

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Rafael Cotta Carvalho**

**A INCORPORAÇÃO DO MODELO DE CUIDADO AO IDOSO NO AMBITO DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**Bom Despacho  
2020**

**Rafael Cotta Carvalho**

**A INCORPORAÇÃO DO MODELO DE CUIDADO AO IDOSO NO AMBITO DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano

**Bom Despacho**

**2020**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NESCON

### DECLARAÇÃO

Aos 5 dias do mês de Setembro de 2020, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família – CEGCSF se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do aluno **RAFAEL COTTA CARVALHO** intitulado "A INCORPORAÇÃO DO MODELO DE CUIDADO AO IDOSO NO AMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.", requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Dra. MARCIA CHRISTINA CAETANO ROMANO e Profa. Dra. MATILDE MEIRE MIRANDA CADETE. O TCC foi aprovado com a nota 86.

Esta ata foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia cinco do mês de setembro do ano de dois mil e vinte e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Belo Horizonte, 12 de abril de 2021.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO  
Coordenador do Curso de Especialização Gestão do Cuidado Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 13/04/2021, às 10:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0669330** e o código CRC **E54E5273**.

**Rafael Cotta Carvalho**

**A INCORPORAÇÃO DO MODELO DE CUIDADO AO IDOSO NO AMBITO DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

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

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano

Banca examinadora

Professor (a). Márcia Christina Caetano Romano, Doutora, UFSJ

Professora Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 05 de setembro de 2020

Dedico esta dissertação a todos os interessados em superar os obstáculos da atenção primária a saúde e envolvidos no processo fortalecimento da mesma.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao Programa Mais Médicos para o Brasil e ao NESCON pela oportunidade de viver a experiência da atenção primária, com base em uma educação continuada.

Agradeço a prefeitura e a secretária de saúde de Pitangui por todo o apoio. Agradeço a Equipe de saúde Miguel Sabino de Freitas pelo companherismo e competência em produzir saúde.

Agradeço também a Amanda Vaz Tostes Campos Miareli e Márcia Christina Caetano Romano pela orientação.

“Saber envelhercer é a obra-prima da sabedoria e um dos capitulos mais dificeis na grande arte de viver”

(Hermann Melville)

## RESUMO

O envelhecimento populacional constitui um fenômeno global. No Brasil este processo ocorre de forma acelerada e associado a ele especificidades da população idosa impõem o desafio de adaptação do sistema de saúde para atender o novo perfil demográfico e epidemiológico. Diante deste cenário, discute-se a criação de um modelo de cuidado que objetive a atenção integral à saúde da pessoa idosa com foco no envelhecimento ativo, buscando-se a manutenção da independência e autonomia do indivíduo. A Atenção Primária à Saúde constitui elemento fundamental para efetivação deste modelo, uma vez que possui abordagem territorializada, intimamente ligada à comunidade, definida como a porta de entrada da rede e coordenadora do cuidado, exercendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. No entanto, apesar dos esforços de se adequar a assistência, identifica-se fragilidade e fragmentação do cuidado, comprometendo a consolidação do modelo de cuidado. Objetivo: Elaborar um projeto de intervenção para a melhoria da assistência à população idosa no âmbito da atenção primária à saúde. Metodologia: Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações. Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica. Considerações finais: A presente proposta tem o potencial de contribuir para a melhoria da atenção à saúde de idosos da área adscrita, favorecendo a qualidade de vida.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Saúde do idoso.



## **ABSTRACT**

Population aging is a global phenomenon. In Brazil, this process occurs in an accelerated way and associated with it, specificities of the elderly population impose the challenge of adapting the health system to meet the new demographic and epidemiological profile. In view of this scenario, it is discussed the creation of a care model that aims at comprehensive health care for the elderly with a focus on active aging, seeking to maintain the individual's independence and autonomy. Primary Health Care is a fundamental element for the realization of this model, since it has a territorialized approach, closely linked to the community, defined as the gateway to the network and the coordinator of care, exercising actions of promotion, prevention, treatment and rehabilitation. However, despite efforts to adapt care, fragility and fragmentation of care are identified, compromising the consolidation of the care model. Objective: To elaborate an intervention project to improve assistance to the elderly population in the context of primary health care. Methodology: Situational Strategic Planning was used to quickly estimate the problems observed and define the priority problem, critical nodes and actions. The Nescon Virtual Health Library and documents from public agencies (ministries, secretariats, etc.) and other search sources for bibliographic review were consulted. Final considerations: The present proposal has the potential to contribute to the improvement of health care for the elderly in the designated area, favoring quality of life.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Health of the Elderly.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	10
1.1 Aspectos gerais do município	10
1.2 O sistema municipal de saúde	11
1.3 Aspectos da comunidade	11
1.4 A Unidade Básica de Saúde Miguel Sabino de Freitas	12
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Miguel Sabino de Freitas	12
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Miguel Sabino de Freitas	13
1.7 O dia a dia da equipe Miguel Sabino de Freitas	13
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	14
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	14
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	16
<b>3 OBJETIVOS</b>	18
3.1 Objetivo geral	18
3.2 Objetivos específicos	
<b>4 METODOLOGIA</b>	19
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	20
5.1 Particularidades da pessoa idosa	20
5.2 Construção de um modelo de cuidado	22
5.4 A atenção primária como alternativa para consolidação do modelo de cuidado ao idoso	23
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	25
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	25
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	26
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	26
6.5 Desenho das operações (sexto passo)	27
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	34
<b>REFERÊNCIAS</b>	35

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

Pitangui é um município da Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais. Conhecida como a sétima vila do ouro do estado, Pitangui guarda parte da arquitetura da sua formação inicial, embora a cidade tenha sido parcialmente descaracterizada, com a demolição de casarões, desaparecimento de imagens sacras, altares e peças de adorno. Em 2008, seu conjunto arquitetônico foi tombado em caráter definitivo pelo Instituto Estadual do Patrimônio Histórico e Artístico de Minas Gerais (IBGE, 2019).

De acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2010, a população é de 27.989 habitantes. Assim como a realidade brasileira, no município ocorre o fenômeno de transição sociodemográfica demonstrada pela pirâmide etária com padrão de estreitamento da base e alargamento do ápice (IBGE, 2019).

Referente à economia, em 2017, o salário médio mensal era de 1.7 salários mínimos. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, o município possuía 31.7% da sua população nessas condições. Apresenta Produto Interno Bruto (PIB) per capto de R\$14.907,58 e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,725. Quanto às principais atividades econômicas, destacam-se a agricultura e a pecuária, a fabricação de produtos alimentícios, bebidas, cigarros de palha, produtos têxteis, móveis, produtos de metal, confecção de roupas e calçados, metalurgia básica, artigos de borracha e plástico, além da extração de minerais não metálicos. Ressalta-se também o setor de hotelaria, além do grande potencial que o município possui para o turismo (IBGE, 2019).

Quanto à educação, em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 6.4 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.6. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 228ª de 853. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 393ª de 853. A taxa de escolarização para pessoas de 6 a 14 anos foi de 95.5 em 2010 (IBGE, 2019).

## 1.2 O sistema municipal de saúde

A rede de serviços de saúde, incluindo serviços públicos, privados e filantrópicos é composta por sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), duas clínicas especializadas, 21 consultórios privados, uma farmácia municipal, seis serviços de apoio a diagnóstico, um serviço móvel de atendimento pré-hospitalar a urgência e emergência (SAMU), uma policlínica, um hospital filantrópico. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 17.24 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.9 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 234 de 853 e 250 de 853, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 1481 de 5570 e 2577 de 5570, respectivamente. O capital destinado ao financiamento do sistema municipal de saúde é de R\$1.513.605,82 referente às transferências e de R\$3.104.852,08 de recursos próprios, com o gasto per capita/ano de R\$184,54 (IBGE,2019).

Atualmente, no município, há as especialidades: ortopedia e traumatologia, endocrinologia, urologia, ginecologia e obstetrícia, cardiologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, psiquiatria. A atenção de urgência e emergência é realizada pelo Sistema de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e pela Santa Casa de Misericórdia de Pitangui (SCMP) que também é responsável pela atenção hospitalar. Para apoio diagnóstico, o município conta com uma unidade de raio x, um ultrassom e um laboratório terceirizado. A assistência farmacêutica é realizada por uma farmácia municipal e duas farmácias com o programa farmácia popular. Identifica-se no município fragmentação da rede de atenção, devido deficiência do sistema de contra-referência. Para suprir as insuficiências da rede, o município integra o consórcio de saúde CISPORA.

## 1.3 Aspectos da comunidade

A comunidade é composta por 3626 cidadãos ativos, sendo 1915 do sexo feminino. Um aspecto importante a respeito da caracterização da população é sobre a distribuição etária, sendo composta por 729 idosos, sendo 185 muitos

idosos (acima de 80 anos), correspondendo a 20,93% e 5,1% da população local, respectivamente.

Segundo o cadastramento atual, a região conta com 15 indivíduos acamados e 45 domiciliados. Quanto às principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) a população assistida apresenta 46 tabagistas, 125 diabéticos, 361 hipertensos e nove indivíduos com história de cancer.

A respeito da infraestrutura das moradias locais, das moradias que responderam ao cadastro, todos relataram água tratada para consumo em domicílio. O destino do lixo é realizado por coleta. O escoamento sanitário se dá por rede de esgoto, exceto em duas moradias com destino em fossa séptica e duas moradias cujo escoamento ocorre em lago ou rio.

#### 1.4 A Unidade Básica de Saúde Miguel Sabino de Freitas

A Unidade de Saúde é composta por uma única equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF); foi inaugurada há cerca de cinco anos e está situada próxima à Santa Casa de Misericórdia de Pitangui. É uma casa da prefeitura, adaptada para ser uma Unidade de Saúde. Apresenta boa estrutura física e, apesar de ser adaptada, sua divisão é adequada ao serviço.

Possui seis consultórios, uma sala de vacina, uma sala de curativos e procedimentos, uma sala de reuniões, uma sala de espera espaçosa, dois banheiros para os pacientes, uma cozinha, três banheiros para funcionários, uma área de serviço. A unidade é bem equipada, no entanto, não possui um ambiente destinado à observação e medicação de pacientes.

#### 1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Miguel Sabino de Freitas

A Equipe é formada por um médico em tempo integral, uma técnica em horário integral e uma técnica em meio turno, uma enfermeira, seis Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), uma recepcionista, uma cirurgiã dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma auxiliar de serviços gerais. De forma geral, as ACS constituem importante elo do serviço com a comunidade uma vez que possuem vínculo histórico com a população.

### 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde

A Unidade de Saúde funciona das 7 às 17 horas e, quinzenalmente, o horário é estendido até as 19 horas para atendimento ao trabalhador. O número de funcionários é suficiente para o funcionamento da unidade. A recepção é realizada por uma recepcionista com apoio dos ACS que revezam entre si.

As reuniões de equipe no momento não possuem uma programação definida. A unidade realiza atendimento médico individual, grupos operativos, vacinação, curativos e pequenos procedimentos, atendimento de enfermagem, consulta odontológica, educação em saúde, atendimentos individuais e em grupo com apoio dos profissionais do NASF.

A ESF exerce a função de porta de entrada e ordenadora da rede de atenção, no entanto, identifica-se fragmentação do cuidado uma vez que a comunicação entre os diferentes pontos da atenção é limitada não havendo um instrumento de contra-referência e ausência de reuniões de matriciamento e discussão de casos.

### 1.7 O dia a dia da equipe

O trabalho na unidade é bem diversificado e existe sobrecarga de trabalho que por vezes compromete a qualidade do serviço. Em média são realizados 30 atendimentos médicos individuais e 10 renovações de receita médica diariamente, 15 atendimentos odontológicos diários, 10 curativos diários, cinco grupos operativos mensais.

O volume de vacinação oscila muito em períodos de campanha, mas são feitas 30 coletas de colpocitopatológico mensais e 30 puericulturas mensais. Após a implantação do prontuário eletrônico a agenda médica é dividida em atendimentos individuais agendados de 20 em 20 minutos, e os atendimentos de demanda espontânea são encaixados entre as consultas agendadas.

A puericultura e o controle de câncer de mama e colo de útero são realizados pela enfermagem. Mensalmente são realizados o grupo de gestantes e o grupo de hiperdia ainda não possui calendário definido, sendo realizados encontros esporádicos. No momento, na unidade, não são desenvolvidas outras ações em saúde devido à sobrecarga de atendimentos individuais.

### 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Identifica-se na comunidade alta vulnerabilidade social, marcada pela má distribuição de renda. O sistema de saúde local apresenta assistência fragmentada e, embora o modelo predominante preconizado seja o de atenção básica em saúde, ainda existe forte influência do modelo assistencialista.

Identifica-se elevada proporção de hipertensos esperados/cadastrados e de diabéticos esperados/cadastrados. O principal problema de saúde identificado diz respeito ao elevado número de idosos sem uma proposta de assistência para acolher esta demanda.

O trabalho da equipe é marcado por problemas crônicos como poucos grupos operativos em atividade; falta de programação e integração da equipe, expondo a necessidade de reuniões de equipe para avaliação e planejamento do processo de trabalho.

### 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

**Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde Miguel Sabino de Freitas, município de Pitangui, estado de Minas Gerais, 2019**

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Má distribuição de renda	Alta	1	Fora	10
Assistência fragmentada	Alta	3	Parcial	6
forte influência do modelo assistencialista espontânea	Alta	4	Parcial	5
Elevada proporção de hipertensos esperados/cadastrado e de diabéticos esperados/cadastrado	Alta	5	Parcial	3
Poucos grupos	Alta	6	Dentro	2

operativos em atividade e necessidade de ampliação de ações de promoção e prevenção.				
Falta de programação e integração da equipe	Alta	6	Dentro	1
Ausência de plano de cuidado programado à população idosa	Alta	1	Dentro	1

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens



## 2 JUSTIFICATIVA

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial, que também é percebida no cenário brasileiro. Este fenômeno se dá de forma acelerada, trazendo consigo um novo desafio em saúde pública: a adaptação da assistência para acolher este novo perfil demográfico e epidemiológico.

A longevidade foi uma grande conquista da humanidade alicerçada por avanços médicos e sanitários. No entanto, o envelhecimento da população gerou novas demandas para os sistemas de saúde. Os idosos possuem particularidades bem conhecidas como a elevada prevalência de DCNT, limitações funcionais e fragilidade, menores recursos sociais e financeiros (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Associado a questões intrínsecas ao envelhecimento, o despreparo assistencial para lidar com o envelhecimento é um agravante à saúde do idoso. Nota-se, de forma geral, que os modelos tradicionais de cuidado priorizam o tratamento de doenças a despeito da manutenção da saúde. Esta questão é ainda mais dramática quando relacionada à saúde do idoso, indivíduo frequentemente acometido por múltiplas patologias, sendo que a visão fragmentada do modelo com base na doença impede o entendimento deste indivíduo em sua integralidade.

Dentro deste cenário, compreende-se a Atenção Primária a Saúde (APS) como o elo primordial para operacionalizar o cuidado aos idosos. As características da APS, como a territorialidade e longitudinalidade, possibilitam os contatos regulares, prolongados e contínuos que os idosos necessitam para que se previna ou retarde o surgimento das incapacidades resultantes das condições crônicas de saúde, além de ordenar a rede de atenção, de forma que o idoso possa transitar por ela de acordo com as necessidades apresentadas.

Enfim, refletir sobre esta geração e o modelo de atenção é fundamental a fim de se promover um cuidado que seja integral, possibilitando o grande objetivo do processo: o envelhecimento ativo e saudável.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um projeto de intervenção para a melhoria da assistência à população idosa no âmbito da atenção primária à saúde.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Discutir falhas do processo de trabalho que favorecem tratamento inadequado dos idosos;
- Discutir particularidades dos idosos;
- Apontar ferramentas que podem auxiliar no cuidado do idoso;
- Propor plano de ação de forma a assistir a população idosa com foco na identificação precoce de agravos, prevenção e promoção de saúde.

#### **4 METODOLOGIA**

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Também com base em Faria, Campos e Santos (2018) seguiu-se os passos preconizados pelo PES para nortear a construção do plano de intervenção.

Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica, utilizando os descritores: Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde e Saúde do idoso.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Particularidades da pessoa idosa

[...] A saúde do idoso resulta da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental (aspectos cognitivos e emocionais), autonomia, integração social, suporte familiar e independência econômica. Para aqueles que envelhecem, muito mais do que apenas a ausência de doenças, a qualidade de vida deve refletir a manutenção da autonomia, ou seja, da capacidade de determinação e execução dos próprios desígnios (PARANÁ, p.33, 2018).

A efetivação do cuidado a pessoa idosa requer uma mudança de paradigma quanto ao conceito de saúde no idoso. Saúde não deve ser compreendida como ausência de doença, mas sim como a medida da capacidade individual para realizar as aspirações e satisfazer suas necessidades. Dessa forma, o cuidado da pessoa idosa busca a manutenção de sua capacidade funcional, ou seja, capacidade de autocuidado e gerenciamento de sua vida, promovendo seu bem-estar (PARANÁ, 2017).

O idoso possui especificidades que envolvem aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais que devem ser compreendidos, uma vez que estão relacionados à maior vulnerabilidade a eventos adversos. Devido à complexidade dos fatores envolvidos, de forma geral, a assistência ao idoso requer intervenções multidisciplinares e multissetoriais, a fim de se manter sua funcionalidade (BRASIL, 2014).

A senescência (envelhecimento fisiológico) é marcada pelo declínio fisiológico progressivo que, embora variável, ocorre de forma inexorável. Durante o processo de envelhecimento o organismo acumula diversas consequências do efeito do tempo, afetando os diferentes sistemas fisiológicos, que por sua vez repercutem com a maior vulnerabilidade deste grupo. Estas alterações precisam ser reconhecidas de forma a diferenciar das modificações de um envelhecimento patológico (senilidade). Embora essas mudanças não possam ser evitadas, elas podem ser retardadas e gerenciadas, daí a importância de conhecer melhor o processo de envelhecimento (PARANA, 2018; MORAES, MORAES, LIMA, 2010).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, p.97, 2005) compreende o envelhecer como:

[...] Processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente

As transformações fisiológicas do envelhecimento se dão de forma multifatorial em resposta a estímulos externos, sendo marcadamente influenciadas por questões geneticamente programadas. Como resultado deste processo diversas mudanças do organismo são percebidas: atrofia da musculatura; degeneração das articulações; déficits sensoriais visuais e auditivos; diminuição da capacidade pulmonar funcional, atrofia cerebral com prejuízo da cognição. Sumarizando, ocorre a redução da reserva homeostática do idoso, com a diminuição da eficiência dos diversos sistemas (GAWANDE, 2015; PARANA, 2018; MORAES, MORAES, LIMA, 2010).

Além das alterações esperadas do envelhecimento, a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis eleva-se na população idosa, assim como as complicações inerentes a estas doenças. Associando-se o declínio funcional com a maior carga de doença desta população, identificam-se condições extremamente complexas e que causam grande repercussão na funcionalidade, qualidade de vida, independência e autonomia do idoso. Estas condições são denominadas “os gigantes da geriatria”, sendo eles: iatrogenia, instabilidade postural e quedas, incontinência urinária e fecal, incapacidade cognitiva (demência, depressão, delírium e doença mental), imobilidade e úlcera de pressão (BRASIL, 2014; BRASIL, 2006).

O envelhecimento não altera apenas biologicamente o ser humano, o processo envolve ainda déficit cognitivo gradual que repercute na funcionalidade psicológica do idoso. As mudanças do envelhecimento resultam da dificuldade de adaptações a novos papéis sociais, falta de motivações, baixa-estima, auto-imagem baixa, dificuldade de mudanças rápidas, perdas orgânicas e afetivas, suicídios, somatizações, paranóia, hipocondria, depressão. O idoso vivencia a proximidade com a finitude e esta experiência relaciona-se com angústias e inquietações. Para mais, o idoso acumula ao longo de sua trajetória lutos e perdas (aposentadoria, perda de entes queridos, alteração do papel social, perda da independência e da autonomia, entre outros) que requerem resignificação de sua existência. A capacidade para lidar com situações difíceis dependerá do grau de maturidade, autoestima, tolerância à frustração e da capacidade de envolver-se e investir em

objetos substitutivos. Caso essa maturidade não tenha ocorrido, o idoso terá mais chances de apresentar um psiquismo disfuncional na tentativa de solucionar os conflitos emocionais (BIASUS, 2016; FECHINE; TROMPIERI, 2012).

Outro desafio a ser observado quanto ao cuidado da pessoa idosa diz respeito a questões socioculturais que implicam no isolamento e desvalorização do idoso. Torres et al. (2015), estudando as representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento destacam que a perspectiva negativa sobre o envelhecimento sobressai sobre a positiva, seja devido a características psicológicas (depressão, perdas cognitivas), físicas (doença, dor, fragilidade) ou sociais (improdutividade, isolamento).

Refletindo sobre as oposições estabelecidas por jovens e idosos, chama-se atenção que tais contradições podem desencadear conflitos intergeracionais. Tal fato pode estar relacionado à cultura que enfatiza a juventude, beleza, autonomia, independência e na habilidade de ser produtivo ou reprodutivo (GAWANDE, 2015).

A velhice termina por ser percebida como tempo de exclusão, de incapacidades e dependência, impondo uma condição de alienação perante a sociedade, que por sua vez, transforma os idosos em coadjuvantes de sua própria história, negligenciando suas vontades, aspirações e direitos (GIACOMIN; FIRMO, 2015). Enfim, para a construção de um modelo de cuidado torna-se fundamental a abordagem dos aspectos biopsicosociais do idoso uma vez que entraves são identificados.

## 5.2 Construção de um modelo de cuidado

Juntamente com o aumento da expectativa de vida brasileira identifica-se a ocorrência da feminilização do envelhecimento, sendo que a expectativa de vida para mulheres é de 77,7 anos e 70,6 para os homens. Extrapolando a análise para a população muito idosa (idade superior a 80 anos) o percentual de mulheres ocupa 61% do contingente de idosos. Contudo percebe-se que mulheres têm pior qualidade de vida se comparadas aos homens, baseado em questões de gênero construídas historicamente que submetem às mulheres, de forma geral, a menor segurança, bem-estar e nível de renda durante a senescência. Diante deste fato, reflete-se a importância da abordagem de gênero quando se pensa no cuidado integral da população idosa, de forma a fortalecer o autocuidado da população masculina e

assegurar à população feminina a proteção e apoio que por vezes lhe foi negada. (BRASIL, 2014).

O processo de envelhecimento populacional trouxe novos desafios para a saúde pública. Atualmente, o perfil epidemiológico da população idosa é caracterizado pela tripla carga de doenças com forte predomínio das condições crônicas, prevalência de elevada mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas e agudizações de condições crônicas. Diante disso, mais do que a conquista da longevidade, novos objetivos são almejados, como manutenção da independência e vida ativa dos idosos, fortalecimento de políticas de prevenção e promoção de saúde, com enfoque no envelhecimento saudável/ativo e melhorar da qualidade de vida dos idosos (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Diante do novo panorama brasileiro foi criada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), através da Portaria nº 1395/1999, do Ministério da Saúde (MS), visando à promoção do envelhecimento saudável, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde, à melhoria da capacidade funcional dos idosos com a finalidade de assegurar-lhes a socialização do idoso e a sua independência (BRASIL, 2006).

Contudo, percebe-se grande dificuldade em operacionalizar este cuidado. O modelo assistencial ainda sofre grande influência de modelos tradicionais com enfoque na doença, o que traz grande prejuízo a população idosa e ao sistema de saúde. Devido às múltiplas morbidades, os idosos são acompanhados por diversos especialistas de forma fragmentada, levando inúmeros exames, consultas e medicamentos, sobrecarregando o sistema e comprometendo sua resolutividade (BRASIL, 2014).

A construção de uma proposta de modelo de cuidado à pessoa idosa tem por objetivo reorientar a assistência com foco em um cuidado integral, ampliado e qualificado de forma a compreender o idoso em toda sua complexidade. O foco deste modelo está na avaliação global do indivíduo, fugindo da lógica fragmentada. Para cumprir o objetivo proposto, a atenção ao idoso deve estar orientada na visão das condições de saúde, assim como fatores de risco e critérios de fragilidade que ameacem a autonomia e independência do idoso (BRASIL, 2014).

Para o Ministério da Saúde, a “atenção deve ser baseada nas necessidades da população, centrada no indivíduo, considerando sua integração na família e na

comunidade, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença” (BRASIL, p.16, 2014)

Dentro deste ideal da construção de um modelo de cuidado que apresente uma abordagem integral, partindo de ideias da humanização do cuidado e contemplando a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e articulando com a comunidade e território, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa lugar de destaque para efetivação da assistência ao idoso (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

### 5.3 A atenção Primária como alternativa para consolidação do modelo de cuidado ao idoso

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978), a APS baseia-se em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação (BRASIL, 2017).

A APS não se relaciona com a simplificação da assistência ou da substituição de serviços, mas sim como a introdução de um eixo estruturante da assistência de forma a articular um modelo assistencial que busca a integração dos diferentes pontos da assistência que devem estar articulados e racionalizados de forma a atender a população de forma universal e equânime, buscando contemplar cada sujeito em sua integralidade e singularidade (BRASIL, 2000).

Para tanto, a APS é orientada pelos princípios da universalidade (saúde como um direito de todos e dever do estado); da acessibilidade (proporcionar facilidades ao acesso a saúde às populações distintas); do vínculo (formação de laços de relacionamento com a população); da continuidade do cuidado (atendimento longitudinal, acompanhando o desenvolvimento da população); da integralidade da atenção (o indivíduo entendido em sua singularidade, complexidade compreendido em sua inserção sociocultural); da responsabilização (Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto responsável pela saúde da população); da humanização (atendimento ao indivíduo considerando seus aspectos biopsicosocioculturais e com base na empatia); da equidade (direcionar os recursos



de acordo com às necessidades individuais) e da participação social (a população como membro integrante da equipe, auxiliando na construção do processo de trabalho, colaborando ao eleger prioridades a serem resolvidas e esclarecendo suas principais demandas) (BRASIL, 2017).

A APS é definida como o principal ponto da atenção para se efetivar o modelo de atenção à pessoa idosa, em razão de compor o primeiro nível de atenção e atuar como porta de entrada do sistema, estando relacionada intimamente com o território e a comunidade e capaz de promover o cuidado continuado e integral aos idosos, fortalecido pela articulação com a rede de atenção, da qual exerce a função de ordenadora (BRASIL, 2014).

Wanderley et al.(2019) apontam para assertiva de que a ESF por meio da organização do processo de trabalho, alicerçada por um conjunto de práticas cuidadoras, resolutivas e qualificadas, a partir das especificidades locais e das necessidades dos sujeitos levada com seriedade, poderá influenciar a diminuição do impacto de diversas doenças e determinar uma melhor qualidade de vida para a população e para os idosos, proporcionando um envelhecimento saudável.

O fortalecimento do cuidado é possível, sendo múltiplos os caminhos para sua execução eficiente, reforçando a importância da atenção integral, capacitação das equipes; articulação intersetorial entre serviços sociais, cultura, lazer e saúde; implementação de instrumentos padronizados de avaliação e acompanhamento da fragilidade de idosos e intervenções multidisciplinares (MEDEIROS et al., 2017).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Ausência de plano de cuidado programado à população idosa”, para o qual se registra a descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

### 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Segundo o Censo IBGE (2010), a população idosa brasileira é composta por 23 milhões de pessoas, totalizando 11,8% da população do país. A região estudada apresenta uma prevalência ainda superior ao cenário nacional, sendo composta por 729 idosos correspondendo a 20,93% da população assistida. No entanto, apesar da representatividade deste grupo, é inexistente plano de cuidado destinado as particularidades dos idosos

### 6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

O fortalecimento da atenção à saúde do idoso no âmbito da atenção primária a saúde, encontra-se em destaque na atualidade, quando publicado o pacto pela vida e a política nacional de saúde da pessoa idosa. Apesar do esforço para se adequar a assistência a esta demanda, nota-se dificuldade e ineficiência em prestar um atendimento de qualidade que consiga suprir as demandas da população idosa. Tal fato está relacionado à dificuldade de acesso desta população aos serviços de saúde, desqualificação dos serviços para atuar frente a problemas prevalentes nesta população, ausência do uso rotineiro de protocolos de atenção à saúde do idoso, já consagrados através de evidências e fragmentação do cuidado relacionado à desarticulação da rede de atenção (SANTOS et al., 2016) (MARTINS et al., 2014).

### 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Em discussão conjunta com a equipe, destacamos como nós críticos do problema ausência de plano de cuidado programado à população idosa:

- Despreparo da equipe frente à temática saúde do idoso.

- Processo deficiente de trabalho em equipe.
- Ausência de estratificação de fragilidade multidimensional do idoso.
- Ausência ações de avaliação e acompanhamento multidimensional do idoso.
- Assistência fragmentada.

#### 6.4 Desenho das operações (sexto passo)

**Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema ausência de plano de cuidado programado à população idosa, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Miguel Sabino de Freitas, do município Pitangui, estado de Minas Gerais. 2019.**

<b>Nó crítico 1</b>	Despreparo da equipe frente à temática saúde do idoso
<b>Operação (operações)</b>	Capacitação da equipe sobre: o modelo de atenção a saúde do idoso e as particularidades do envelhecimento
<b>Projeto</b>	Conhecendo o universo do idoso
<b>Resultados esperados</b>	Qualificação da equipe referente a saúde do idoso Mudança de paradigmas a respeito do acompanhamento do idoso Acolhimento da população alvo
<b>Produtos esperados</b>	Equipe capacitada para lidar com os problemas da terceira idade
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: Informação sobre as diretrizes de cuidado ao idoso Financeiro: Recurso financeiro para materiais audiovisuais Político: Motivação da equipe e apoio da secretaria de saúde
<b>Recursos críticos</b>	Cognitivo: Capacitação da equipe Político: Apoio da secretária de saúde Financeiro: Desprezível
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Secretária Municipal de Saúde Favoráveis
<b>Ações estratégicas</b>	Aulas expositivas Rodas de conversa Video aulas Material para estudo: Cadernos de Saúde Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa e Linha guia da saúde do idoso
<b>Prazo</b>	Médio prazo
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Enfermeiro e Médico
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	<i>Feedback</i> da equipe

Fonte: Autoria Própria

**Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema ausência de plano de cuidado programado à população idosa, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Miguel Sabino de Freitas, do município Pitangui, estado de Minas Gerais. 2019.**

<b>Nó crítico 2</b>	Processo deficiente de trabalho em equipe
<b>Operação (operações)</b>	Elaboração de plano de ação que contemple ações de prevenção promoção tratamento e reabilitação voltado a população idosa
<b>Projeto</b>	Organizando para cuidar
<b>Resultados esperados</b>	Planejamento de ações conforme diagnostico situacional; organização e estruturação do serviço, melhora da assistencia aos idosos
<b>Produtos esperados</b>	Reuniões mensais e união da equipe ao proposito Criação de grupo operacional Agenda de ações Educação permanente
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Computadores, sala de reunião Cognitivo: conhecimento sobre estratégias para assistencia a pessoa idosa Financeiro: Desprezível Político: Pactuação da equipe
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Disponível Cognitivo: Capacitação da equipe Político: Interesse da equipe Financeiro: Desprezível
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Favoráveis
<b>Ações estratégicas</b>	Educação permanente e Educação continuada Reuniões de equipe regulares
<b>Prazo</b>	Curto prazo
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Médico e enfermeiro
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Evolução do plano de cuidado

**Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema ausência de plano de cuidado programado à população idosa, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Miguel Sabino de Freitas, do município Pitangui, estado de Minas Gerais. 2019.**

<b>Nó crítico 3</b>	Ausência de estratificação de fragilidade multidimensional do idoso
<b>Operação (operações)</b>	Utilização de instrumento adaptado para estratificar os idosos quanto a fragilidade, autonomia e dependência Estratificação dos idosos do território por meio do trabalho dos ACS Programação do cuidado de acordo com nível de fragilidade
<b>Projeto</b>	Buscando conhecer o cotidiano do idoso
<b>Resultados esperados</b>	Organização do cuidado População assistida conforme suas necessidades
<b>Produtos esperados</b>	Intervenções precoces Redução de complicações relacionadas ao envelhecimento
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Dados do cadastro individual, escala de atividades básicas de vida diária, escala de atividades instrumentais escala de lawton-brody, ficha de preenchimento de comorbidades e medicamentos Cognitivo: aptidão para coletar informações, conhecimento para interpretar os dados coletados Financeiro: Custo da impressão do material Político: Pactuação da equipe
<b>Recursos críticos</b>	Cognitivo: Capacitação da equipe Político: Interesse da equipe Financeiro: Adesão gestor do local
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Favoráveis
<b>Ações estratégicas</b>	Capacitação dos ACS para coleta inicial de dados Classificação de acordo com escala visual de fragilidade (evf/vs – frailty) e classificação clínico-funcional do idoso realizados pelo médico Programação da periodicidade de acompanhamento médico e visitas domiciliares de acordo com estratificação
<b>Prazo</b>	Medio prazo
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Médico e ACS
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Porcentagem de idosos estratificados com base no cadastramento individual

**Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema ausência de plano de cuidado programado à população idosa, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Miguel Sabino de Freitas, do município Pitangui, estado de Minas Gerais. 2019.**

<b>Nó crítico 4</b>	Ausência ações de avaliação e acompanhamento multidimensional do idoso
<b>Operação (operações)</b>	Utilização de instrumento padronizado para avaliação e acompanhamento do idoso. Atendimentos médicos e de enfermagem programados para acompanhamento dos idosos, com enfoque holístico.  Abordagem da família de forma a fortalecer o cuidado
<b>Projeto</b>	O envelheSer ativo
<b>Resultados esperados</b>	Aplicação dos conceitos de cuidado integral ao idoso Longitudinalidade do cuidado Humanização do cuidado
<b>Produtos esperados</b>	Intervenções precoces Promoção de hábitos de vida saudáveis Redução de complicações relacionadas ao envelhecimento Manutenção da capacidade funcional dos idosos assistidos
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: Aptidão para aplicar escalas e questionários de avaliação cognitiva, equilíbrio e marcha, depressão, suporte social. E interpretação dos mesmos. Conhecimento de peculiaridades do envelhecimento a serem abordadas <b>continuamente</b>  Financeiro: Dentro do recurso já disponível  Político: Interesse médico
<b>Recursos críticos</b>	Cognitivo: Educação continuada Político: Pertinente
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Favoráveis
<b>Ações estratégicas</b>	Atendimento individuais programados  Aplicação de escalas e questionários padronizados disponíveis em caderno de atenção básica
<b>Prazo</b>	Médio prazo
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Médico e enfermeiro
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Acompanhamento de rotativo de consultas de acordo com estratificação e problemas apresentados

**Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema ausência de plano de cuidado programado à população idosa, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Família da Unidade Miguel Sabino de Freitas, do município Pitangui, estado de Minas Gerais. 2019.**

<b>Nó crítico 5</b>	Assistencia fragmentada
<b>Operação</b> (operações)	Gerenciamento do cuidado com base no plano terapeutico singular, com apoio do NASF Referenciamento a serviços especializados conforme necessidades. Contrarreferencia de serviços especializados
<b>Projeto</b>	Nenhum de nós é tão bom quanto todos nós juntos
<b>Resultados esperados</b>	A APS como ordenadora do cuidado Ruptura com o modelo de atenção biomedico e fragmentado
<b>Produtos esperados</b>	Prevenção de iatrogenias Controle das morbidades Assistencia interdisciplinar
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: Capacidade de articulação da rede de atenção e coordenação do cuidado Financeiro: Dentro do recurso já disponível Político:, interesse dos profissionais da rede, apoio da secretaria de saúde municipal
<b>Recursos críticos</b>	Cognitivo: educação permanente e continuada Político: Pactuação do sistema em rede Financeiro: Adesão gestor do local e dos profissionais pertinentes
<b>Controle dos recursos críticos</b>	indiferente
<b>Ações estratégicas</b>	Reunião junto a secretária de saúde expondo o projeto Elaboração de sistema de referencia e contrarreferencia Discussão de casos clinicos Elaboração de projeto terapeutico singular
<b>Prazo</b>	Médio/longo prazo
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Médico
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Evolução da coordenação do cuidado



## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O aumento da expectativa de vida do brasileiro foi um grande ganho permitido pelos avanços médico-sanitários. No entanto, o processo de transição demográfica vem ocorrendo de forma acelerada, não sendo acompanhado pela adequação da assistência. Este fato impacta diretamente na eficiência do cuidado, assim como na qualidade de vida e saúde da população idosa.

A ESF ocupa papel de destaque na consolidação de uma assistência adequada à população idosa por ser a porta de entrada da rede de atenção e ordenadora do cuidado, além de permitir acessibilidade, integralidade e longitudinalidade devido suas características organizacionais e operacionais.

Contudo, para que se consiga desenvolver o trabalho esperado, diversos desafios precisam ser superados, como: incapacitação técnica profissional, desarticulação dos serviços em rede, necessidade de organização intersetorial e interdisciplinar e estabelecimento de protocolos. Acredita-se que a presente proposta poderá favorecer o processo de trabalho na atenção ao cuidado do idoso com vistas à melhoria da qualidade de vida dessa população.

## REFERENCIAS

BIASUS, F. Reflexões sobre o envelhecimento humano: aspectos psicológicos e relacionamento familiar. **Perspectiva, Erechim**. v. 40, n. 152, p. 55-63, 2016.

BRASIL. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de Atenção Básica Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 41 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS,, M. A.. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. 97 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) [online]. Cidades Minas Gerais. **Pitangui**. 2019. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/pitangui/panorama> >.

FECHINE, B.R.A.; TROMPIERI, N. Processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Rev Cient Int**. v. 1, n. 7, p. 106-94, 2012.

GAWAND, A. **Mortais**: nós, a medicina e o que realmente importa no final. Rio de Janeiro: editora objetiva, 2015. 259p.

GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. **Ciênc.saúde coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3631-3640, 2015.

MEDEIROS, K. K. A. S. et al. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 3, p. 288-295, 2017

MIRANDA, G. M. D; MENDES, A. C. G; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MORAES, E.N.; MORAES, F.L.; LIMA, S.deP.P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata**, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Envelhecimento ativo: Uma política de Saúde**. Brasília, 2005

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Avaliação multidimensional do idoso / SAS**. Curitiba, 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia da saúde do idoso / SAS-SESA**. Adriane Miró Vianna BenkePereira, Amélia Cristina Dalazuana Souza Rosa. Curitiba, 2018.

TORRES, T.deL et.al. Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n.12, p.3621-3630, 2015

VERAS, R.P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.