

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

REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MONJOLOS,
MINAS GERAIS

TATIANA MIRANDA RODRIGUES

PÓLO CORINTO/MG

2012

TATIANA MIRANDA RODRIGUES

**REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MONJOLOS,
MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Humberto Ferreira de Oliveira Quites

PÓLO CORINTO/MG

2012

TATIANA MIRANDA RODRIGUES

**REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MONJOLOS,
MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Humberto Ferreira de Oliveira Quites

Banca Examinadora

Prof. Humberto Ferreira de Oliveira Quites

Prof. João Paulo Aché de Freitas Filho

Aprovado em Belo Horizonte: 03/03/2012

Dedico este trabalho à minha família que tanto amo e que sempre está ao meu lado,

Ao Marcos pelo companheirismo, paciência e incentivo, e por contribuir na realização do meu trabalho,

À Secretaria Municipal de Saúde de Monjolos por disponibilizar as informações e dados para o meu estudo.

Agradeço primeiramente à DEUS por me proporcionar vida e saúde .

Agradeço a todos os meus tutores do CEABSF que tanto colaboraram durante a jornada do curso e em especial ao meu tutor Prof. Humberto Ferreira de Oliveira Quites pela orientação e dedicação na realização deste trabalho.

Muito Obrigada!

RESUMO

O Brasil passa por uma mudança importante na sua pirâmide demográfica com um progressivo envelhecimento da sua população. Neste contexto, percebe-se que os serviços de saúde vêm encontrando dificuldades no processo de trabalho, principalmente na assistência organizada e sistemática às pessoas idosas. Esta realidade foi observada na Atenção Primária do município de Monjolos, Minas Gerais, e a partir desta temática foi desenvolvido um estudo de revisão narrativa, cujo objetivo é reorganizar a assistência à Saúde do Idoso na Estratégia da Saúde da Família. A partir desta proposta, realizou-se uma revisão bibliográfica junto às bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde, entre 2003 e 2011, que subsidiou a elaboração de um protocolo de atendimento ao idoso. Os pontos de vista de diferentes autores foram descritos e os resultados encontrados posteriormente apresentados. Acredita-se que após as considerações deste estudo e a elaboração do protocolo de atendimento ao idoso, possamos organizar melhor o fluxo de atendimento a estes idosos, nos aproximando assim, de uma assistência humanizada, eficiente e de qualidade por parte de nossa equipe.

DESCRITORES: Saúde do Idoso, Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde e Acolhimento.

ABSTRACT

Brazil is going through a major change in its demographic pyramid with an increasingly aging population. In this context, it is clear that health services are finding difficulties in the work process, especially in the organized and systematic assistance to the elderly. This fact was observed in Primary Health Care of Monjolos, Minas Gerais, and this theme was developed from a work review narrative is to reorder assistance to the Health of the Elderly in the Family Health Strategy. From this proposal, we carried out a literature review together with the computerized databases of the Virtual Health Library from 2003 to 2011, which contributed to the elaboration of a protocol of care to the elderly. The views of different authors are described and the results discussed later. It is believed that after the conclusion of this study and the drafting of the protocol of assistance to the elderly, we can better organize the flow of care for these seniors, approaching thus, a humanized and efficiently by our team.

KEYWORDS: Health of Elderly, Primary Health Care, Health Promotion and Care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD's - Atividades Básicas de Vida Diária

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CRAS - Centro de Referência em Assistência Social

COREN-MG - Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

PSF - Programa de Saúde da Família

SES-MG - Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVOS.....	11
1.1. OBJETIVO GERAL.....	11
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
2. METODOLOGIA.....	12
2.1. Local do estudo.....	12
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1. Sobre o Acesso e a Assistência ao Idoso na Atenção Primária à Saúde	16
3.2. Sobre a importância do protocolo nos serviços de saúde	20
3.3. Sobre as diretrizes da Saúde do Idoso	22
4. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO.....	25
5. RESULTADOS e DISCUSSÃO	26
5.1. Reflexões confrontando os conceitos e informações obtidas na literatura com determinantes e aspectos da saúde do idoso, conforme constatados em Monjolos, MG.....	28
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
7. REFERÊNCIAS	31

1. INTRODUÇÃO

O Brasil passa por uma mudança importante na sua pirâmide demográfica com um progressivo envelhecimento da sua população. A temática do idoso tem ganhado relevância, nos últimos anos, a partir da constatação do crescimento proporcionalmente maior de pessoas com idade avançada, em relação a outras faixas etárias, provocando o processo de envelhecimento da população. Esse fenômeno, que resulta em última instância do declínio da fecundidade e do aumento da expectativa de vida, foi observado primeiramente nos países centrais, e nos últimos tempos também em países periféricos, como o Brasil (FONSECA, RIZZOTTO, 2008).

Na década passada, o número de idosos no Brasil chegava a 11,4 milhões (7,9%) atingindo atualmente cerca de 14,5 milhões da população, superando, em números absolutos, a população idosa de países como França, Itália e Reino Unido. Projeta-se que, nos próximos 25 anos, esta população poderá ser superior a 30 milhões (BRASIL, 2011).

O envelhecimento da população se traduz como transição demográfica, com estreitamento da base da pirâmide populacional e alargamento do ápice. As alterações demográficas são acompanhadas por mudanças no perfil epidemiológico, em que se observa uma redução da incidência de doenças infecto-contagiosas, e o aumento das doenças crônico-degenerativas, próprias das faixas etárias mais avançadas. Tais transformações exigem novas políticas que promovam a saúde, e que contribuam para a manutenção da autonomia e as novas formas de intervenção no campo da atenção à saúde (BRASIL, 2003; FONSECA, RIZZOTTO, 2008).

Diante deste contexto, a saúde se apresenta como um importante desafio para estas pessoas em nosso país, no século XXI. Este desafio será o de cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com baixo nível socioeconômico e educacional, com alta prevalência de doenças crônicas e/ou incapacitantes. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de população jovem, para um quadro caracterizado por enfermidades com características mais complexas, e onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas (BERLEZI et al., 2011).

Como forma de enfrentamento deste problema de saúde pública, o Ministério da Saúde, em 1999, instituiu a Política de Saúde dos Idosos, por meio da Portaria N° 1395/GM, e em outubro de 2006, reformulou-a com a Portaria N° 2528/GM, a qual define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde, tendo como

referência e suporte, a rede de serviços especializada de média e alta complexidade, garantindo atenção integral à saúde da população idosa, com ênfase no envelhecimento saudável e ativo, e a manutenção da máxima capacidade funcional (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010; FONSECA, RIZZOTTO, 2008).

A prioridade na atenção à saúde dos idosos deve voltar-se para estratégias que possibilitem uma melhor qualidade de vida, além do monitoramento de indicadores capazes de avaliar a morbidade, o impacto da doença e/ou incapacidade na vida dos idosos e de suas famílias.

Dentre as ações que podem contribuir para um envelhecimento mais ativo e saudável, pode-se apontar o diagnóstico situacional das condições de vida dos idosos (VICTOR, 2009).

Para assistir este idoso, é importante qualificar os serviços de saúde para trabalhar com aspectos específicos da saúde, como a identificação de situações de vulnerabilidade social, a realização de diagnóstico precoce de processos de demências e a avaliação da capacidade funcional. É necessário garantir acesso a instrumentos diagnósticos adequados, a medicação e a reabilitação funcional da população idosa, visando prevenir a perda de capacidade funcional, ou reduzir os efeitos negativos de eventos que a ocasionem (BRASIL, 2008).

Portanto, cabe à gestão municipal da saúde desenvolver ações que objetivem a construção de uma atenção integral à saúde dos idosos em seu território. É fundamental organizar as equipes de Saúde da Família e a Atenção Básica, para um processo de trabalho organizado e sistematizado com a população idosa. Os profissionais devem estar sensibilizados e capacitados a identificar e atender as necessidades de Saúde dessa população (CHAIMOWICZ, 2009).

Neste contexto, e após análise dos principais fatores dificultadores da assistência ao idoso no município em que atuo, julgamos que é necessário reorganizar o serviço com enfoque no atendimento a este grupo, dessa forma será realizada uma revisão narrativa sobre a assistência à saúde do idoso, buscando embasamento teórico com pontos de vistas de diversos autores para que posteriormente seja elaborado um protocolo de atendimento ao idoso almejando reorganizar a assistência a esse grupo prioritariamente.

2. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GERAL

- Confrontar os conceitos e informações obtidas na literatura a respeito dos aspectos relacionados à Saúde do Idoso na Estratégia da Saúde da Família (ESF) do Município de Monjolos, Minas Gerais.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar na literatura os problemas relacionados ao acesso e a assistência ao idoso na Atenção Primária à Saúde.
- Elaborar um protocolo de atendimento à Saúde do Idoso na Atenção Primária a Saúde baseado nas diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa do conhecimento disponibilizado na literatura mais recente, em idioma português, sobre a assistência à saúde da população idosa, nos diversos níveis de Atenção à Saúde.

Para execução do presente estudo, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o tema, junto às bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foi realizada uma consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), chegando-se aos seguintes termos: saúde do idoso, atenção primária à saúde, promoção da saúde e acolhimento. Após a localização das bibliografias sobre o tema iniciamos a leitura e organizamos as informações. O material lido foi fichado e registrado, e as principais idéias e teorias pertinentes ao tema foram apresentadas no referencial teórico.

Os limites utilizados na pesquisa foram: trabalhos realizados com a espécie humana; publicados entre os anos de 2003 a 2011, em língua portuguesa.

Após a busca e seleção dos artigos, realizou-se uma leitura reflexiva das descrições a respeito do acesso e assistência ao idoso na saúde, a importância dos protocolos como forma de organizar a atenção ao idoso e as diretrizes da saúde do idoso. As idéias foram organizadas e enquadradas no contexto de cada um destes temas e apresentadas no estudo as considerações de vários autores.

Posteriormente, apresentamos os resultados e esses foram discutidos, relacionando considerações dos diferentes autores com a realidade encontrada na atenção básica do município em estudo. Baseando-nos na literatura pesquisada e na realidade da assistência à saúde do município, elaboramos um protocolo de atendimento ao idoso, almejando reorganizar a assistência ao idoso.

2.1. Local do estudo

O município de Monjolos localiza-se na região central do Estado de Minas Gerais; possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,676, e dista aproximadamente 260 km da capital do estado. A BR-040 constitui a principal via de acesso, a partir de Belo Horizonte. Ao norte, faz limites com o município de Augusto de Lima, com Diamantina à nordeste, Gouveia

à leste, Santo Hipólito à oeste e com Presidente Juscelino, ao sul. A área municipal é de 655,53 Km² (BRASIL, 2011).

A sede municipal tem acesso à BR-135, através da MG-220, estrada com pavimentação em andamento, que passa pelo município de Santo Hipólito, distando 42 km do mesmo. Uma alternativa é a BR-259, cujo caminho é uma estrada estadual sem pavimentação, que passa por Glória, distrito de Santo Hipólito, incorrendo em distância de 47 km. Além destes, há ainda o acesso pela BR-367, através da MG-220, por meio de estrada sem pavimentação, e passando pelo município de Conselheiro Mata, há 56 km.

Monjolos possui uma população de 2.393 habitantes, bastante dispersa em seu território, sendo que a maioria de seus habitantes se concentra na sede do município e no distrito de Rodeador (BRASIL, 2011).

Podemos então dividir o município em:

Área Urbana - Corresponde a 65,9% da população total do município, incluindo a sede e o distrito de Rodeador.

Área Rural - Corresponde a 34,1% da população total do município, incluindo os povoados a seguir: Aguadinha, Jacaré, Boa Vista, Cascalho, Ponte, Mato Virgem, Gameleira, Aguada Nova, Tamboril, Entroncamento, Bela Vista, Passageiro, Olhos D'água, São Jose Altos, São Sebastião do Cume, Riacho Doce, Quebra-Pé, Bueno, Morros, Pastinho, Mangabeiras, Cocal, São José dos Galheiros, Buracão, Caatinga, Fazenda Cafundó, Fazenda do Baú, Melancia/Chacrinha, Fazenda Lage, Fazenda Forquilha, Fazenda Santa Maria, Fazenda Vereda, Fazenda Bananal, Fazenda Tabuado, Fazenda Laranjeira, Fazenda São Geraldo e Fazenda Moenda. As fazendas não são considerados povoados, devido ao pequeno contingente populacional.

Sua população é constituída predominantemente por adultos (51,09%) com faixa etária entre 20 a 59 anos. Adolescentes (19,88%), com idade de 10 a 19 anos, e crianças (15,60%), até 9 anos, compõem pouco mais de um terço da população (BRASIL, 2011). Não há considerável diferença entre o sexo masculino (50,73%) e o feminino (49,27%).

O município conta com 03 Unidades Básicas de Saúde: a que se localiza na sede do município, o Posto de Saúde de Rodeador e o posto de Saúde de Quebra-Pé, localizado na zona rural. Nas três unidades básicas são realizados atendimentos dos profissionais de Saúde, mediante o cumprimento de uma programação preestabelecida mensalmente pela equipe, para a organização do processo de trabalho. A equipe de saúde do município, que atua nas três unidades básicas, é composta de diversos profissionais, que atuam juntamente, através de um trabalho em equipe multidisciplinar. É formada pelos seguintes profissionais:

Uma recepcionista (40 h semanais),
Um médico clínico geral (8 h semanais),
Um médico psiquiatra (4 h semanais),
Um médico ginecologista e obstetra (06 h semanais),
Um médico ESF (40 h semanais),
Um cirurgião geral (4h semanais),
Um cirurgião-dentista clínico geral (20 h semanais),
Um cirurgião dentista de saúde da família (40 h semanais),
Um farmacêutico boticário (40 h semanais),
Um farmacêutico bioquímico (24 h semanais),
Um enfermeiro da unidade básica (40 h semanais),
Um enfermeiro ESF (40 h semanais),
07 técnicos de enfermagem (40 h semanais),
04 auxiliares de enfermagem (40 h semanais),
Um técnico de enfermagem de saúde da família (40 h semanais),
Um técnico em higiene dental (40 h semanais),
Um técnico em higiene dental ESF (40 h semanais),
Um auxiliar de consultório dentário saúde da família (40 h semanais),
Auxiliar técnico em patologia (40 h semanais),
07 Agentes comunitários de saúde (40 h semanais),
Nutricionista (08 h semanais),
Fisioterapeuta (32 h semanais),
Psicólogo (40 h semanais).

O Centro de Saúde de Monjolos, inaugurado em maio de 2008, conta com uma sala de recepção estruturada, e com sistema informatizado, onde os pacientes aguardam o momento de serem atendidos. Programas de TV e filmes em DVD, que promovem a educação em saúde, são disponibilizados enquanto aguardam. Desta sala de recepção todo o fluxo de pacientes é controlado pela recepcionista.

Mais adentro da unidade, há a sala de vacina, os consultórios de enfermagem, de pediatria, de clínica geral, ginecologia, sala de curativos, sala de injeção e nebulização e uma sala de reuniões, equipada com uma televisão com antena parabólica, computador com acesso à internet, data show e cadeiras confortáveis. Além disso, há uma sala de radiografia odontológica (inativa), uma sala com dois consultórios odontológicos, escovódromo, sala de

coleta, sala de cuidados básicos, laboratório, rouparia, central de esterilização, almoxarifado, copa, lavanderias e banheiros para funcionários e usuários masculinos e femininos separados. Todos os ambientes são devidamente equipados, disponibilizando todos os recursos para o bom desempenho do trabalho dos profissionais, além de possuir uma área física dentro das normas da vigilância sanitária.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Sobre o Acesso e a Assistência ao Idoso na Atenção Primária à Saúde

O acolhimento é uma ação tecno-assistencial, que pressupõe a mudança da relação entre profissional e usuário, através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. Faz-se necessário desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos, como à população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família, em relação à outros serviços de saúde, para dar continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com estes serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos (CAMPOS, 2003).

Recentemente, o Ministério da Saúde estabeleceu a Atenção ao Idoso, como uma de suas prioridades. Essa decisão foi pautada na revisão de prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida, e nos indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto da Saúde, considerando a necessidade do estabelecimento de fluxos e rotinas no Pacto pela Saúde para o ano de 2008. Isso inclui a identificação de idosos em situação de fragilidade ou risco de fragilização para promoção de ações de prevenção e para contribuição na melhoria da qualidade da atenção prestada (BRASIL, 2008).

Nesta faixa etária é comum o elevado índice de morbidade e maior proporção de agravos e procedimentos médicos quando comparados aos demais grupos etários, pois, em geral, as doenças dos idosos são crônicas, múltiplas, exigem acompanhamento constante e medicação de uso contínuo (VICTOR, 2009).

Ao acolher o idoso, os profissionais de saúde devem fazer uma profunda avaliação. A vida do idoso sofre o efeito de numerosos fatores, entre eles, os preconceitos dos profissionais e dos próprios idosos em relação à velhice, em decorrência disto, o idoso deverá ter espaço onde suas dores, alegrias, aflições e todas suas queixas morais, sociais e psíquicas serão ouvidas e deverão dispor da mais completa atenção por parte dos profissionais da equipe (MINAS GERAIS, 2006).

O envelhecimento ativo e saudável consiste na busca pela qualidade de vida por meio da alimentação adequada e balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades prazerosas e/ou que atenuem o estresse, redução dos danos

decorrentes do consumo de álcool e tabaco e diminuição significativa da automedicação. Um idoso saudável tem sua autonomia preservada, tanto a independência física, como a psíquica (BRASIL, 2010).

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 (MINAS GERAIS, 2006).

De acordo com a Linha Guia de Atenção à Saúde do Idoso, o envelhecimento, aspiração de qualquer sociedade, só representará uma conquista social quando for traduzido por uma melhor qualidade de vida e para isto é necessária à utilização de novos instrumentos, ferramentas e tecnologias como uma nova perspectiva para esta abordagem (MINAS GERAIS, 2006). Daí a necessidade de melhorar a qualidade das prestações de serviços ofertadas pelo serviço público, repensar o modo como às ações são ofertadas e o papel de cada profissional dentro do novo contexto, organizar fluxos e diretrizes e renovar o papel da assistência em atenção ao idoso na condição de um processo de assistência integrado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) carrega em seus princípios e diretrizes, o que poderia ser a grande política de humanização da assistência à saúde no país, garantindo acesso universal, gratuito e integral, retirando o caráter de mendicância e transformando a saúde em direito. Contudo, a realidade nos serviços como as filas enormes, inúmeras e cotidianas nas portas dos serviços de saúde mostram a distância da proposta humanizadora do SUS e a realidade de saúde em nosso país (SIMÕES et al., 2007).

As doenças que comumente ocorrem no envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade. O idoso utiliza mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior se comparado a outras faixas etárias. As desigualdades em saúde com relação à capacidade de acessar os serviços identificam o movimento da busca, da capacidade do idoso acessar e usar os serviços de saúde conforme sua disponibilidade e necessidade (LOUVISON et al., 2008).

Silvestre *et al.* (1998) apud Pacheco e Santos (2004), afirma que pesquisas demonstram quais as principais doenças que acometerão os idosos, além das mais conhecidas doenças crônicas não-transmissíveis (hipertensão, diabetes e neoplasias), serão: demência – principalmente do tipo Doença de Alzheimer; depressão e osteoporose – as quais requerem cuidados especializados. Vê-se que os efeitos desse processo de envelhecimento acelerado

serão muitos, uma vez que o Brasil não se encontra preparado para atender às necessidades biopsicossociais desses idosos.

Juntamente com as modificações da estrutura etária da população, constata-se mudanças epidemiológicas caracterizadas por doenças e fatores de risco relacionados com o estilo de vida. Sendo problemas de longa duração, estes tornam os idosos os principais usuários dos serviços de saúde. Tais serviços nem sempre estão devidamente preparados para atender às necessidades dessa parcela da população de forma a garantir qualidade de vida por meio da promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde. Em vista desse contexto, verificam-se a necessidade de transformação no modelo assistencial e iniciativas inovadoras de informação, educação e comunicação (MARIN et al, 2008).

No Brasil, a implantação da Estratégia Saúde da Família é uma tentativa de reorganizar a Atenção Básica, ampliar o acesso da população aos cuidados de saúde e resgatar o espaço domiciliar como ambiente terapêutico. Nesse contexto, a organização de estratégias de cuidado representa um desafio aos gestores e à sociedade na busca de alternativas que atendam às demandas específicas dos idosos e de suas famílias (THUMÉ et al., 2010).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) ao resgatar o espaço domiciliar como ambiente terapêutico, busca a visita domiciliar como uma alternativa eficaz para o atendimento da população idosa. Os profissionais da saúde devem transformar a visita domiciliar em canais de aprendizagem, facilitadores da construção da cidadania do idoso no contexto da família com o objetivo de contribuir para o envelhecer saudável dos usuários por eles assistidos (NUNES, PORTELLA, 2003).

Dessa forma, os idosos, por apresentarem características bastante peculiares das demais faixas etárias, requerem uma avaliação de saúde mais cuidadosa a fim de identificar problemas subjacentes à queixa principal. Portanto, faz-se necessário priorizar, no seu atendimento, a avaliação multidimensional, geriátrica abrangente ou avaliação global (PACHECO, SANTOS, 2004). A avaliação do idoso deve contemplar todas as dimensões envolvidas no processo saúde-doença, devendo ser, portanto multidimensional, ou seja, levando-se em conta o bem-estar biopsicossocial e a necessidade das ações integradas da equipe multidisciplinar (MINAS GERAIS, 2006).

Como forma de avaliar o atendimento dos idosos na Estratégia Saúde da Família, Pacheco e Santos (2004) realizaram uma pesquisa que diante dos resultados, verificou-se a necessidade de se implantar ações direcionadas aos idosos cadastrados nestas equipes, considerando o aumento desse contingente populacional, as necessidades específicas e multidimensionais que os idosos apresentam e principalmente, as propostas centradas na

promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento adequado e garantia de referência e contra-referência para os casos de maior complexidade.

Para a reorganização da Atenção Básica é necessário utilizarmos o acolhimento, que requer um atendimento com extrema atenção, postura eficaz, segurança e ética por parte dos profissionais, reorganizando assim, o processo de trabalho e melhorando o vínculo entre equipe e usuário. Desta forma, esta será uma ferramenta facilitadora do acesso para permitir a continuidade do cuidado, garantindo atenção integral e monitoramento além das fronteiras da atenção primária, e o seu retorno à unidade de origem (MINAS GERAIS, 2006).

O atendimento às necessidades de saúde dos idosos demanda a busca ativa de seus riscos e danos, compreendendo seus aspectos funcionais, sociais, emocionais e ambientais. Tal busca deve fornecer elementos para a elaboração de propostas e desenvolvimento de ações visando à promoção, prevenção, cura e reabilitação das condições de saúde. Neste contexto, ênfase deve ser dada ao acolhimento, no acesso e à atenção global e interdisciplinar (MARIN *et al*, 2008).

Esta atenção ao idoso deverá ser direcionada através da classificação de risco, cujo idoso será classificado em frágil ou não frágil, visto que segundo Teixeira (2008), a fragilidade é um termo utilizado por profissionais da gerontologia e geriatria para indicar a condição de pessoas idosas que apresentam alto risco para quedas, hospitalização, incapacidade, institucionalização e morte.

O Ministério da Saúde implantou a Caderneta de Saúde da pessoa idosa cuja função primordial é propiciar um levantamento periódico de determinadas condições do indivíduo idoso e de outros aspectos que possam interferir no seu bem estar. Antes do adoecimento orgânico, a pessoa idosa apresenta alguns sinais de risco e é função do profissional de saúde, por meio do registro na caderneta, identificar esses sinais para que as ações possam ser assumidas de maneira precoce, contribuindo não apenas para a melhoria da qualidade de vida individual, mas também para uma saúde pública mais consciente e eficaz (BRASIL, 2008).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é preenchida no momento da realização da visita domiciliar, onde haja um morador com 60 anos ou mais de idade, ou na unidade de saúde quando a pessoa for se consultar. São utilizados alguns critérios para classificar se o idoso é frágil ou não (BRASIL, 2008).

De acordo com a Secretaria de Saúde de Minas Gerais através da Resolução 2.603 de 7 de Dezembro de 2010, que dispõe sobre a Rede de Atenção à Saúde do Idoso considera-se:

I – Idoso: o indivíduo acima de 60 (sessenta) anos de idade;

II – Idoso frágil: conforme Linha Guia “*Atenção à Saúde do Idoso/SES-MG*”, é aquele com 80 (oitenta) anos de idade ou mais ou aquele com 60 (sessenta) anos ou mais que apresentem no mínimo uma das características abaixo:

- a) Polipatologias (5 – cinco – diagnósticos ou mais);
- b) Polifarmácia (5 – cinco – medicamentos ou mais ao dia);
- c) Imobilidade parcial ou total;
- d) Incontinência urinária ou fecal;
- e) Instabilidade postural (quedas de repetição);
- f) Incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, *delirium*);
- g) Dependência nas atividades básicas de vida diária (ABVD's).

O idoso considerado como não-frágil é aquela pessoa com mais de 60 e menos de 80 anos, e que não apresenta nenhum comportamento de risco, conforme os itens que são avaliados (MINAS GERAIS, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde os idosos não-frágeis são também chamados de independentes, pois mesmo sendo pessoas portadoras de alguma doença (as mais comuns são Hipertensão Arterial e Diabetes), se mantêm ativas no ambiente familiar e no meio social (BRASIL, 2008).

É o grau de dependência do idoso que determina os tipos de cuidado que lhes serão necessários. Portanto, reafirma-se a assertiva quanto à identificação do grau de dependência da clientela atendida ser uma forma de expressar suas necessidades de cuidados através do julgamento clínico do enfermeiro visando à intervenção de enfermagem. Além disso, delinear o perfil dos idosos é uma sistemática racional e proveitosa, pois norteia as tomadas de decisões, nos campos administrativo e assistencial, o que caracteriza uma competência do enfermeiro para implementar a assistência de enfermagem segundo a diversidade de sua clientela (SALES, SANTOS, 2007).

3.2. Sobre a importância do protocolo nos serviços de saúde

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados pelos

pressupostos das evidências científicas. A literatura recente mostra, em relação aos protocolos, número mais alto de estudos sobre os protocolos de atenção à saúde, em relação aos de organização de serviços. Têm como foco a padronização de condutas clínicas e cirúrgicas em ambientes ambulatoriais e hospitalares. É importante salientar que os protocolos, por seguirem as diretrizes do SUS, não são neutros e exercem marcada influência na construção do modelo de atenção. São estratégias fundamentais, tanto no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações, quanto na padronização das ações e do processo de trabalho. Dessa forma, podem ser considerados elementos importantes para a obtenção de qualidade dos serviços (WERNERK, FARIA, CAMPOS, 2009).

A Câmara Técnica de Atenção Básica do Conselho Regional de Enfermagem definiu o protocolo como instrumento normativo do processo de intervenção técnica e social na realidade de saúde que orienta os profissionais na realização de suas funções, tendo como base conhecimentos científicos e práticos do cotidiano do trabalho em saúde, de acordo com uma realidade extremamente dinâmica, obrigando necessariamente ser avaliado permanentemente e modificado segundo as circunstâncias envolvidas (COREN-MG, 2008).

Para Field e Lohr (1990) apud Lagioia et al (2008), os protocolos contêm todas as atividades que serão realizadas nos pacientes que apresentem determinadas patologias em seus aspectos de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados crônicos. Correlacionam um sistema de avaliação de processos e resultados, assim como o grau de sua utilização. Englobam, portanto, desde as atividades puramente clínicas até as de promoção de saúde e prevenção da enfermidade, junto com os aspectos de avaliação.

A importância do uso dos protocolos é que eles propiciam processos ricos em aprendizagem organizacional e como prescrevem racionalmente os melhores recursos a serem utilizados, são a garantia da maior probabilidade de resultados assistenciais almejados. Os protocolos significam uma regra, ou um conjunto de regras para se fazer alguma ação. São importantes meios que dão maior consistência científica e metodológica a essa ação, com o objetivo de aumentar sua capacidade de enfrentar e resolver determinados problemas e situações no âmbito dos serviços saúde. Neste sentido, uma importante ferramenta para reorganizar a Atenção à Saúde do Idoso é a elaboração de um Protocolo de Atendimento sendo este, muito útil na organização do processo de trabalho e na resolubilidade das ações de saúde no âmbito das unidades de saúde (WERNERK, FARIA, CAMPOS, 2009).

Piccini et al (2006) ressalta que os trabalhadores destes serviços devem estar capacitados em termos de conhecimento, habilidades e atitudes para elaborar e operar protocolos para

ações programáticas específicas às necessidades deste grupo populacional de maneira integrada com as demais práticas da rede de cuidado social.

Sendo assim, de acordo com Honório e Caetano (2009), a elaboração de protocolos por enfermeiros proporciona crescimento para a equipe e para cada profissional, com repercussões na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, cujos resultados são evidenciados no decorrer do trabalho.

3.3. Sobre as diretrizes da Saúde do Idoso

O Idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias, sem que isto se reverta em seu benefício. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes, e internações frequentes. A maioria dos quadros de dependência desta população está associada a condições crônicas que podem ser adequadamente manipuladas, muitas vezes, fora de instituições hospitalares ou asilares. Em vista disso, é fundamental a organização dos serviços em ações básicas de atenção à saúde do Idoso, na produção do cuidado em defesa da vida. Como estratégias para conseguir esta organização são propostas as diretrizes da saúde do idoso para a promoção, prevenção e recuperação da saúde desta parcela populacional (MINAS GERAIS, 2006).

O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Assim, qualquer política destinada aos idosos deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de auto-satisfação. Também deve abrir campo para a possibilidade de atuação em variados contextos sociais, e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada. Deve incentivar, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde (VERAS, 2009).

Portanto, o cuidado dos idosos implica ofertar serviços cuja estrutura apresente características que possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequada, respeitando as limitações que proporções relevantes de idosos apresentam (PICCINI et al, 2006).

A Linha-Guia da Atenção à Saúde do Idoso da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (2006) afirma que para desenvolver de forma adequada os cuidados aos idosos, são necessários que alguns caminhos sejam considerados, como:

- Manutenção do bem-estar e da autonomia no ambiente domiciliar onde tais cuidados centram-se no idoso, nas suas necessidades, de sua família e de sua comunidade e não em sua doença;

- Desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar procurando partilhar responsabilidades e defendendo os direitos dos idosos/ família/comunidade;

- Ampliação dos conhecimentos profissionais para além da área gerontogeriátrica, considerando as inter-relações, pois o idoso exige cuidado direcionado a ações complexas e interdisciplinares;

- Realização de visitas domiciliares regulares;

- Garantia de consultas, tratamentos, medicamentos, exames laboratoriais e outros de acordo com as necessidades individuais;

- Orientações que envolvam o usuário e comprometem a família;

- Garantir o atendimento nos diversos pontos de atenção.

Para viabilizar esta atenção é indispensável uma rede básica treinada e equipada, oferecendo atividades preventivas de reabilitação e promoção de saúde (FERREIRA, 2009).

A SES preconiza uma forma de organização das ações em saúde do idoso com a descentralização do atendimento e o fortalecimento das ações em Atenção Primária (MINAS GERAIS, 2006).

De acordo com o Estatuto do idoso, capítulo IV, artigo 15,

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. (BRASIL, 2003).

No inciso 1º do mesmo capítulo são descritos que (BRASIL, 2003):

§ 1º- A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I – cadastramento da população idosa em base territorial;

II- atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III- unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

IV - atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o poder público, nos meios urbano e rural;

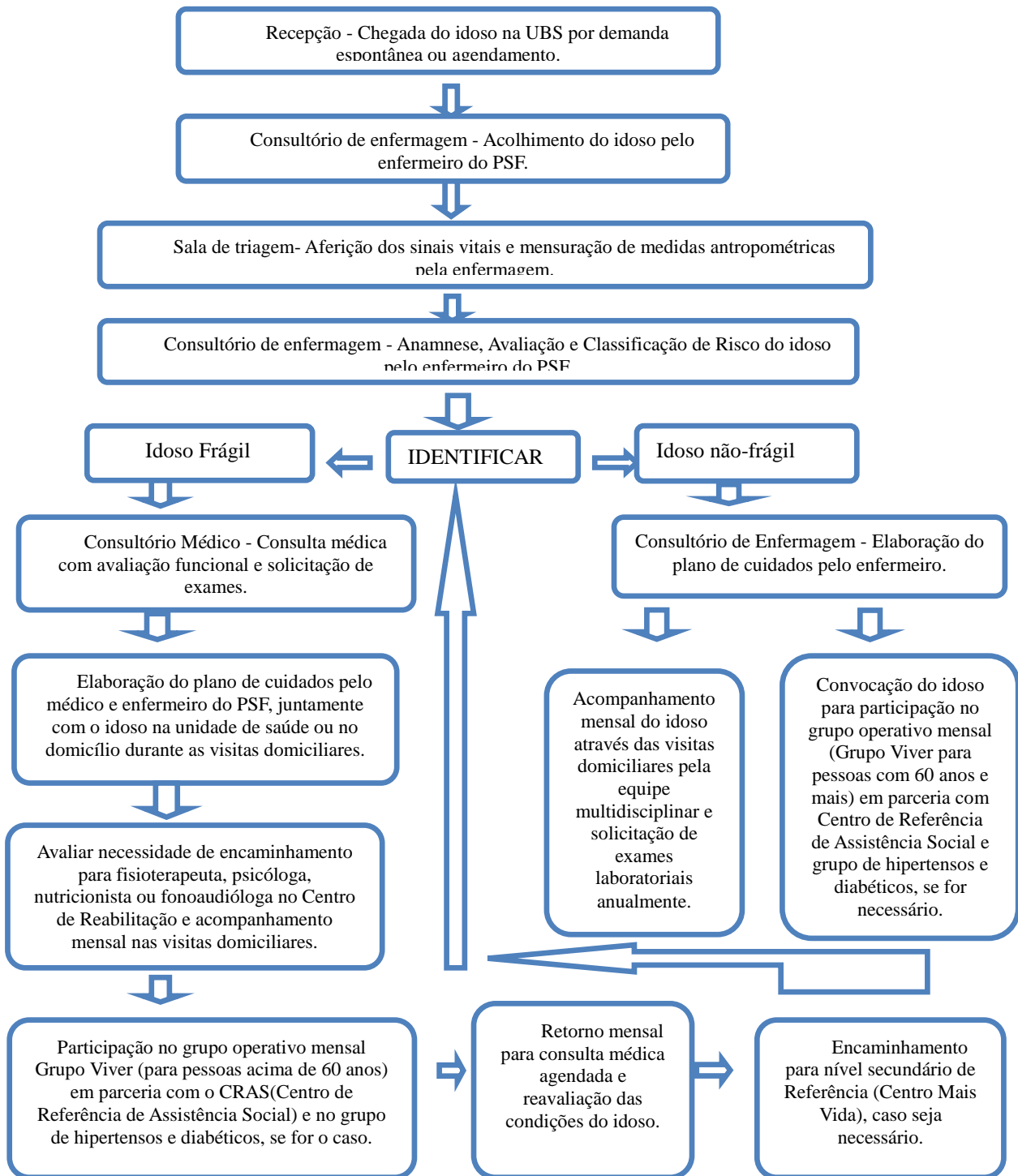
V - reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo de saúde.

§ 2º - Incumbe ao poder público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 3º - É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

§ 4º - Os idosos portadores de deficiência, ou limitação incapacitante, terão atendimento especializado, nos termos da lei.

4. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO



5. RESULTADOS e DISCUSSÃO

Grande parte dos estudos que abordam o acesso e a assistência ao idoso no serviço de saúde ressalta que devido ao crescimento da população idosa nos últimos anos, é necessário que o serviço de saúde esteja preparado para atender esta população de maneira qualificada, já que esta se encontra exposta a maiores riscos (BRASIL, 2008).

Um dos problemas identificados na literatura é o fato do preconceito do próprio idoso e dos profissionais com a velhice, sendo este, um fator prejudicial ao acesso do idoso ao serviço de saúde. Diante deste contexto, este se sentirá excluído ou terá sentimento de culpa por achar que gera algum constrangimento aos profissionais no serviço, fazendo com que muitos idosos se afastem das Unidades Básicas de Saúde. Por outro lado, os profissionais de saúde também demonstram certa impaciência em lidar com o idoso, acarretando assim, uma dificuldade em realizar uma assistência eficiente e qualificada em seu atendimento (MINAS GERAIS, 2006). Neste contexto, de acordo com a Linha Guia de Atenção ao Idoso, é necessário que o profissional disponha de completa atenção na assistência ao idoso, transmitindo-lhe segurança, confiança e ouvindo suas principais queixas, seus medos, suas dores e quaisquer questionamentos (MINAS GERAIS, 2006).

O idoso está susceptível a alguns riscos à saúde como: quedas, doenças crônicas não-transmissíveis (hipertensão, diabetes e neoplasias), demências – principalmente do tipo Doença de Alzheimer, depressão e osteoporose (SILVESTRE *et al.* 1998 apud PACHECO & SANTOS, 2004) . Estes riscos vão aumentando gradativamente com a idade, o tornando-o cada vez mais frágil e susceptível a internações hospitalares, com maior frequência e maior tempo de ocupação no leito (LOUVISON *et al.*, 2008). Neste sentido, os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento deste usuário devem atuar na prevenção destes riscos e em evitar o agravamento das complicações ocasionadas por estes agravos, mais comuns na população idosa (MINAS GERAIS, 2006).

Entretanto, isto somente será possível caso haja treinamento, capacitação, organização e protocolos de atendimento (PICCINI *et al.*, 2006). Assim, o acompanhamento desta população, seja individual ou coletivamente, possibilitará a identificação dos principais riscos aos quais os idosos estão expostos, bem como a implementação de ações que evitem as internações, a perda de autonomia, o asilamento e a completa dependência (MINAS GERAIS, 2006).

Simões et al, (2007) relata problemas organizacionais do serviço de saúde, como por exemplo as filas enormes e cotidianas nas portas das Unidades de Básicas de Saúde. Este fato gera um distanciamento da proposta de humanização no SUS, dificultando cada vez mais a consolidação de sua proposta em promover saúde dos idosos.

Portanto, pode-se inferir que a melhor opção para manter a proposta de humanização do SUS no atendimento ao idoso, seria uma atenção qualificada ao idoso na atenção primária por meio de um atendimento sistematizado por uma equipe multidisciplinar, com o principal objetivo de promover um envelhecimento ativo e saudável através de uma assistência eficiente (MINAS GERAIS, 2006).

Diante do exposto, percebemos o quanto é importante um serviço de saúde organizado para que toda população tenha acesso à saúde e resolutividade dos seus problemas. Um dos meios de se conseguir essa organização no sistema de saúde é com o auxílio de protocolos de atendimento, que segundo Wernerk et al. (2009) representam importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços, sendo orientados por diretrizes do SUS.

Estes protocolos possibilitarão aos profissionais de saúde direcionar o acompanhamento dos idosos não-frágeis e dos idosos frágeis, sendo que os últimos requerem maior atenção, visto que estão expostos a alto risco para quedas, hospitalização, incapacidade, institucionalização e morte. Esta sistematização irá garantir uma assistência multidisciplinar qualificada a todos os idosos (TEIXEIRA, 2008).

Finalmente, em concordância com a Linha Guia de Atenção ao Idoso, para almejarmos a reorganização da assistência, é fundamental a organização dos serviços em ações básicas na produção do cuidado em defesa da vida, e como estratégias para conseguir esta organização são propostas as diretrizes da saúde do idoso para a promoção, prevenção e recuperação da saúde desta parcela populacional (MINAS GERAIS, 2006).

5.1. Reflexões confrontando os conceitos e informações obtidas na literatura com determinantes e aspectos da saúde do idoso, conforme constatados em Monjolos, MG

A equipe da Estratégia Saúde da Família de Monjolos funciona desde novembro de 1996, sendo a única equipe de saúde da família do município, uma vez que a população é muito pequena, e porque atua nas proximidades da Unidade de Saúde.

A Equipe está envolvida com assistência curativa e preventiva, bem como com a promoção integral da saúde do indivíduo, com abrangência de 100% da população.

Atualmente existem as visitas domiciliares, os grupos de: hipertensos, diabéticos, gestantes, puericultura (englobando crianças de 0 a 6 anos), acompanhamento de crianças envolvidas no Programa bolsa família, assistência odontológica curativa pela Equipe de Saúde Bucal (implantada há dois anos) às crianças de 0 a 14 anos, e de adultos que se encaixam em grupos de risco e às urgências.

Em relação aos grupos, a participação da população se faz de forma efetiva, principalmente nos grupos de diabéticos e hipertensos, realizados mensalmente, em cada micro-área, e contando sempre com a presença da enfermeira, do agente de saúde e de algum outro profissional de nível superior, como nutricionista, fisioterapeuta, odontólogo ou o médico. As visitas domiciliares são realizadas pelos agentes de saúde e pelo enfermeiro da ESF, mensalmente, em cada domicílio. Quando necessário, o médico da ESF também realiza as visitas.

No processo de trabalho da equipe verifica-se a necessidade de uma atenção holística da população com ênfase na população idosa, que conforme apresentado por vários autores, representam um grupo mais susceptível a determinados agravos. Esta atenção deve ser tanto no ambiente domiciliar quanto na unidade de saúde e direcionada primeiramente através do acolhimento.

Muitas UBS's ainda não implantaram o acolhimento, ou então o fazem de uma maneira não-sistematizada, como acontece na UBS do município de Monjolos. Tais ações podem prejudicar a assistência e a adesão do idoso às atividades promovidas pela equipe de saúde.

A organização da assistência e a criação de protocolos de atendimento à saúde do idoso no serviço tornam-se indispensáveis para a sistematização das ações da equipe multidisciplinar e do fluxo de atendimento, dinamizando assim, o processo de trabalho e melhorando consequentemente a qualidade do atendimento ao idoso.

Enfim, para conseguirmos promover a saúde dos idosos e reorganizar a atenção voltada para este grupo, precisamos de uma equipe multidisciplinar capacitada, um processo de

trabalho organizado, fluxo definido e facilidade de acesso e acolhimento dos idosos para que cada um deles possa chegar até os profissionais pela porta de entrada na Atenção Primária.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, o idoso vem se destacando como uma das prioridades no serviço de saúde, principalmente após ser instituída a Política Nacional do Idoso em 1999 e com reformulação desta política através da Portaria N° 2528/GM, a qual define que a assistência à saúde desta população terá como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde. A partir daí percebemos que para se adequar o serviço às diretrizes da saúde do idoso é necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados e aptos a oferecer o atendimento adequado e qualificado ao idoso, garantindo assim, seu envelhecimento ativo e saudável.

Assim como todo ser humano, o idoso tem direito ao acesso aos serviços de saúde, no entanto, muitos idosos somente procuram o atendimento quando já estão com alguma queixa ou patologia, sendo outro problema identificado na assistência o idoso. Os profissionais de saúde devem trabalhar na Atenção Primária prevenindo estas situações, pois caso ocorra será mais difícil de ser resolvida devido à ausência de vagas para internação, dificuldade de aderir ao tratamento, ausência de um cuidador para o idoso frágil. Os idosos que procuram o serviço de saúde devem ser acolhidos por estes profissionais, buscando estreitar seus laços de confiança, consolidando ainda mais sua adesão ao cuidado com a sua saúde.

7. REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília, 2011. Disponível em: <[http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em:03 set.2011.
- _____. Ministério da Saúde. Confederação Nacional dos Municípios. Brasília, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. Série Pactos pela Saúde 2006. volume 12. Brasília-DF, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: Manual de Preenchimento.1.ed. Brasília- DF, 2008.
- _____.Ministério da Saúde. Portaria no 325, de 21 de fevereiro de 2008. *Diário Oficial da União*. 21 fev 2008; Seção 1:37-41.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. Brasília, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2006. Caderno de Atenção Básica n. 19.
- _____. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso,1.ed.2 ;reimp. Brasília-DF, 2003.
- BERLEZI, E.M. et al. Programa de atenção ao idoso: relato de um modelo assistencial-**Texto e Contexto- Enfermagem**. vol. 20.n.2. Florianópolis abr./jun. 2011.
- CAMPOS, G.W.S. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.) Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CHAIMOWICZ, F. Saúde do Idoso. NESCON-UFMG. Belo Horizonte. Editora Coopmed, 2009.
- COREN-MG. Câmara Técnica de Atenção Básica. Belo Horizonte. 11 de setembro de 2006.
- FERREIRA, A.B. et al. Programa de atenção particularizada ao idoso em unidades básicas de saúde .**Saúde e Sociedade**.vol.18.n.4.São Paulo. out/dez.2009.
- FONSECA, F.B.; RIZZOTTO, M.L.F. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. **Texto e Contexto- Enfermagem**. v.17.n.2. Florianópolis. abr./jun.2008.
- GONÇALVES, L.G. et al. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. **Revista de Saúde Pública**. Rio Grande do Sul,fev.2008.
- HONÓRIO, R.P.P; CAETANO, J.A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: Relato de Experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**.v.11.n.1.Fortaleza, mar/2009.

LAGIOIA, U.C.T et al. A Gestão por processos gera melhoria de qualidade e redução de custos: o caso da Unidade de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. **Revista Contabilidade e Finanças**. v.19.n.48.São Paulo. Set/dez.2008

LOUVISON, M.C.P. et al.Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos no município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. v. 42.n.4. ago. 2008.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. Linha-Guia de Atenção à Saúde do Idoso.1.ed. Belo Horizonte. 2006.

_____.Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SES Nº 2.603, de 7 de Dezembro de 2010.Belo Horizonte, 2010.

NUNES, L.M.; PORTELLA, M.R. O idoso fragilizado no domicílio: A problemática encontrada na Atenção Básica em Saúde. **Boletim da Saúde**. v.17.n.2.Porto Alegre. jul/dez.2003.

PACHECO, R.O.; SANTOS, S.S.C. Avaliação global de idosos em unidades de PSF. **Textos sobre envelhecimento** .v.7.n.2.Rio de Janeiro.2004.

PICCINI, R.X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Pelotas 2006. 657-667 p.

SALES, F.M.S.; SANTOS, I. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: identificação de necessidades. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis jul/set.2007.

SIMÕES, A.L.A. et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária.**Texto e Contexto- Enfermagem**.v.16.n.3.Florianópolis jul/set.2007.

TEIXEIRA, I. N. D. O. Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**.v.13.n.4.Rio de Janeiro.jul/ago.2008.

THUMÉ, E. et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado .**Revista de Saúde Pública**.v.44.n.6. São Paulo dez./2010.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas ,desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**.vol.43.n.3.São Paulo. mai /jun.2009.

VICTOR, J.F. et al . Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta paul. enferm**. São Paulo, v. 22, n. 1, fev. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>.Acesso em: 01 ago.2011.

WERNERK, M.A.F.; FARIA, H.P.; CAMPOS, K.F.C. Protocolos de cuidados à saúde e organização do serviço. NESCON-UFMG. Belo Horizonte. Editora Coopmed, 2009.