

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

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA IDOSOS COM DOENÇAS**  
**CRÔNICAS: UMA EXPERIÊNCIA POSSÍVEL**

CINTIA LUSTROZA SOARES

Belo Horizonte  
2012

CINTIA LUSTROZA SOARES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA IDOSOS COM DOENÇAS  
CRÔNICAS: UMA EXPERIÊNCIA POSSÍVEL**

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

Orientadora: Professora Gisele Fráguas

Belo Horizonte  
2012

CINTIA LUSTROZA SOARES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA IDOSOS COM DOENÇAS  
CRÔNICAS: UMA EXPERIÊNCIA POSSÍVEL**

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

Orientadora: Professora Gisele Fráguas

**BANCA EXAMINADORA**

Professora Gisele Fráguas (Orientadora)

Profª Eulita Maria Barcelos - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte 20/01/2012

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus por ter guiado meu caminho e ter me dado forças para conclusão de mais uma etapa de minha vida.

Aos meus pais, pelo incentivo e dedicação.

Aos meus irmãos pelo carinho.

Ao meu namorado pela compreensão nos períodos de ausência.

As amigas Erika, Marisa e ESF Nova Pampulha que me auxiliaram na execução do trabalho e me mostraram o verdadeiro sentido da amizade.

A orientadora, Gisele Fráguas, pelo ensinamento e dedicação dispensados no auxílio à concretização desse trabalho.

## RESUMO

O aumento da expectativa de vida da população mundial, especialmente no Brasil onde a população idosa apresenta um contingente de quase 15 milhões de pessoas, nos faz refletir sobre os recursos necessários para melhor assistir essa parcela da população. Estima-se que 85% dos idosos apresentem pelo menos uma doença crônica e destes pelo menos 10% com no mínimo 5 afecções concomitantes (RAMOS, 2002). Desse modo a prevalência de doenças crônicas e a longevidade da população brasileira cooperam para o aumento de idosos com limitações funcionais, aumentando a necessidade de cuidados constantes. Diante deste contexto e da experiência vivenciada na atenção primária a saúde surge à necessidade de elaborar um plano de intervenção para melhor assistir essa população. O objetivo geral do estudo foi elaborar um plano de intervenção que busque reduzir o número de complicações de doenças crônico-degenerativas (DCNT) em idosos. Utilizou-se o recurso proposto pela disciplina de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde com a realização do diagnóstico situacional e a identificação de problemas associado à revisão da literatura em artigos, revistas e periódicos das principais bases de dados digital. Como resultado, identificou-se que faltam ações de promoção a saúde e prevenção de agravos para os idosos com DCNT da ESF Nova Pampulha I. Os fatores associados a essa escassez de atividades educativas são: carência de profissional qualificado, espaço físico inadequado para realização das atividades e desinteresse dos usuários e dos próprios funcionários em realizar atividades de promoção à saúde.

Descritores: Saúde do idoso, Promoção de saúde, Doenças crônicas, Envelhecimento.

## ABSTRACT

The increase of the life expectancy of the world-wide population, especially in Brazil where the aged population almost presents a contingent of 15 million people, in makes them to reflect on the resources necessary better to attend this parcel of the population. They is esteem that 85% of the aged ones present at least at least a chronic illness and of these at least 10% with 5 concomitant afecções (BRANCHES, 2002). In this manner the prevalence of chronic illnesses and the longevity of the Brazilian population cooperate to the increase of aged with functional limitations, increasing the necessity of constant cares. Ahead of this context and the experience lived deeply in the primary attention the health it appears to the necessity to elaborate an intervention plan better to attend this population. The general objective of the study was to elaborate an intervention plan that it searches to reduce the number of complications of chronic-degenerative illnesses (DCNT) in aged. The resource considered was used for disciplines of Planning and Evaluation of the Actions in Health with the accomplishment of the situational diagnosis and the identification of problems associated the revision of literature in articles, reviewed and periodic of the main databases digital. As result, it was identified that they lack to action of promotion the health and prevention of agravos for the aged ones with DCNT of the New ESF Pampulha I. The factors associates to this scarcity of educative activities are: lack of qualified professional, inadequate physical space for accomplishment of activities e disinterest of the users and the proper employees in carrying through activities of promotion to the health.

Describers: Health of the aged one, chronic Promotion of health, Illnesses, Aging.

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 -	Projeção da população do Brasil: 1980-2050.....	12
GRÁFICO 2 -	Aspectos Demográficos .....	19
GRÁFICO 3 -	Morbidade Referida.....	20
GRÁFICO 4 -	Média de consultas médicas por faixa etária.....	20

## **LISTAS DE QUADROS**

- QUADRO 1 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema Falta de ações de promoção a saúde e agravos. 29
- QUADRO 2 - Proposta de ações para motivação dos atores. 30

## **LISTA DE ABREVIACÕES**

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

DCNT – Doenças Crônico-degenerativas

ESF – Equipe Saúde da Família

Ficha A – Ficha de Cadastro da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PPI - Programação Pactuada e Integrada

RH – Recursos Humanos

RT – Responsável Técnico

SIAB – Sistema de Informação Atenção Básica

SSA2 – Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias na área

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico de Higiene Dentária



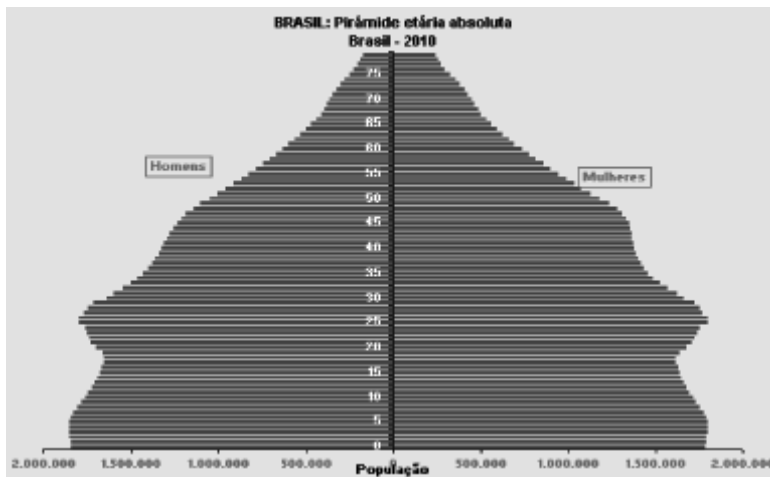
## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1</b>	<b>Geral.....</b>	<b>15</b>
<b>2.2</b>	<b>Específicos.....</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>CONTEXTUALIZANDO O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>17</b>
<b>4.1</b>	<b>Identificação dos problemas da ESF Nova Pampulha I.....</b>	<b>22</b>
<b>4.2</b>	<b>Descrição do problema.....</b>	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ENFRENTAMENTO DOS</b>	<b>28</b>
	<b>PROBLEMAS.....</b>	
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>32</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>34</b>

# 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser descrito como um processo natural, fisiológico, singular, irreversível, não patológico, de alterações gradativas de um organismo, comum a todos os indivíduos, podendo não causar problemas, no entanto, quando o idoso está exposto a algum fator de estresse, fator ambiental e situação socioeconômica desfavorável esses condicionantes podem aumentar a possibilidade de adoecimento e óbito (BRASIL, 2006).

O aumento da população idosa tem sido comprovado por diversos estudos e dados estatísticos, dentre eles, o do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000) que evidenciam o aumento da longevidade no Brasil. A expectativa para o ano de 2050 é que exista cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. No Brasil, cerca de 17,6 milhões de indivíduos são idosos, evidenciado pelo crescimento da população nessa faixa etária em um período de 50 anos, fato este demonstrado no GRÁFICO 1 (BRASIL, 2006).



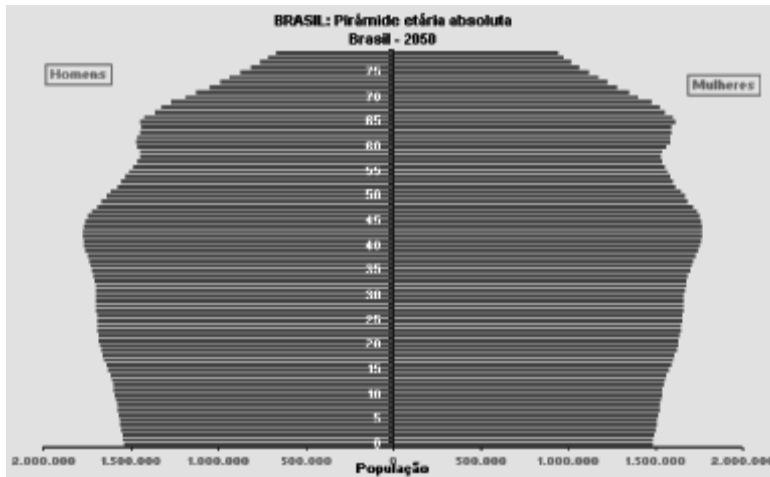


GRÁFICO 1 - PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO DO BRASIL

Fonte: IBGE – Projeção da População do Brasil: 1980-2050.

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2006/estimativa.shtm>

Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um quadro caracterizado por enfermidades complexas e onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas (GORDILHO *et al.*, 2000). Essa mudança na estrutura da população é caracterizada pela transição demográfica, ou seja, declínio nas taxas de fecundidade e mortalidade. Segundo Paschoal *et al* (2007), outro fator que interferiu na estrutura da população brasileira foi o migratório, especialmente com a entrada de estrangeiros, no final dos séculos XIX e XX. No século XX a expectativa de vida era bastante baixa e a estrutura etária era composta por crianças e adultos jovens, que raramente atingiam 60 anos.

A mortalidade infantil era muito elevada devido à fome, doenças e problemas climáticos. Atualmente, o Brasil se depara com a queda acentuada da fecundidade, acompanhada pelo declínio da mortalidade, levando a um processo de envelhecimento populacional e de aumento da longevidade da população. A redução das taxas de fecundidade e a diminuição da mortalidade geram maior expectativa de vida. Paralelamente a transição demográfica, observa-se uma mudança no padrão de morbi-mortalidade, caracterizada pelo declínio das doenças infecto-parasitárias e aumento das doenças crônicas não transmissíveis (PASCHOAL, 2007).

Apesar do processo de envelhecimento não estar ligado, necessariamente, as doenças e incapacidades, as doenças crônico degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos. Dessa forma, a tendência é um aumento do número de idosos com doenças crônicas e incapacidade funcional. O comprometimento funcional tem conseqüências importantes para a

família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida. Deve-se ter cautela ao considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam conseqüências de seu envelhecimento natural, tal fato pode impedir a detecção precoce das doenças e o seu tratamento.

Um país é considerado como envelhecido, quando o número de idosos atinge 7% da população (VICTOR, *et al.*, 2009). De acordo com os dados da pesquisa de amostra em domicílio, o Brasil possui 10% da população com mais de 60 anos, sendo considerado um país envelhecido (BRASIL, 1999). Nos países em desenvolvimento, estes dados acabam sendo um grande problema, devido à escassez de recursos financeiros e humanos especializados para assistir a este público, somado a falta de políticas adequadas a esta parcela da população. Neste sentido, os dados demográficos demonstram a necessidade urgente de discussão sobre políticas públicas de atenção ao idoso por parte dos gestores e políticos brasileiros. O planejamento da assistência ao idoso deve considerar estratégias que possibilitem maior autonomia, independência e redescobrimto de possibilidades, mesmo diante de algumas limitações, permitindo uma vida mais saudável e de qualidade. Deve-se atentar para os indicadores de morbidade, impacto da doença, incapacidade funcional e reabilitação da saúde dos idosos e de seus familiares (VICTOR, *et al.* 2009). A assistência à pessoa idosa deve fundamentar-se na melhoria da qualidade da assistência e no aumento de sua resolutividade com o envolvimento de todos os profissionais da rede. Na atenção primária a mesma deverá ser exercida pelo generalista e enfermeiro da equipe, tendo como foco a avaliação funcional na busca pela independência e autonomia, referenciando para o especialista apenas os casos prioritários (MINAS GERAIS, 2007).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada no Brasil em 1994, com o objetivo de reorganizar o sistema de saúde através da criação de equipes multiprofissionais que atuassem em um território definido, atuando com ações de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação de doenças e seus agravos. A Saúde da Família possui um grande potencial de integrar a rede de vigilância em saúde voltada para doenças crônicas, entre elas a atenção integral ao idoso (BRASIL, 2006). No Brasil, estima-se que 85% dos idosos apresentem pelo menos uma doença crônica e destes pelo menos 10% com no mínimo 5 afecções concomitantes (RAMOS, 2002). Segundo dados da ficha A – SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) do Município de Ribeirão das Neves, a proporção de idosos que apresentam doenças crônicas como Hipertensão e Diabetes são elevados (SIAB, 2010). Desse modo a prevalência de doenças crônicas e a longevidade da população brasileira

contribuem para o aumento de idosos com limitações funcionais, aumentando a necessidade de cuidados constantes.

Diante desta realidade vivenciada por mim, diariamente, como enfermeira da ESF Nova Pampulha I, surgiu o interesse em estudar e aprofundar sobre o tema, tendo como objetivo a elaboração de um plano de intervenção que busque reduzir o número de complicações de doenças crônico-degenerativas (DCNT) mais comuns em idosos.

Assim, o presente estudo justifica-se pela necessidade de reduzir tais seqüelas e proporcionar aos idosos uma melhoria na qualidade de vida.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo geral**

- Elaborar um plano de intervenção que busque reduzir o número de complicações de doenças crônico-degenerativas (DCNT) mais comuns em idosos.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Conhecer o perfil demográfico e epidemiológico da população atendida por uma Equipe de Saúde da Família (ESF) de Ribeirão das Neves.
- Propor ações de melhorias para o cuidado ao idoso.

### **3 METODOLOGIA**

Foi elaborada uma proposta de intervenção para a redução de complicações em idosos com DCNT atendidos por uma equipe de saúde da família na cidade de Ribeirão das Neves.

Inicialmente realizou-se um levantamento bibliográfico nas bases LILACS, MEDLINE e PUBMED com o objetivo de obter um referencial teórico para subsidiar a construção da proposta. As palavras chave utilizadas para a busca de artigos científicos para o estudo foram: saúde da pessoa idosa, envelhecimento populacional, doenças crônico-degenerativas, promoção a saúde e envelhecimento, exercícios físicos.

O período de publicação dos artigos foi considerado de 1999 a 2009.

Após a leitura dos artigos foi realizado um levantamento dos dados epidemiológicos relativos à saúde dos idosos no município de Ribeirão das Neves através da consulta às fichas que compõem o Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB). Esse sistema representa uma rede de informação em saúde e tem como objetivo obter dados cadastrais obrigatórios das famílias acompanhadas pelo Programa Saúde da Família.

A partir da análise criteriosa desses dados somados a vivência da pesquisadora foi proposto o projeto de intervenção.

#### **4. CONTEXTUALIZANDO O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NOVA PAMPULHA I**

A Equipe de Saúde da Família Nova Pampulha I está localizada na região sanitária IV, do Município de Ribeirão das Neves, à rua 1, 577, no Conjunto Nova Pampulha, fazendo divisa com Belo Horizonte e Contagem. Ribeirão das Neves é um dos 39 municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Constituiu-se como um dos núcleos mais antigos da região, tendo surgido por volta de 1747, quando foi erguida a Capela de Nossa Senhora das Neves, e somente a partir de 1943, passou a chamar-se Ribeirão das Neves. Sua emancipação como município se deu em 12 de dezembro 1953 <sup>1</sup>.

A unidade foi inaugurada em 1987 e foi construída com recursos próprios do Município, atendendo ao pedido da comunidade local. Inicialmente, recebeu o nome de Centro de Saúde Clóvis Públio Alves e hoje é denominada PSF Nova PampulhaI. Cabe ressaltar que no ano de 1996 houve a adesão do município ao Programa de Saúde da Família, como estratégia de construção de um modelo de saúde mais resolutivo e humanizado, com a abertura inicial de três unidades, chegando atualmente a 53 Equipes de Saúde da Família, que teriam potencial para 56% de cobertura da população total do município. No entanto cerca de 50% dessas equipes encontram-se incompletas, dada a dificuldade de contratação de profissionais médicos.

A equipe de saúde da família pertence à uma área de fácil acesso dentro do território adstrito. Contudo, um dos fatores dificultadores é o acesso para cadeirantes e usuários com mobilidade física prejudicada ao interior da unidade. A estrutura física é composta por 1 recepção, 1 sala de vacina, 1 farmácia, 1 sala de procedimentos, 2 consultórios, 1 consultório odontológico, 2 banheiros para funcionários, 1 cozinha, 2 salas de reuniões, 1 sala de aquirvo da odontologia, 2 banheiros para paciente, sala de expurgo adicionada a sala de esterilização. A área destinada a recepção é pequena, isso dificulta o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais da saúde. Não existe espaço físico nem cadeiras para todos aguardarem atendimento e alguns usuários tem que aguardar em pé. A sala de coleta de exames é inadequada, sendo a mesma sala utilizada para procedimentos de enfermagem. As reuniões com a comunidade (grupos operativos) são realizadas no salão da igreja Católica. 1. <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> <http://www.neves.mg.gov.br/>



A unidade, atualmente, está bem equipada e conta com recursos adequados para o trabalho da equipe, sendo que em alguns momentos há carência de impressos.

A equipe é formada por um médico generalista, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, dois auxiliares de enfermagem da vacina, seis agentes de saúde, um auxiliar de limpeza, uma equipe de saúde bucal; composta por uma dentista, uma auxiliar consultório dentário (ACD), uma técnica higiene dentária (THD) e um auxiliar administrativo que presta serviços para a odontologia. A equipe atende uma população de aproximadamente 3.556 pessoas, divididas em seis microáreas, sendo que uma microárea está descoberta, fato este que tem prejudicado a assistência às famílias.

Toda a população adscrita tem acesso aos meios de comunicação e os mais citados são televisão e rádio. O transporte é realizado por carros particulares e a grande maioria utiliza o transporte público, com linhas que atendem as regiões metropolitanas. Na área de abrangência da equipe existem alguns estabelecimentos privados que prestam assistência odontológica (4), serviço social (2), sendo um denominado Projeto Curumim que atua junto a crianças e adolescentes do bairro e adjacências. O bairro possui (1) Igreja Católica e (4) Igrejas Evangélicas, (1) Escola Municipal de ensino médio, (1) Escola Estadual e (4) escolas particulares de ensino primário. Na principal rua do bairro, encontra-se o clube MOCOMP, no qual são realizadas atividades esportivas e de lazer para a comunidade. Nesta mesma rua há vários estabelecimentos comerciais, açougue, farmácia, supermercado, sacolão, lojas de roupas e outros. Um dos grandes desafios da ESF é lidar com o tráfico de drogas e a prostituição de menores, problema que tem crescido assustadoramente.

As atividades da ESF ocorrem de segunda a sexta-feira de 8:00 às 17:00. Às terças e quintas-feiras a unidade abre às 7:00 para a realização de exames laboratoriais. Uma empresa terceirizada fica responsável pela realização dos exames, sendo que cada ESF possui uma cota semanal de 15 vagas. Esta unidade é referência de coleta de exames laboratoriais para 5 unidades de saúde.

O atendimento odontológico é referenciado também para 5 equipes, sendo disponibilizadas 10 cotas de atendimentos para cada equipe. De acordo com este fluxo de atendimento, a enfermeira da equipe é responsável pela inspeção da cavidade oral seguida de uma classificação de risco, denominado acolhimento de dentista e é realizado na unidade às terças-feiras à tarde.

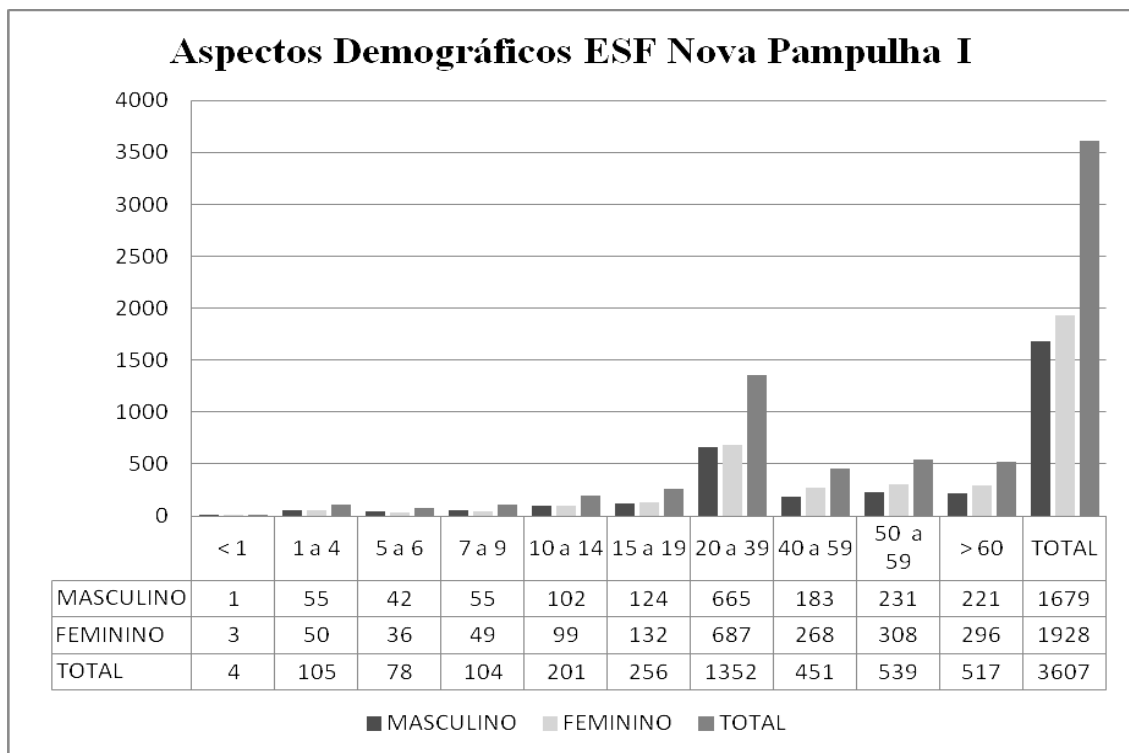
A coordenação e gestão da unidade são realizadas pela enfermeira da ESF que atua como gerente, coordenadora, responsável técnico (RT) e supervisora. No município tem uma coordenação geral das 53 equipes. A coordenação não é presencial, no sentido de estar nas

unidades, é indireta bastante atuante. As ações são previamente agendadas e a equipe está bastante sincronizada. As reuniões de equipe são realizadas quinzenalmente, às quartas-feiras na própria unidade, nos outros 15 dias a reunião é realizada com a coordenação e enfermeiras das demais regiões sanitárias. Esse momento é utilizado para realizar pactuações, discutir casos, repassar memorandos e programar ações de acordo com as necessidades levantadas.

Ribeirão das Neves está qualificada como gestão plena, tendo por isso, a responsabilidade de ofertar a totalidade dos serviços de Atenção Básica, acrescidos dos procedimentos de média complexidade 1 e 2. A maioria dos procedimentos de média complexidade 3 e de alta complexidade ambulatorial e hospitalar é referenciada para Belo Horizonte, por meio da Central de regulação, dentro dos limites impostos pela pactuação, através da Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência, sob a coordenação estadual.

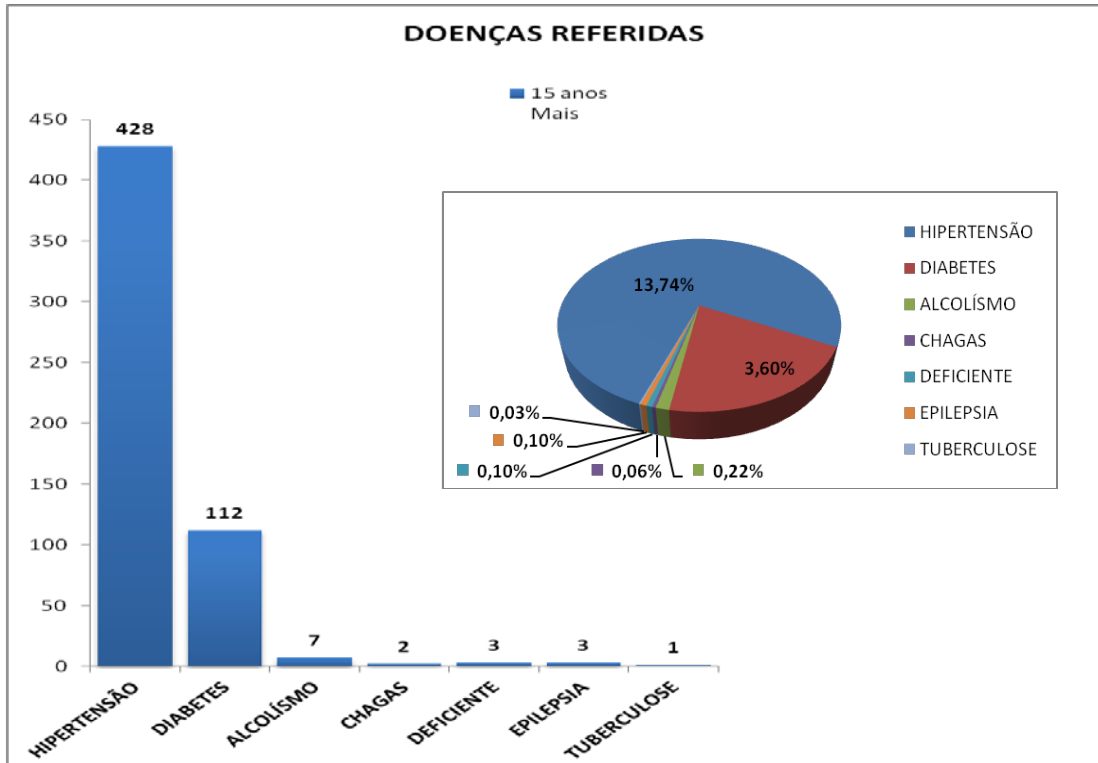
Uma das dificuldades da equipe é a referência para os demais níveis assistenciais. A contra-referência não acontece, o que tem prejudicado a continuidade e integralidade do cuidado prestado ao cliente.

Os dados a seguir, foram coletados das fichas A e SSA2 do SIAB e, caracterizam a ESF Nova Pampulha I.



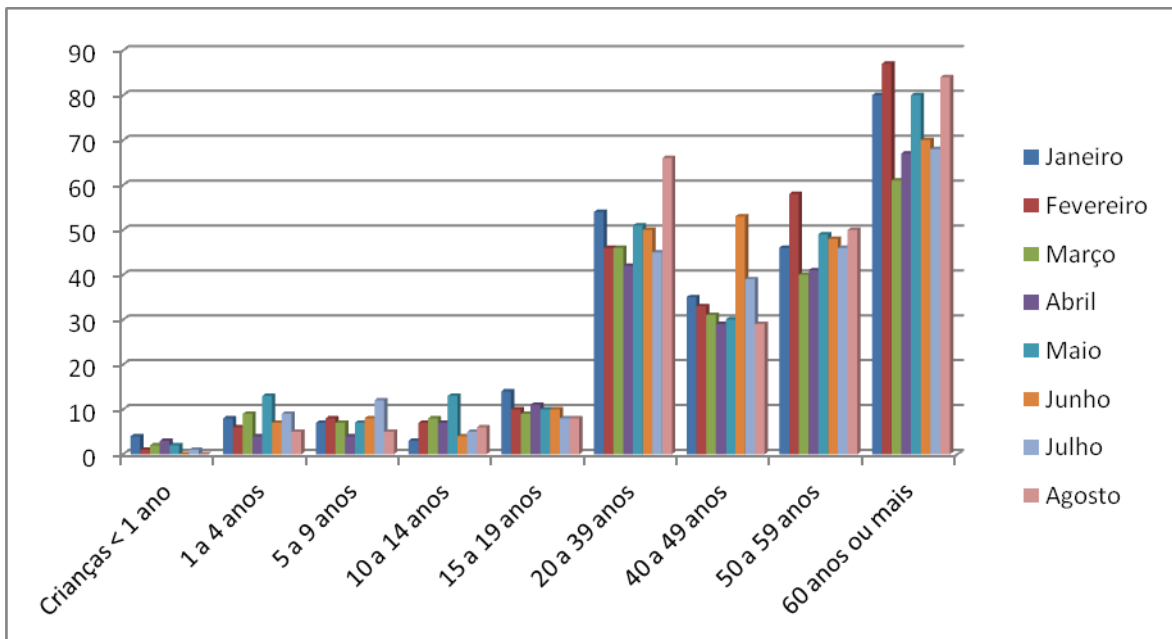
**GRÁFICO 2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS**

Fonte SIAB 2011



**GRÁFICO 3 MORBIDADE REFERIDA**

Fonte: SIAB 2011.



**GRÁFICO 4 MÉDIA DE CONSULTAS MÉDICAS POR FAIXA ETÁRIA**

Fonte: SIAB 2011.

Ao analisarmos os gráficos podemos observar que a maioria da população cadastrada é composta por adultos jovens na faixa etária de 20 a 39 anos, em segundo lugar a faixa etária de 50 a 59 anos e em terceiro lugar os idosos. As doenças prevalentes na comunidade são a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, fato esse que justifica o estímulo a implantação de atividades específicas para essa população. A maior demanda por atendimento médico foi pela população idosa, fato observado nos períodos de janeiro a agosto de 2011 pelo gráfico 3. Há uma relação entre os processos de transição demográfica e epidemiológica com o envelhecimento. A queda da mortalidade, inicialmente, concentra-se nas doenças infecciosas e na população mais jovem. No estudo de Gordilho *et al.*(2000), observa-se um aumento das doenças cardiovasculares, na década de 50, sendo estas responsáveis pelo óbito de 12% da população, hoje estes óbitos somam 40%. Nesse contexto, no Brasil houve uma mudança de perfil de morbidade da população que passou de uma população jovem para uma população idosa com perfil caracterizado por doenças crônicas, típicas de pessoas com faixa etária mais elevada. Gordilho *et al.*(2000) abordam que com o progresso nas ações em saúde, utilização de novas tecnologias, de vacinas, de antibióticos, exames complementares de diagnóstico, entre outros, ocorreu uma melhoria na qualidade de vida da população, beneficiando milhares de indivíduos. O conjunto dessas ações provocou a queda da mortalidade infantil e conseqüentemente um aumento na expectativa de vida. Paralelamente, observa-se o declínio da fecundidade, levando a um índice crescente de idosos. Assim, houve uma modificação no perfil de saúde da população, que antes era caracterizado por quadros agudos que se resolviam através da cura ou óbito, agora predomina as doenças crônicas e suas complicações, dentre elas destacam-se a hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares.

Com o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida, as doenças crônico-degenerativas surgem como uma das principais causas de morbidade e mortalidade na faixa etária acima de 60 anos. Pesquisas evidenciam que as principais doenças que acometerão os idosos, são as doenças crônicas não-transmissíveis (hipertensão, diabetes e neoplasias), além da demência, sobretudo do tipo Doença de Alzheimer; depressão e osteoporose as quais requerem cuidados especializados (BRASIL, 2009). Por terem um curso longo e sem possibilidade de cura essas doenças exigem acompanhamento constante da pessoa doente, pois podem levar a um comprometimento funcional do idoso, prejudicando sua qualidade de vida.

É importante ressaltar a exposição aos fatores de risco para DCNT, os quais podem ser divididos em três grupos: os de caráter hereditário, os comportamentais, os ambientais e socioeconômicos. Dentre os três grupos, o de maior relevância e capacidade de atuação é

sobre os comportamentais, ou seja, sedentarismo, dieta, fumo e álcool, uma vez que são preveníveis (BRASIL, 2009).

A prevalência das DCNT está relacionada com “estilos de vida” não-saudáveis, a uma má qualidade de vida, a um estilo de vida desregrado; no entanto, a responsabilização individual só poderá efetivar-se a partir do momento que os indivíduos tenham acesso igualitário a uma vida saudável, estejam orientados e recebam apoio para mudanças de hábitos de vida. É necessário que o serviço de saúde seja organizado para um melhor atendimento a população idosa, uma vez que a maior parcela desses idosos apresentam morbidades crônicas e necessitam de profissionais qualificados, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complexos de alto custo (VERAS, 2001).

#### **4.1 Identificação dos problemas da ESF Nova Pampulha I**

O levantamento de problemas foi realizado utilizando o diagnóstico situacional que segundo Acúrsio; Ferreira; Santos, (1992), o diagnóstico situacional foi baseado no método da estimativa rápida que é uma técnica de coleta de dados de forma rápida, onde ocorre a utilização de registros já existentes (fontes primárias e secundárias), entrevista com informantes-chave e observações de campo. Seu objetivo é o de envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas.

O diagnóstico situacional proposto pela disciplina Planejamento e Avaliação das Ações em saúde foi utilizado com o intuito de identificar os principais problemas enfrentados pela equipe, buscando propor ações estratégicas necessárias para melhorar a qualidade da atenção aos usuários da unidade. Vários foram os problemas identificados, no entanto buscou-se a identificação do que poderia ser considerado “causas-síntese”, ou seja, causas que podiam ter impacto sobre os problemas que estavam dentro do espaço de governabilidade da equipe. Assim, passou-se à identificação dos nós-críticos, visando facilitar, em especial, a priorização dos problemas e das ações necessárias para a mudança da situação. Conforme Campos; Faria; Santos (2010), nó crítico é um tipo de causa de um problema, que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.

Dessa forma, os problemas identificados com maior frequência e maior impacto no atendimento as necessidades da população, foram:

- Desconhecimento e falta de clareza do modelo de gestão adotado pelo município, dificultando o cumprimento das diretrizes e objetivos;

- Sistema de informação deficiente: falta de organização e gerenciamento das informações em saúde;
- Ausência de uma política de recursos humanos (RH): valorização, “fixação” dos trabalhadores e deficiência de RH;
- Ineficiência na comunicação entre os serviços, referência e contra-referência;
- Baixa oferta de serviços com ênfase na atenção básica (ESF) e atenção hospitalar;
- Escassez de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos para os idosos com doenças crônicas degenerativas;
- Sobrecarga de trabalho;
- Alto índice de usuários de drogas na área de abrangência do PSF.

Após elaboração do diagnóstico situacional observou-se que um dos problemas que a equipe enfrentava e que tinha grande impacto na qualidade do atendimento prestado a comunidade era a escassez de ações de promoção a saúde e prevenção de agravos para os idosos com doenças crônicas degenerativas. A escolha desse problema como foco para um projeto de intervenção baseou-se em 3 critérios: Importância, Urgência e Capacidade de Enfrentamento, ou seja o grau de governabilidade para mudança da situação. Sendo este último, o que teve maior adesão pela equipe, uma vez que poderia ser modificado.

A Constituição Federal de 1988 assegura a pessoa idosa proteção, através de ações assistenciais que visam à melhoria da qualidade de vida e cidadania, sendo dever do Estado promovê-la. Em 1994, foi aprovada a lei 8.842 em que institui a Política Nacional de Saúde do Idoso que tem por finalidade assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania (BRASIL, 1998). A mesma institui o princípio de que o idoso é um sujeito de direitos e deveres e deve ser atendido de maneira integral e diferenciado em suas necessidades físicas, sociais, econômicas e políticas.

A atenção primária apresenta papel primordial nas políticas públicas de saúde, isso tem permitido que os gestores invistam na formulação, implementação e consolidação de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, priorizando a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletividade.

O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida constitui um conjunto de

compromissos sanitários que deverão se tornar prioridade dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um (BRASIL, 2006). Uma das prioridades do pacto pela vida é a saúde da pessoa idosa, com a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

Ações de promoção e proteção da saúde são fundamentais, sendo uma estratégia de articulação que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis, que proporcionem melhorias no modo de viver. Estudos recentes apontam que para se alcançar um melhor nível de saúde não basta apenas estimular e/ou induzir os indivíduos a adotarem hábitos saudáveis, deve-se considerar o contexto social, político, econômico e cultural no qual estão inseridos. O meio gera ou favorece o adoecimento, assim como facilita ou dificulta a prevenção, o controle e/ou cura das doenças (ASSIS, 2002). Nesse sentido, torna-se necessário cuidar da vida de modo a reduzir a vulnerabilidade ao adoecer e minimizar as chances de incapacidades, de cronificação e morte prematura.

As demandas de saúde da população idosa são diferentes das demais faixas etárias, devido às incapacidades e ao processo crônico degenerativo, que requerem grandes gastos em equipamentos, recursos humanos especializados, medicamentos, entre outros. No estudo de Camarano *et al.* (1999), o autor explana sobre os desafios em relação aos recursos para atender essa população, fato relatado pelos serviços de saúde que tem observado um acréscimo na demanda pelo atendimento às doenças crônico-degenerativas, aumentando, conseqüentemente, o número de internações, consultas e gastos com medicamentos.

Observam-se limitações do sistema público de saúde para atender a população idosa, sendo necessária a efetivação das políticas deste setor, com o intuito de prevenir, ou minimizar as incapacidades e o abandono destes.

Através da observação ativa, percebe-se que faltam ações de promoção à saúde e prevenção de agravos na população idosa. Analisando essa realidade, foi fortalecida a perspectiva de elaboração de uma proposta de intervenção que favorecesse à população idosa com DCNT. A maior governabilidade da ESF sobre esse problema estimulou esse estudo que busca, dentre outras coisas, proporcionar mudanças na qualidade de vida dos idosos.

## 4.2 Descrição do problema

Com a gestão plena, os municípios ficam responsáveis por todas as atividades de gestão dos serviços e ações de saúde, ambulatoriais e hospitalares. Executa as ações de vigilância sanitária, de epidemiologia e controle de doenças. No estudo de Miyata *et al* (2005), as autoras pontuam sobre a necessidade de implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso com a criação de hospitais gerais, centros de referência, ambulatórios, hospital-dia geriátrico, assistência domiciliar de média complexidade, além de promover a capacitação profissional, orientação e treinamento de cuidadores e familiares dos pacientes idosos. O objetivo de criar essa rede é melhorar a assistência a essa população, através da adequação de área física, pessoal técnico qualificado e equipamentos suficientes.

Apesar dos esforços ocorridos no cenário nacional em relação às políticas de proteção ao idoso, estas se apresentam restritas à oferta de serviços, no entanto observa-se uma carência de serviços especializados para a população idosa. Utilizando a metodologia de acesso eletrônico, foi visitada a página da Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais <http://www.saude.mg.gov.br/>, e no item programas e ações do governo, observou-se a preocupação do Estado em criar um Centro de Referência para a pessoa idosa, titulado como Centros mais Vida, estes centros funcionarão em macrorregiões do Estado. Contudo, esses centros, ainda, não são uma realidade para a grande maioria da população idosa e suas famílias e cuidadores.

O governo federal trabalha em ações específicas para a população idosa como: distribuição de medicamentos para doenças de Alzheimer e Parkinson, campanha nacional de imunização do idoso, campanha nacional de cirurgia de catarata, programa de capacitação profissional e de cuidadores de idosos, estudos e pesquisas epidemiológicas de base sobre agravos e doenças prevalentes, garantia de acesso do idoso aos planos de saúde privados, em conformidade ao Estatuto do Idoso, programa Farmácia Popular, criação de poucos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, Criação do Instituto de Traumatologia-Ortopedia (Into), no Rio de Janeiro. No entanto, estas ações são tímidas, não priorizam ações de promoção a saúde e prevenção de agravos e apresentam características campanhistas (MIYATA, 2005).

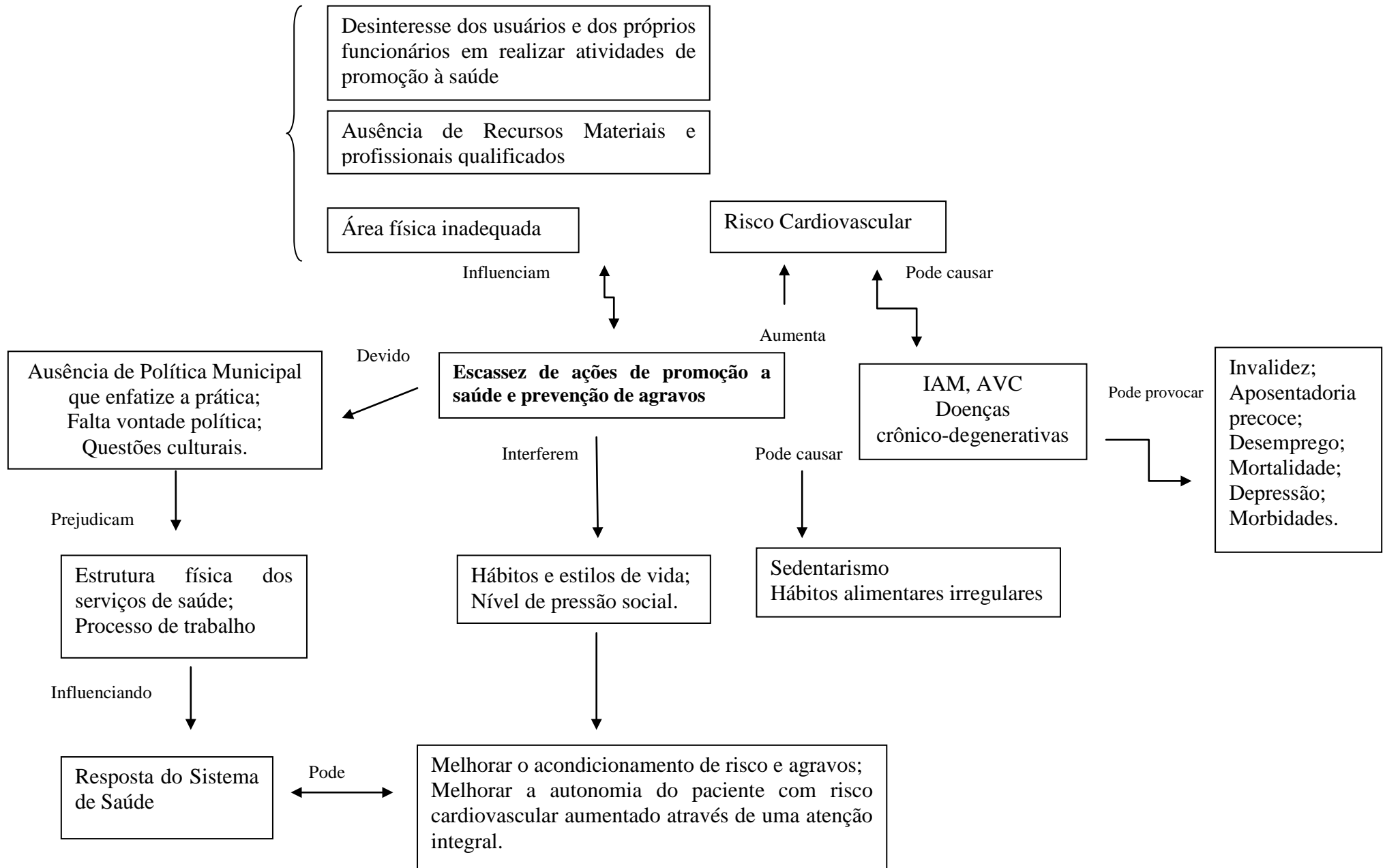
Nas ESFs do Município de Ribeirão das Neves os profissionais têm sido capacitados para melhor atender ao idoso, através do acolhimento, de consultas de enfermagem e visitas domiciliares. No entanto, tais ações tem sido insuficientes e até mesmo deficientes, devido à



carência de programas que atendam a população idosa, associado à falta de profissional especializado para atendimento desses idosos. No Município existe somente um geriatra, que fica responsável pelas capacitações dos profissionais e coordenação do programa do idoso, realizando atendimentos pontuais, sendo insuficiente para a demanda crescente de indivíduos acima de 60 anos. Uma parcela das ESFs não se preocupa com a saúde do idoso, na sua coletividade, exceto por programas que indiretamente contemplam esta população como os grupos operativos de hipertensão e diabetes.

Os programas específicos para atender aos idosos ainda são recentes, considerando o pequeno espaço de tempo compreendido entre a elaboração das políticas de saúde do idoso e os dias atuais. Na maioria, as iniciativas partem do setor privado, de forma que as ações são desenvolvidas a princípio pela sociedade civil organizada, por meio de associações filantrópicas, organizações não governamentais e entidades religiosas.

No que se referem as estratégias de educação em saúde, estas deveriam ser uma preocupação de toda a equipe, no entanto observa-se que fica a cargo do enfermeiro da equipe desenvolver atividades de promoção a saúde e prevenção de agravos. Os agentes de saúde não se interessam pelas atividades e afirmam não ter perfil para desenvolver atividades educativas. Outro fator que impacta negativamente para a consolidação dessas atividades é a limitação e inadequação da estrutura física da unidade. A carência de área de recreação, no entorno do bairro, para realização de atividades de lazer, inexistência de apoio financeiro, de pessoal qualificado e multidisciplinar e desinteresse por parte do usuário em comparecer as atividades programadas, são também fatores que interferem na programação, execução e continuidade das atividades de promoção a saúde e prevenção de agravos para os idosos com DCNT. A seguir será apresentado um diagrama contendo o levantamento dos problemas e suas conseqüências



**Fluxograma explicativo do problema Escassez de ações de promoção a saúde e prevenção de agravos**

## **5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ENFRENTAMENTO DOS PROBLEMAS**

Após a definição dos problemas, é necessário a priorização dos que serão enfrentados, definição das intervenções necessárias para modificar a situação-problema considerado que tais ações poderiam ser corretivas, de adaptação ou temporárias. No estudo de Silva *et al* (2001), o autor descreve critérios para seleção dos problemas sendo, governabilidade, capacidade de enfrentamento, vontade, impacto que o problema tem sobre nossa atuação e como o problema nos afeta. Sendo a governabilidade a capacidade que o ator possui para enfrentar o problema podendo ser baixa, média ou alta. Governabilidade alta é quando a solução do problema depende apenas de nós.

A partir da descrição do problema e conhecimento das causas mais importantes para a sua origem, selecionou-se o problema com maior governabilidade pela equipe. Dessa forma, os nós - críticos identificados com maior frequência e maior impacto, na qualidade de vida e na redução de complicações de DCNT em idosos, foram: desinteresse dos usuários e dos próprios funcionários em realizar atividades de promoção à saúde, ausência de recursos materiais e profissionais qualificados e área física inadequada. Nesta etapa, realiza-se o desenho das operações que buscam propor estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando o plano de ação. Para a concretização das ações necessitamos de vários recursos, dentre eles: recursos econômicos, organizacionais (recursos humanos, estrutura física, recursos materiais), Cognitivos (conhecimentos) e de poder (recursos políticos).

**Quadro 1 – Desenho de operações para os “nós” críticos do problema: Escassez de ações de promoção a saúde e prevenção de agravos.**

<b>OPERAÇÃO/PROJETO</b>	<b>RECURSOS CRÍTICOS</b>
<b>Desinteresse dos usuários em realizar atividades de promoção à saúde.</b>	<p>Organizacionais → conseguir área física adequada para realização das atividades, identificar parceiros na comunidade para aquisição dos materiais necessários para a prática das atividades, mobilização social em torno do tema;</p> <p>Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p> <p>Cognitivos → aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares;</p> <p>Político → articulação intersetorial e aprovação dos projetos.</p>
<b>Desinteresse dos próprios funcionários em programar e realizar atividades de promoção à saúde.</b>	<p>Organizacionais → conseguir área física adequada para realização das atividades, propor parcerias com escolas de nível superior para disponibilizar alunos para realização de estágio extracurricular na área de fisioterapia ou educação física, incentivar a contratação de profissional especializado para realização de atividade física, identificar parceiros na comunidade para aquisição dos materiais necessários para a prática das atividades, incentivar os ACSs a participarem do processo;</p> <p>Cognitivos → realizar capacitação dos profissionais a respeito do tema, implicar os ACSs no cuidado;</p> <p>Político → articulação intersetorial e aprovação dos projetos, articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais</p>
<b>Ausência de recursos materiais e profissionais qualificados.</b>	<p>Financeiro → recursos necessários para a estruturação do serviço e custeio dos equipamentos.</p> <p>Político → articulação intersetorial e contratação de profissionais.</p> <p>Organizacionais → adequação do quadro de funcionários.</p>
<b>Área física inadequada</b>	<p>Político → conseguir o espaço local, articulação intersetorial e aprovação dos projetos;</p> <p>Financeiro → recursos necessários para a estruturação do serviço e custeio com equipamentos.</p>

OPERAÇÃO PROJETO	PRODUTOS	RESULTADOS ESPERADOS	AÇÃO ESTRATÉGICA	RESPONSÁVEL	MOTIVAÇÃO	PRAZO
<b>Sensibilizar os usuários sobre a importância da realização das atividades físicas.</b>	Informar a população sobre benefícios da prática da atividade física.  Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.	Efetivar a participação dos usuários nas atividades de promoção a saúde.	Orientação em grupos de discussão, Identificação dos idosos em maior risco através da consulta de enfermagem e consulta médica.	Enfermeiro e Médico	Favorável	30 dias
<b>Sensibilizar a ESF sobre a importância das atividades de promoção a saúde.</b>	Capacitação dos profissionais para a proposição e realização de atividades junto aos idosos;  Avaliação do nível de informação da população idosa com DCNT sobre risco cardiovascular;  Avaliação do nível de satisfação profissional	Efetivar a participação de funcionários e usuários. Permitir maior divulgação das informações aos funcionários. Valorização do profissional.	Cognitivo: conhecimento do tema e busca de parcerias na comunidade.  Organizacional: articulação com os profissionais, verificação dos trabalhadores com perfil e vontade de trabalhar com os idosos, avaliação do nível de satisfação profissional, capacitação sobre como trabalhar com a comunidade idosa.	Enfermeiro	Indiferente	30 dias
<b>Ausência de recursos materiais e profissionais qualificados</b>	Realizar relatório para o gestor Municipal e propor parceria para execução do plano.	Dispor de recursos e humanos para efetivação do plano de ação.	Propor parcerias com escolas para realização das atividades.	Enfermeiro, Gestor de saúde, Reitoria das Universidades	Indiferente	90 dias
<b>Área física inadequada</b>	Adequar espaço físico para realização das atividades propostas.	Dispor de espaço físico adequado.	Verificar possíveis locais na comunidade para a realização da atividade física.	Enfermeiro ACS	Favorável	30 dias

QUADRO 2- Propostas de ações para motivação dos atores.

Fonte: Dados da pesquisa, 2011.

Assim, a estratégia de saúde da família pode também sucumbir ao modelo assistencial hegemônico principalmente em uma realidade sanitária, na qual persiste a crônica falta de recursos ao lado de pressões por novos cuidados e tecnologias por parte dos usuários. Redistribuição das tarefas, qualificação e valorização profissional é umas das sugestões para melhor atender a população. O fortalecimento da educação permanente e o aperfeiçoamento da comunicação e discussão de casos nas reuniões com a ESF e com atenção primária a saúde, é necessário durante todo o processo.

Muito se tem discutido sobre a importância do incremento de ações voltadas à promoção da saúde, reconhecendo que para a melhoria da saúde da população é imprescindível garantir o acesso a boas condições de vida e de trabalho. Sendo necessário a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.

A manutenção da saúde e autonomia na velhice, identificada como boa qualidade de vida física, mental e social, determina o impacto social referente ao cuidado do idoso. Os hábitos saudáveis incluem prática de atividade física, alimentação balanceada, atividade de lazer e ocupacional prazerosa e redução de fatores de estresse. Associado a esses fatores a informação sobre hábitos nocivos a serem evitados, são fundamentais para a redução dos impactos a saúde, podendo ser realizada através de ações educativas que estimulem mudanças comportamentais.

As ações educativas que buscam a promoção de hábitos de vida e práticas saudáveis com idosos devem considerar experiências já vivenciadas, estimular a reflexão sobre o envelhecimento, instigar a participação ativa, através de encontros, espaços que favoreçam a vinculação afetiva, valorização de suas trajetórias de vida e saberes, garantindo o direito à informação e discussão de temas que falem de saúde, cidadania e direitos da pessoa idosa.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu caracterizar a situação sócio-demográfica e clínica dos idosos atendidos na ESF Nova Pampulha I, além de proporcionar maior conhecimento a respeito do perfil de cor-morbidade dessa população. A possibilidade de realizar o diagnóstico situacional apresentando pela disciplina de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde foi fundamental para nortear o trabalho e identificar prioridades a serem adotadas; auxiliou a proposição de estratégias que busquem estimular atividades de promoção a saúde e prevenção de agravos com idosos com DCNT.

Com a longevidade da população, houve um aumento expressivo da prevalência de doenças crônicas e incapacidades. A crescente demanda de assistência e tratamento dessa população exige políticas adequadas e melhor qualificação dos profissionais que atuam na Atenção Primária para atendê-los de maneira adequada e efetiva. A falta desse tipo de política vem causando impactos negativos na qualidade de vida desses idosos e suas famílias e nos diversos setores como saúde e seguridade social. No âmbito do setor saúde, as ações devem-se priorizar políticas que propiciem cuidados de prevenção de doenças e práticas saudáveis durante toda a vida, adoção de atividades que promovam modos de vida saudáveis. Esses programas podem minimizar os níveis de incapacidade associados à velhice.

Os programas de saúde destinados a população idosa devem priorizar medidas que viabilizem os princípios da equidade e integralidade, além de propiciar a capacitação permanente dos profissionais, com ênfase na promoção e proteção a saúde e realização de atividades educativas. Deverão ser empregadas ações que tenham um significado prático para os profissionais, que atuam no nível primário de atenção à saúde, e que tenham uma relação de custo-benefício aceitável, uma vez que os recursos financeiros são escassos.

Ações de promoção e prevenção da saúde são fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, sendo uma estratégia de articulação que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos a saúde, através da construção de políticas públicas saudáveis, que proporcionem melhorias no modo de viver.

Nesse sentido, vale ressaltar a importância da pesquisa de síntese para o desenvolvimento de políticas e para uma melhor capacitação dos profissionais da saúde, especialmente devido o aumento da população de idosos na maioria dos países em desenvolvimento.

Embora esse tipo de estudo não possa ser generalizado, sua relevância é indiscutível para os profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, agentes de saúde) e gestores locais, pois possibilitam programar ações de prevenção de doenças e promoção da saúde fundamentada em um contexto real.

Para que a atenção ao idoso possa se realizar de forma integral e eficiente é fundamental que se estimule a formação de profissionais treinados, mediante a capacitação e o estímulo a qualificação profissional, como cursos de especialização e residências médicas. Além do estímulo a formação de equipe interdisciplinar e multiprofissional de referência para trabalhar com a população idosa.

Nesse sentido, a ESF de Ribeirão das Neves se dispõe a executar o plano de intervenção que tem como objetivo promover melhorias na qualidade de vida dos idosos adscritos na área de abrangência da equipe, através de ações educativas, atividades de lazer e recreação, redução de danos causados pelas doenças cardiovasculares, com o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, incentivo a atividade física, estímulo alimentação saudável e auto-cuidado.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACÚRSIO, F. A.; SANTOS, M.A.; FERREIRA, S.M. A Aplicação da Estimativa Rápida no Processo de Planejamento Local. In: MENDES, E.V. (ORG.). **Organização da Saúde no nível local**; São Paulo, Hucitec, 1992. Cap.3, p.87 - 110.

ASSIS, Mônica de. **Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos**. Rio de Janeiro CRDE UnATI UERJ, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília:, **Cadernos de Atenção Básica**, n.19, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Idosos: Problemas e cuidados básicos**. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 4. Ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007. 68p. (série E. Legislação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.4).

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar** / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2009.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo – SEPROG. **Avaliação do TCU sobre as ações de atendimento à pessoa idosa**. Brasília: SEPROG, 2002. p. 16.

CAMARANO, A.A., Et al. (1999). Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, AA (org). **Muito além dos 60**. Rio de Janeiro: IPEA, p. 19-71

CAMPOS, F.C.; FARIA, H.P SANTOS, M.A . **Planejamento e avaliação das ações em Saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Ed.UFMG, 2010.

FONTE, Isolda Belo da. **Diretrizes Internacionais para o Envelhecimento e suas consequências no conceito de velhice**. Trabalho apresentado no XII Encontro da Associação Brasileira de Estudos populacionais. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil de 4 a 8 de novembro de 2002

GORDILHO, Adriano et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor de saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ,2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da População no Brasil por sexo e idade 1980-2050**. Revisão de 2008, Rio de Janeiro, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do idoso**. 2. Ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007.

MIYATA, D.F. et al. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, 9(2), mai./ago. p.135-140, 2005.

PASCHOAL, Sergio Marcio Pacheco, FRANCO, Renato P, SALLES, Renata F. Nogueira. Epidemiologia do Envelhecimento. In: PAPALETTO Neto M. **Tratado de Gerontologia**, 2ª Ed. Ver. ampl. São Paulo (SP): ed. Atheneu; 2007. P.39-56.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DAS NEVES disponível em <<http://www.neves.mg.gov.br/>> acesso em: 20 Maio 2010.

RAMOS, Luís Roberto. Epidemiologia do Envelhecimento. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. P 72-78.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS disponível em <<http://www.saude.mg.gov.br/>> acesso em: 26 Outubro 2011.

SILVA, M. J. P. **Onze passos do planejamento estratégico participativo**. In: Markus Brose (Org.). Metodologia Participativa. Uma introdução a 20 elementos. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001. PP. 161-176.

VICTOR, Janaina Fonseca, et al. Perfil sóciodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica da Saúde da Família. **Acta Paul. Enferm.** Vol. 22 nº 1 São Paulo Jan/Fev. 2009.

VERAS, R. P. (Org.). **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001. p. 23-27.