possíveis adversidades. Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família também conta com o auxílio da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composta por fisioterapeutas, nutricionistas, assistente social, ginecologia, psicólogos entre outros especialistas que na prática cotidiana da equipe contribui para o cuidado com o idoso (BRASIL, 1994).

Em relação às necessidades de saúde dos idosos, que requerem uma atenção específica, implementou-se, no Brasil, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, que 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 Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1994). Já o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) assegura atenção integral à saúde, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças crônicas que afetam preferencialmente os idosos.

Considerando a amplitude dos fatores associados à atenção ao idoso, a utilização de estratégias que visem à melhoria de sua qualidade de vida torna-se um processo de difícil elaboração e aplicação. Melo *et.al.* (2009) afirmam que serviços que contribuem para promoção de uma qualidade de vida voltada para a sua população idosa torna-se um desafio, tendo em vista que devem considerar uma valoração subjetiva que o próprio idoso faz de diferentes aspectos de sua vida em relação ao seu estado de saúde.

Lima *et al.* (2010) e Chaves e Martines (2003) relatam que sob a ótica da Estratégia Saúde da Família (ESF) é imprescindível que os profissionais se comprometam com a noção de humanização como um pré-requisito fundamental que os capacitem para olhar e observar as necessidades do território sob sua responsabilidade e, sobretudo, para perceber onde estão as vulnerabilidades reais e potenciais que podem levar as pessoas ao sofrimento, seja ele de qualquer natureza.

4.2 Alterações fisiológicas e doenças comuns na velhice

Segundo Papalia (2006, p.670), “o início da senescência, é um período marcado por evidentes declínios no funcionamento corporal”. Situações comuns no processo de envelhecimento como modificações anatômicas e fisiológicas provocam redução na estatura, perda de massa óssea que pode favorecer fraturas. Ocorre diminuição da massa muscular, sendo o tecido gradativamente substituído por colágeno e gordura. As alterações no sistema osteoarticular estão implicadas também na piora do equilíbrio corporal do idoso. Reduz-se a amplitude dos movimentos, modificando a marcha (FLORIANÓPOLIS, 2006).

Para Rocha (2005), com a idade, os olhos mudam. A deterioração da visão advém de possíveis etiologias que vão desde catarata, glaucoma e degeneração macular relacionada à idade. De uma maneira geral, o envelhecimento desse órgão afeta a qualidade de vida do idoso, conforme a afirmativa de Papalia (2006) ao dizer que vários aspectos relativos à visão do idoso sofrem mudanças com o passar dos anos. Dizem, ainda, que na função auditiva, a perda da acuidade contribui para a distração dos idosos e os torna irritáveis.

Quanto ao olfato e paladar, esses sentidos estão, extremamente, ligados à grande perda do interesse e motivação nessa idade; isto porque, com o envelhecimento, esses sentidos ficam bastante reduzidos, além de se tornarem menos eficientes, provocando inadequações no processo de ingestão de alimento prejudiciais, tais como: mais sal e açúcares, prejudicando a saúde do idoso; também a não transmissão de odores, interrompendo a transmissão das informações ao cérebro, as quais são de capital importância para a autonomia do idoso (LIMA, 2007, p.s/n).

Nas artérias, ocorre acúmulo de gordura (aterosclerose), perda de fibra elástica e aumento de colágeno. Dessa forma, a função cardiovascular fica prejudicada, diminuindo a resposta de elevação de frequência cardíaca ao esforço ou estímulo, aumentando a disfunção diastólica do ventrículo esquerdo e dificultando a ejeção ventricular. Ocorre maior prevalência de Hipertensão arterial sistólica isolada com maior risco de eventos cardiovasculares (FLORIANÓPOLIS, 2006).

Os Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE) constituem a 1ª causa de morte entre as doenças cardiovasculares no Brasil e causa importante de incapacidade em longo prazo entre os idosos. A prevenção do AVE pode ser feita, identificando os pacientes considerados de alto risco, estimulando-os para aquisição de hábitos saudáveis e incentivos para acompanhamento médico periódico para controle de fatores de risco. Para os pacientes já acometidos por um episódio de AVE, deve-se intervir para evitar novos episódios, com acompanhamento e controle mais rigoroso dos fatores de risco associados ao estilo de vida (controle de hipertensão, diabetes, colesterol, interrupção do tabaco), e reabilitação de acordo com o acometimento funcional (BRASIL, 2002).

Doença frequente entre os idosos é a diabetes, quase metade dos diabéticos tem 65 anos de idade ou mais e o número absoluto de pessoas idosas com diabetes vai continuar a subir, de acordo com estatísticas (CAMPINAS, 2006).

Alguns fatores são determinantes na redução da capacidade funcional do idoso como os chamados “cinco gigantes da geriatria”: imobilidade, incontinência urinária, insuficiência cerebral, iatrogenia e instabilidade postural. Estes levam a riscos importantes como dependência, fraturas e aumento do número de internações (COSTA e SILVESTRE 2003).

Do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas continuadas. Segundo Ballone (2002 *apud* MARTINS, 2008), estas perdas despertam, muitas vezes, sentimentos de

desânimo e tristeza que acabam por originar síndromes depressivas. Também a adaptação individual ao processo de envelhecimento pode tornar a pessoa mais vulnerável à depressão.

A síndrome da imobilidade, segundo Chaimowic *et al.* (2009), refere-se à incapacidade do indivíduo de se locomover sem o auxílio de outras pessoas o que a longo prazo pode provocar atrofia e encurtamento muscular, aumento da reabsorção óssea, rigidez articular, úlceras por pressão, dificuldade ventilatória, incontinência, constipação intestinal, fenômenos tromboembólicos e estados confusionais.

Outro destaque a ser dado, refere-se à Violência Contra Idoso, outra situação apontada no Protocolo de atenção ao Idoso (CAMPINAS, 2006). Trata-se da possibilidade de um idoso ser vítima da violência. Segundo este estudo, as mulheres acima de 75 anos são as principais vítimas de violência. Os filhos e filhas representam mais de 50% dos agressores, em seguida são os genros, noras e netos. Geralmente, os agressores moram no mesmo espaço físico da vítima e apresentam, em muitos casos, problemas de transtorno mental, são alcoolistas ou dependentes de drogas.

Vale ressaltar a importância do cuidado ao paciente considerado “idoso frágil” ou em situação de risco, isto é, aqueles com 80 anos ou mais, ou aqueles com 60 anos ou mais e que apresentam: polipatologias (mais de cinco diagnósticos), polifarmácia (mais de cinco drogas ao dia), imobilidade parcial ou total, incontinência urinária ou fecal, instabilidade postural (quedas de repetição), incapacidade cognitiva, história de internações frequentes ou pós-alta hospitalar, idosos dependentes nas atividades básicas de vida diária e insuficiência familiar (BANDEIRA, PIMENTA, SOUZA, 2007).

4.3 Propostas de cuidados direcionados aos idosos no contexto da Estratégia Saúde da Família

Assumindo a corresponsabilização pela saúde dos idosos de sua área de abrangência, as equipes de saúde da família devem planejar, de acordo com a população de idosos, estratégias com o objetivo de minimizar os problemas comuns na terceira idade. Nesse sentido, foi elaborada uma proposta de atendimento ao idoso pertencente à área de abrangência da equipe de Saúde da Família Ouro Negro, baseada na revisão bibliográfica realizada.

Inicialmente, deverá ser preenchido um formulário com identificação dos pacientes idosos previamente captados pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Esse preenchimento será de responsabilidade do enfermeiro da unidade e deverão ser levantados dados pessoais para identificação, peso, altura e índice de massa corpórea e informações sobre história pregressa e atual do paciente e possui como objetivo realizar o cadastramento dos pacientes idosos pertencentes à área de abrangência e detecção de potenciais problemas de saúde.

O conhecimento da história de vida do idoso, sua posição no seu meio social e na família e o significado que ele dá à sua existência são, ao lado da avaliação da sua capacidade funcional, formas de presumir seu potencial para um determinado grau de autonomia e participação na sociedade.

Nesse sentido, deverão ser identificados os problemas de saúde mais prevalentes nos idosos, conforme analisado previamente, e posteriormente serão estabelecidas atribuições específicas para cada profissional da Equipe de Saúde da Família.

Nesse contexto, deverão ser reconhecidos todos idosos em situação de vulnerabilidade. De acordo com Chaimowicz *et al.* (2009), os octogenários constituem um por cento da população; entretanto, são responsáveis por um quinto de todas as internações por problemas cardíacos e um quarto das internações por problemas cérebro vasculares.

Segundo Mascarenhas *et al.* (2011), o enfermeiro tem papel essencial na prestação de cuidados aos indivíduos com Diabetes Mellitus(DM), principalmente por desenvolver atividades educativas, com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade, além de contribuir para a adesão destes ao tratamento. Assim, o enfermeiro, estando mais próximo e capacitado para o desenvolvimento das atividades educativas efetivas, muito poderá fazer para o controle desta e outras doenças.

O idoso que reside só, também merece vigilância contínua da Equipe de Saúde da Família. Meireles *et al.* (2007) afirmam que idosos que vivem sozinhos merecem atenção específica dos membros da equipe de saúde para verificar a existência de incapacidades que impeçam a sua sobrevivência sem apoio de outras pessoas. Nesse sentido, os profissionais da saúde e, em particular, a enfermagem deverá gerir o cuidado do idoso no sentido de prever e prover, sempre que possíveis os meios e os recursos existentes na comunidade, para a continuidade do cuidado. Assim, ao idoso que mora só, deve-se, sempre que possível, promover o convívio

com os familiares, com a comunidade, preservando a sua autonomia e buscando a sua máxima independência funcional.

As ações direcionadas ao idoso devem estimular a inter-relação e o convívio social, respeito à individualidade, autonomia, independência, o fortalecimento dos laços familiares, numa perspectiva de prevenção ao asilamento, melhoria da qualidade de vida, o acesso aos direitos de cidadania e a efetiva participação social do idoso, assegurando o envelhecimento ativo e saudável. A participação em programas integrados e articulados nas diversas modalidades deve ser incentivada com acessibilidade, recursos humanos e logísticos adequados, dinamizando as ações assim como programas permanentes de atividades físicas, lazer e orientações aos usuários e familiares (MINAS GERAIS, 2006, p.51)

Santos, Foroni e Chaves (2009) apontam para importância da prática de atividades físicas para prevenção de doenças e promoção da saúde além de contribuir para inserção social do idoso. Portanto, a prática de atividade física também deve estar integrada na rotina de equipe de saúde da família contribuindo para prevenção das complicações cardiovasculares, hipertensão, diabetes e também problemas cognitivos em pacientes idosos.

Importante destacar que incentivar e proporcionar atividades de recreação e lazer constitui estratégia efetiva para a redução do isolamento e da melhoria da inserção do idoso no meio social e do desenvolvimento de novas habilidades, o que pode refletir diretamente na melhoria da auto-estima e da condição de saúde. Os exercícios físicos de moderada intensidade trazem benefícios, tais como, redução da morbidade e mortalidade por doença coronariana, controle da pressão arterial, da glicemia e do colesterol e melhora do peso (FELICIANO, MORAES e FREITAS, 2004, p. 1578).

Outra situação de relevância são os idosos portadores de doenças pertencentes ao grupo “gigantes da geriatria” (incontinência urinária, iatrogenia, instabilidade postural, doenças neuropsiquiátricas e síndrome da imobilidade). Chaimowicz *et al.* (2009) relatam que especialistas ingleses observaram esses cinco problemas comuns nos idosos com etiologia multifatorial e demanda de cuidado interdisciplinar. Portanto, foram definidas atribuições específicas para cada um desses problemas a partir de uma visão integral do paciente.

Além disso, devem-se planejar as atividades direcionadas aos idosos baseando-se em dados fornecidos pelos sistemas de informação. Para isso, os profissionais envolvidos devem se

manter ativos e contínuos no processo de alimentação desses sistemas fornecendo dados atualizados para posterior análise e planejamento das atividades a serem desenvolvidas.

Segundo Meireles *et al.* (2007), em referência aos sistemas de informações, é necessário que todos os profissionais da Equipe da Saúde da Família conheçam e utilizem os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Internação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) a fim de traçar estratégias, definir metas e identificar intervenções necessárias para a atenção da população das suas respectivas áreas de cobertura. A avaliação do resultado do trabalho desenvolvido pela equipe também consiste em fator importante.

Por se entender que o processo de relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários possa assegurar o desenvolvimento de um trabalho humanizado, é que Kerber, Kirchof e Cezarvaz (2008) analisaram o sentido do vínculo entre trabalhadores e usuários de um serviço de atenção domiciliar voltado para uma clientela idosa, assim como o nível de satisfação dos usuários em relação à assistência às suas necessidades. Os autores concluíram que a relação estabelecida e a contextualização do cuidado proporcionam um vínculo real fazendo com que se sintam valorizados e amparados nas suas necessidades.

Torna-se relevante ressaltar como estratégia de cuidado ao idoso a capacitação dos profissionais de saúde e cuidadores envolvidos no processo. Lima *et al.* (2010) afirmam que o profissional da saúde é o responsável pela melhoria da qualidade da assistência e conseqüente satisfação do usuário; entretanto, deve-se pensar na produção de cuidados e práticas humanizadas levando-se em conta as especificidades desse ofício que envolve a utilização intensiva de capacidades físicas e psíquicas, intelectual e emocional, incluindo troca de afetos e de saberes.

Além disso, na concepção dos usuários, as facilidades proporcionadas pela existência de um serviço de atenção domiciliar direcionado aos idosos estão diretamente relacionadas à garantia de solução para seus problemas de saúde e à segurança propiciada a eles pelos trabalhadores. Enfim, as pessoas sentem-se seguras e confortáveis com a atenção recebida. Segundo Floriani e Schramm (2004) o atendimento domiciliar contribui para diminuição de casos de internações tanto hospitalares quanto asilares além de aproximar equipe de saúde e família e estimular a participação do paciente e familiar no tratamento proposto

5 PLANO DE AÇÃO

O plano de ação visa orientar os profissionais da Equipe de Saúde da Família, no entendimento de suas ações essenciais, assim como a prática de elementos essenciais ao cuidado do idoso, tais como: a educação para saúde, imunização, a prevenção de doenças, promoção de saúde, detecção problemas comuns entre os idosos e tratamentos apropriados.

A avaliação do idoso deve contemplar todas as dimensões envolvidas no processo saúde-doença e deve ser, portanto, multidimensional. Apresenta como principal objetivo a definição do diagnóstico funcional global e etiológico e elaboração do Plano de Cuidados (MINAS GERAIS, 2006).

Esse Plano inicia-se com a avaliação individual de cada idoso, posteriormente, aborda os fatores de risco para, então cuidar do idos de forma sistemática e abrangente.

5.1 FICHA DE AVALIAÇÃO INDIVIDUAL DOS PACIENTES IDOSOS CADASTRADOS NA ESF OURO NEGRO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome:

Data De Nascimento:

Endereço:

Peso:

Altura:

IMC:

Cuidador:

História pessoal atual e pregressa:

5.2 IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA MORBIMORTALIDADE DOS IDOSOS

1. () IDOSO ACIMA DE 80 ANOS
2. () INCONTINENCIA URINÁRIA
3. () INSUFICIÊNCIA FAMILIAR E SOCIAL
4. () IATROGENIA
5. () POLIDIAGNOSTICO
6. () PRESENÇA DE LESÕES CUTANEAS
- 7 () HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
8. () DESNUTRIÇÃO
9. () DIABETES
10. () QUEDAS REPETITIVAS
11. () IMOBILIDADE
12. () OBESIDADE
13. () INSUFICIÊNCIA CEREBRAL
14. () HOSPITALIZAÇÃO REPETITIVA
15. () PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS
16. () VIOLENCIA
17. () ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

5.3 ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE A PARTIR DOS FATORES DE RISCO PARA MORBIMORTALIDADE DOS IDOSOS

| FATOR DE RISCO IDENTIFICADO | PROFISSIONAL | ATRIBUIÇÃO |
|---------------------------------|-----------------------|---|
| IDOSO ACIMA DE 80 ANOS | Médico | <ul style="list-style-type: none"> - Consulta médica mensal - identificação de comorbidades - Solicitação de exames de rotina - Identificação de gigantes da geriatria - Educação para saúde - incentivar prática de atividade física |
| | Enfermeiro | <ul style="list-style-type: none"> - Imunização - Identificação de fatores de risco - Capacitação da equipe de enfermagem e do cuidador - Visita domiciliar mensal |
| | Técnico em Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliar quinzenal - verificação de sinais vitais - Comunicar Anormalidades ao enfermeiro e/ou médico da equipe |
| | ACS | <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliar semanal - Educação para saúde |
| INCONTINENCIA URINÁRIA | Médico | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação clínica: exame físico, diário miccional e solicitação de exames complementares e tratamento. - Encaminhar para especialista se necessário |
| | Enfermeiro | <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliar quinzenal - orientações básicas de higiene |
| | Técnico em Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> - Educação em saúde |
| | ACS | <ul style="list-style-type: none"> - Educação em saúde - Visita domiciliar semanal |
| INSUFICIENCIA FAMILIAR E SOCIAL | Médico | <ul style="list-style-type: none"> - Promover rede social - Encaminhar ao serviço social |
| | Enfermeiro | <ul style="list-style-type: none"> - Promover rede social; Encaminhar ao serviço social |
| | Técnico em Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> - Promover rede social; Facilitar tratamento |
| | ACS | <ul style="list-style-type: none"> - Promover rede social; - Visita domiciliar semanal |

| FATOR DE RISCO IDENTIFICADO | PROFISSIONAL | ATRIBUIÇÃO |
|-----------------------------|-----------------------|---|
| IATROGENIA | Médico | <ul style="list-style-type: none"> - Evitar prescrever drogas para tratar efeitos colaterais - Evitar solicitação de exames desnecessários - Evitar prescrição de medicamentos com eficácia duvidosa e segurança não comprovada - Evitar prescrição de doses elevadas e prescrição de medicamentos de custo elevado |
| | Enfermeiro | <ul style="list-style-type: none"> - Evitar orientações iatrogênicas como, por exemplo, permanência prolongada no leito e evitar imposições dietéticas inadequadas. |
| | Técnico em Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliar quinzenal - Monitoramento dos sinais vitais |
| | ACS | Visita domiciliar semanal |
| POLIDIAGNOSTICO | Médico | <ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento mensal - Encaminhar para especialista se necessário - Incentivar prática de atividade física |
| | Enfermeiro | <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar adesão ao tratamento - Incentivar participação em grupos operativos |
| | Técnico em Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliar quinzenal - Verificar sinais vitais - Comunicar anormalidades |
| | ACS | -Visita domiciliar semanal |
| HOSPITALIZAÇÃO REPETITIVA | Médico | <ul style="list-style-type: none"> - Assistir ao paciente pós alta - Avaliar estado de saúde - Identificar fatores de risco de nova internação Encaminhar para especialista se necessário |
| | Enfermeiro | <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliar mensal - Capacitar cuidador |
| | Técnico em Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliar quinzenal - Verificação dos sinais vitais - Comunicar anormalidades |
| | ACS | <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliar semanal - Comunicar anormalidades |

| FATOR DE RISCO IDENTIFICADO | PROFISSIONAL | ATRIBUIÇÃO |
|--------------------------------|-----------------------|---|
| HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA | Médico | <ul style="list-style-type: none"> - Consulta médica - Solicitação de exames de rotina - Diagnosticar hipotensão ortostática - Controle mensal da pressão arterial - orientar sobre possíveis complicações - Encaminhar para especialista se necessário - Incentivar prática de atividade física |
| | Enfermeiro | <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar adesão ao tratamento a fim de evitar complicações individualmente e em grupos - Incentivar adesão ao tratamento individualmente e em grupos - Formação de grupo de idosos hipertensos para trocas de experiências - Encaminhar para nutricionista do NASF |
| | Técnico em Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação quinzenal da pressão arterial - Facilitar adesão ao tratamento - Comunicar anormalidades |
| | ACS | <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliar semanal - Preenchimento da ficha B de hipertenso mensal |
| DIABETES | Médico | <ul style="list-style-type: none"> - Consulta médica - Solicitação de exames de rotina - Diagnosticar possíveis complicações - orientar sobre possíveis complicações - Encaminhar para especialista se necessários - Incentivar prática de atividade física |
| | Enfermeiro | <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar adesão ao tratamento a fim de evitar complicações individualmente e em grupos - Incentivar adesão ao tratamento individualmente e em grupos - Formação de grupo de idosos diabéticos para trocas de experiências - Encaminhar para nutricionista do NASF |
| | Técnico em Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação mensal da glicemia capilar em pacientes estáveis e semanal ou diário em pacientes instáveis - Facilitar adesão ao tratamento - Comunicar anormalidades |
| | ACS | <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliar semanal |

| FATOR DE RISCO IDENTIFICADO | PROFISSIONAL | ATRIBUIÇÃO |
|-----------------------------|-----------------------|---|
| | | - Preenchimento da ficha B de diabetes mensal |
| QUEDAS REPETITIVAS | Médico | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar disfunção das vias sensoriais aferentes: visão, sistema vestibular, propriocepção, disfunção sensorial múltipla - Identificar disfunção do sistema nervoso central: apraxia da marcha cautelosa, doença de Parkinson - Identificar disfunção das vias eferentes do sistema músculo esquelética: neuropatia periférica, artropatias degenerativas, fraqueza muscular, deformidade dos pés, síndrome de desadaptação psicomotora - Revisão periódica da medicação - Encaminhar para avaliação especializada se necessário |
| | Enfermeiro | <ul style="list-style-type: none"> - Incentivo à atividade física - incentivo à nutrição adequada - identificar fatores que contribuam para risco de quedas. - Áreas de locomoção desimpedida, providenciar barras de apoio, garantir iluminação adequada, disponibilizar cadeira para assentar para se vestir, cama de altura adequada, colchão firme, área de chuveiro com antiderrapante e cadeira de banho, aumento da altura do vaso sanitário, inserção de barras de apoio laterais no vaso sanitário, revestimento antiderrapante e corrimão nas escadas. |
| | Técnico em Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliar quinzenal - educação em saúde |
| | ACS | <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliar semanal - educação em saúde |

| FATOR DE RISCO IDENTIFICADO | PROFISSIONAL | ATRIBUIÇÃO |
|-----------------------------|-----------------------|---|
| IMOBILIDADE | Médico | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação clínica - Aplicação do teste “Time get up an go” - Aplicação da escala de Norton em pacientes acamados - Tratamento de complicações |
| | Enfermeiro | <ul style="list-style-type: none"> - Orientar ações para evitar possíveis complicações - Imunização para evitar problemas respiratórios - Incentivo à deambulação precoce - Mudança de decúbito de 2 em 2 horas. - Solicitar avaliação do nutricionista e fisioterapeuta do NASF - Solicitar avaliação da comissão de curativo se necessário - Capacitação da equipe de enfermagem e do cuidador |
| | Técnico em Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliar quinzenal - Monitorar sinais vitais - Comunicar anormalidades na reunião de equipe |
| | ACS | <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliar semanal - Comunicar anormalidades |
| OBESIDADE | Médico | <ul style="list-style-type: none"> - Investigação de fatores de risco: dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, osteoartrose, resistência insulínica, diabetes mellitus, câncer de ovário, mama, útero, próstata e cólon, doença arterial coronariana, trombose venosa profunda, apnéia do sono, embolia pulmonar, hipotireoidismo e gota. - Encaminhamento para endocrinologista se necessário |
| | Enfermeiro | <ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para nutricionista do NASF - Elaboração e execução juntamente com fisioterapeuta do NASF grupo de atividade física |
| | Técnico em Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliar quinzenal - Aferição dos sinais vitais - Verificação do peso |
| | ACS | <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliar semanal - Avaliação neuropsicológica - Avaliação das atividades da vida diária |

| FATOR DE RISCO IDENTIFICADO | PROFISSIONAL | ATRIBUIÇÃO |
|---|-----------------------|--|
| INSUFICIÊNCIA CEREBRAL- INCAPACIDADE COGNITIVA | Médico | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação neuropsicológica - Aplicação da Escala de Katz e Lawton-Brody - Avaliação do comportamento - Aplicação do teste minimal - Aplicação do teste do relógio - Avaliação da memória - Encaminhar para especialistas se necessário |
| | Enfermeiro | <ul style="list-style-type: none"> - Solicitar avaliação do psicólogo do NASF se necessário - Elaboração e execução de grupo de atividades manuais - Plano de cuidados gerais |
| | Técnico em Enfermagem | Visita domiciliar quinzenal |
| | ACS | Visita domiciliar mensal |
| PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS | Médico | <ul style="list-style-type: none"> - Identificação de problemas odontológicos durante consulta de rotina - Investigar fatores sistêmicos que reduzem o fluxo salivar - Encaminhamento para odontologia |
| | Enfermeiro | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar fatores de que predispõe á doenças bucais como dificuldade para higiene - Encaminhar para odontologia para manutenção periódica preventiva anualmente - Educação para saúde |
| | Técnico em Enfermagem | - Educação para saúde |
| | ACS | - Educação para saúde |

| FATOR DE RISCO IDENTIFICADO | PROFISSIONAL | ATRIBUIÇÃO |
|-----------------------------|-------------------------|---|
| PRESENÇA DE LESÕES CUTÂNEAS | Médico | - Avaliar lesão, identificando processos infecciosos - Encaminhar para cirurgião caso necessário desbridamento mecânico |
| | Enfermeiro | - Execução de curativos especiais - Orientar cuidado domiciliar - Orientar alimentação e hidratação adequada - Manter pele íntegra e hidratada - Avaliação semanal da lesão no domicílio ou na unidade de saúde |
| | Técnico em Enfermagem | |
| | ACS | Visita domiciliar semanal |
| DESNUTRIÇÃO | Médico | - Avaliação clínica e solicitação de exames complementares - Visita domiciliar mensal |
| | Enfermeiro | - Avaliação global com investigação de fator causal: uso de medicamentos que causam hiporexia, número de refeições ao dia, tipo de refeições, ingestão diária de líquido, autonomia para alimentação, isolamento social, depressão, alcoolismo, nível educacional reduzido, assistência inadequada ao comer, mau hábito alimentar, pobreza, redução do paladar e do olfato, doença crônica, gastrite atrófica, distúrbios da motilidade intestinal - Visita domiciliar mensal - Encaminhar para nutricionista do NASF - Encaminhar para serviço social se necessário - Encaminhar para avaliação médica |
| | Técnico em enfermagem | - Visita domiciliar quinzenal - Monitorar sinais vitais e peso |
| | ACS | Visita domiciliar semanal |
| VIOLENCIA | Equipe Saúde da Família | - Identificar agressores, denunciar e acionar serviço social e psicologia - Acompanhamento sistemático |

| FATOR DE RISCO IDENTIFICADO | PROFISSIONAL | ATRIBUIÇÃO |
|------------------------------|-----------------------|--|
| ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO | Médico | Identificar e encaminhar casos de AVE agudo - Encaminhamentos para reabilitação pós alta se necessário: fisioterapia, fonoaudiologia, nutricionista e acompanhamento neurológico - Visita domiciliar mensal para acompanhamento clínico acompanham |
| | Enfermeiro | - Visita domiciliar quinzenal Orientação sobre adaptação do ambiente doméstico se necessário Estimular inserção social do idoso na família e comunidade |
| | Técnico em enfermagem | - Visita domiciliar quinzenal - Monitorar sinais vitais e peso |
| | ACS | Visita domiciliar semanal |

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da expectativa de vida tem gerado um progressivo envelhecimento populacional. Os idosos apresentam demandas especiais e dessa forma a Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto modelo assistencial, deve reorganizar suas atividades a fim de facilitar o acesso dos idosos aos serviços de saúde fornecendo-lhes atendimento integral.

A discussão e a elaboração de sugestões acerca da gestão do cuidado ao idoso na Estratégia saúde da Família possibilitaram a reflexão sobre a assistência prestada ao idoso por meio de visão integral assim como despertou a necessidade de prestação de cuidados por profissionais capacitados e da elaboração de um plano de ação ao idoso a partir da identificação de fatores de risco para morbimortalidade dos idosos: idoso acima de 80 anos, incontinência urinária, acidente vascular encefálico, insuficiência familiar e social, iatrogenia, polidiagnostico, presença de lesões cutâneas, hipertensão arterial sistêmica, desnutrição, diabetes, quedas repetitivas, imobilidade, obesidade, insuficiência cerebral, hospitalização repetitiva, problemas odontológicos e violência.

O plano de ação elaborado, neste trabalho, visa a orientar os profissionais da Equipe de Saúde da Família, no entendimento de suas ações essenciais ao cuidado do idoso garantir medidas de promoção à saúde, prevenção de doenças e reabilitação ao idoso, além de incentivar a manutenção do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade.

REFERENCIAS

BANDEIRA, E.M.F.S.; PIMENTA, F.A. P; SOUZA, M.C. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção á Saúde do Idoso. 1. ed. Belo Horizonte. SAS/MG.2007

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. 2011. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/d...> Acesso em: dez 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.842**, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: 1994. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm>. Acesso em: 20 dez 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.395** do Gabinete do Ministro da Saúde. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União 1999

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.741** de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em:<<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.741.htm>>. Acesso em: dez 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de condutas médicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8080** de 19/09/1990. Disponível em <http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>

CAMPINAS. **Protocolo de atenção à população idosa**, Campinas/SP, 2005

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

CHAVES, E. C.; MARTINES, W. R. V. Humanização no Programa de Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 274-279, abr.-jun.2003.

CHAIMOWICZ, F.*et.al.* **Saúde do idoso**. Belo Horizonte. Editora Coopmed.2009

COSTA NETO, M.M; SILVESTRE, J.A.; Abordagem do idoso em Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19.n.3. p.839-847.junho2003

FELICIANO, A.B.; MORAES, A.S.; FREITAS, I.C.M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, n. 6, p.1575-85, 2004

FLORIANI ,C.A., SCHRAMM, F.R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro.v.20.n.4.p.986-984, jul-ago,2004.

- KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZARVAZ, M. R. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 304-312, abr.-jun. 2008.
- LIMA, J.P. A influência das alterações sensoriais na qualidade de vida do idoso. **Revista científica eletrônica de psicologia**- Ano V – n. 8 – Maio de 2007 – Periódicos Semestral, 2007.
- LIMA, T.J.V.; ARCIERI, R. A. ; GARBIN, C.A.S; MOIMAZ, S.A.S. Humanização na atenção à saúde do idoso. **Saúde e sociedade**.v.19.n.4.p. 866-877, dezembro, 2010
- MARTINS, R. A depressão no idoso. **Revista do ISPV**, v 34. Abril, p.119 -128, 2008.
- MASCARENHAS, N.B.; PEREIRA, A.; SILVA, R.S; SILVA, M.G. Sistematização da assistência de enfermagem ao portador de diabetes mellitus e insuficiência renal crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília.v.64.n.1.p.201-208.jan/fev 2011.
- MEIRELES, V.C; MATSUDA, L.M; COIMBRA, J.A.H.; MATHIAS T.A.F. Características dos idosos em área de abrangência do Programa de Saúde da Família na região noroeste do Paraná : contribuições pra gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde e sociedade**. v.16 .n.1.p. 69-80, jan-abr 2007.
- MELO, M. C.; SOUZA, L. S.; LEANDRO, E. L.; SILVA, I. D.; OLIVEIRA, J. M. O. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**. v.14.n 1.p.1579-1586, 2009.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde-**Linha guia de atenção à saúde do idoso**, Belo Horizonte, SAS MG, 2006, 186p.
- PAPALIA, D. E. **Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: Artmed, 2006
- PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso: Envelhecimento Saudável em Florianópolis, 2006., Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Saúde Pública. Disponível em:
http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/protocolo_de_atencao_a_saude_do_idoso.pdf
- ROCHA, F.M.A. A senilidade dos cinco sentidos. Disponível: em www.techway.com.br. Acessado: Novembro de 2011.
- ROTHER, E.D. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. Enferm.** vol. 20, n 2. São Paulo Abril/Junho 2007.
- SANTOS, P.L.; FORONI, P.M, CHAVES, M.C.F. **Atividades físicas e de lazer e seu impacto sobre a cognição no envelhecimento**. Medicina. Ribeirão Preto. 2009.v.42.n.1.p.54-60
- VERMELHO, L.L.; MONTEIRO, M.F.G. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R.A.(organizador).**Epidemiologia**.v.1.p. 91-103. 2002